

# BRIANZA PER IL CUORE



## News

1ª PARTE

## MALATTIE CARDIACHE NELL'ANZIANO E PREVENZIONE

**“Invecchiare è un privilegio e una meta della società. E' anche una sfida, che ha un impatto su tutti gli aspetti della società del XXI secolo.”**

E' uno dei messaggi proposti dall'Organizzazione mondiale della sanità sul tema della salute degli anziani. La nostra società vive una 'rivoluzione demografica': nel 2000, nel mondo c'erano circa 600 milioni di persone con più di 60 anni, nel 2025 ce ne saranno 1,2 miliardi e 2 miliardi nel 2050. Le donne sono più longeve e nella fascia di popolazione molto anziana il rapporto fra donne e uomini è di 2 a 1. In Europa una persona su 5 ha più di 60 anni. Questo rapporto scende a 1 su 20 in Africa ma, come in altre aree in via di sviluppo, il processo di invecchiamento della popolazione è più rapido che nei paesi 'sviluppati', con meno tempo per adottare le necessarie misure per far fronte all'aumento delle patologie croniche. Infatti, l'invecchiamento della popolazione si associa ad un aumento del carico delle malattie non trasmissibili, come quelle cardiovascolari, il diabete, la malattia di Alzheimer e altre patologie neurodegenerative, tumori, malattie polmonari croniche ostruttive e problemi muscolo-scheletrici. Di conseguenza, la pressione sul sistema sanitario mondiale aumenta. Le malattie croniche impongono agli anziani un peso elevato in termini di salute ed economico, per la loro lunga durata, la diminuzione della qualità della vita ed i costi per le cure. Secondo l'Istat, nel 2001 in Italia il numero di ultra-65enni ammontava a circa 10 milioni e mezzo di persone (il 18% della popolazione italiana), ed è previsto che nel 2006 questo numero lievitò fino a circa 11 milioni e mezzo di persone.

Secondo il rapporto "Stato di salute e prestazioni sanitarie nella popolazione anziana" del Ministero della Salute, la popolazione anziana oggi in Italia determina il 37% dei ricoveri ospedalieri ordinari e il 49% delle giornate di degenza e dei relativi costi stimati. Sebbene il rischio di malattie aumenti con l'età, i problemi di salute non sono una conseguenza inevitabile dell'invecchiamento. Infatti se per molte di queste patologie non si conoscono misure preventive efficaci, per altre invece già sono note. Fra queste c'è l'adozione di un sano stile di vita che include una regolare attività fisica ed una sana alimentazione evitando il fumo. Altre misure di prevenzione includono indagini cliniche per la diagnosi precoce, come nel caso degli screening per il tumore del seno, della cervice uterina e del colon retto, del diabete e relative complicazioni e della depressione.

### APPUNTAMENTO IL 23/24 SETTEMBRE 2006 ALL'ARENGARIO DI MONZA

#### Ritornano le "isole della salute" nella Giornata Mondiale per il Cuore

appuntamento ormai consueto all'Arengario di Monza che coincide con la Giornata Mondiale del Cuore. Oltre ad un incontro fra popolazione e cardiologi e alla presentazione delle nostre attività generosamente supportate da tutti voi, c'è la possibilità di sottoporsi al **Test di Rischio Globale** con misurazione gratuita di colesterolo, glicemia, pressione arteriosa, indice di massa corporea, spirometria e monossido di carbonio.

Il percorso delle "ISOLE DELLA SALUTE" che viene proposto in queste giornate insegna come misurare il rischio cardiovascolare globale per poter consentire una opportuna prevenzione rafforzata nei soggetti ad alto rischio. E per tutti il messaggio è quello di uno stile di vita sano "salvacuore".

Programma a pag. 7. L'aggiornamento sul nostro sito [www.brianzaperilcuore.org](http://www.brianzaperilcuore.org)

**VI ASPETTIAMO!!!**

### Domenica 24 Settembre 2006 GIORNATA MONDIALE PER IL CUORE

La Fondazione Italiana per il Cuore organizza da anni la Giornata Mondiale per il Cuore, che la World Heart Federation - WHF intende celebrare ogni anno in tutto il mondo nell'ultima domenica di settembre per sensibilizzare i cittadini, i medici e le autorità a porre una personale attenzione sulle malattie cardiovascolari che costituiscono il tributo più elevato di vite, di morbilità e di invalidità che i paesi occidentali sono chiamati a pagare.

La sollecitazione a prendersi cura del proprio cuore ha avuto nelle Giornate del 2001 "Stile di vita e Benessere del Cuore", del 2002 "Stile di Vita, Alimentazione, Esercizio Fisico e Obesità", del 2003 "Donne: Malattie Coronariche e Ictus", nel 2004 "Giovani e le Malattie di Cuore", nel 2005 "Sovrappeso, Obesità e Malattie Cardiovascolari" un riscontro crescente di interesse e una risposta assai importante anche in Italia. Numerosi sono stati gli eventi che in modo spontaneo o coordinato sono stati organizzati in moltissime città di Italia. La partecipazione del cittadino, delle famiglie, delle autorità, dei medici e della organizzazione sanitaria è stata assai vivace, e i media ne hanno dato risonanza ampia richiamando gli elementi fondamentali dei temi e le valenze educative dei messaggi connessi.

Quest'anno, in occasione della Domenica 24 Settembre 2006, le indicazioni della World Heart Federation porteranno a concentrare l'attenzione su

#### Quanto Giovane è il Tuo Cuore?

L'obiettivo finale e dell'insieme degli eventi che si svilupperanno nella cornice della Giornata è di dare forza ed efficacia all'opera necessaria ad aumentare nella cultura e nel comportamento dei cittadini di tutte le età del nostro Paese la soglia di attenzione e l'azione a prevenire l'effetto devastante delle malattie cardiovascolari.

A Monza presso l'Arengario **Brianza per il Cuore** proporrà nell'ambito delle consuete Isole della salute un incontro-dibattito tenuto dal cardiologo dell'H. S. Gerardo dott. A. Bozzano dal titolo "Malattie cardiache dell'anziano e prevenzione". Ne diamo un assaggio anticipando, qui a lato, la prima parte dell'intervento riguardante le cardiopatie dell'anziano, la diagnostica e le terapie.



## LE CARDIOPATIE NELL'ANZIANO

Ogni discussione sulle cardiopatie nell'anziano deve iniziare definendo prima che cosa significa "essere anziano" nei confronti della salute cardiovascolare.

Quando inizia l'età senile? Ci sono vari criteri: a) età cronologica b) età fisiologica, cui corrisponde un grado variabile di deperimento dell'organismo e della acutezza mentale.

Per una mera classificazione medica si tende a definire l'inizio della senilità tra i 65 e 70 anni. Nella pratica, comunque, decisioni mediche si basano non solo sull'età cronologica ma sull'intero profilo medico e sullo stato mentale dell'individuo, che può essere giudicato "giovane" o "vecchio" per una stessa età cronologica.

### Variazioni fisiologiche del cuore con l'età

Anche in assenza di malattia, il cuore con l'età diventa più rigido, a causa di un progressivo difetto di "rilassamento" tra un battito e l'altro, e meno efficiente nell'azione di pompa. Inoltre diventa meno reattivo all'adrenalina e non può incrementare la forza, la frequenza e la velocità di contrazione sotto sforzo con la stessa intensità di prima.

La velocità di questo invecchiamento varia da individuo ad individuo e le sue ripercussioni sul funzionamento globale del cuore si sommano all'effetto di patologie come la malattia coronarica, le alterazioni delle valvole cardiache, l'ipertensione arteriosa, le alterazioni del ritmo cardiaco, più comuni con l'età.

Anche i vasi sanguigni si modificano nel tempo: la loro parete diviene meno elastica indipendentemente dal progressivo deposito di grassi (aterosclerosi): questo favorisce la condizione di ipertensione sistolica isolata (vedi poi). Anche i riflessi che mantengono la pressione arteriosa stabile nei cambi di postura si riducono.

Si calcola che ad 80 anni 1 individuo su 5 abbia una malattia coronarica sintomatica.

Le malattie cardiache, oltre a ridurre l'aspettativa di vita, ne alterano la qualità con sintomi in generale caratterizzati da difficoltà nel compiere anche piccoli sforzi per mancanza di fiato (dispnea), dolori toracici (angina), affaticabilità e fiacchezza (astenia) o palpitazioni (aritmie) e svenimenti (sincopi o pre-sincopi), o complicanze di tipo neurologico (ictus).

### Ipertensione arteriosa

Più comune con l'età, così come le sue complicanze di ictus, insufficienza renale, attacco cardiaco, insufficienza cardiaca. A 70 anni quasi la metà degli individui ha ipertensione arteriosa, di solito senza poterne stabilire la causa. Un anziano dovrebbe misurare annualmente la pressione, e livelli considerati sopra la soglia (definita in genere da valori >140/90) dovrebbero essere trattati.

La soglia di trattamento, come avviene in caso di ipercolesterolemia va calcolata tenendo conto del rischio cardiovascolare individuale, dipendente dalla presenza o no di un

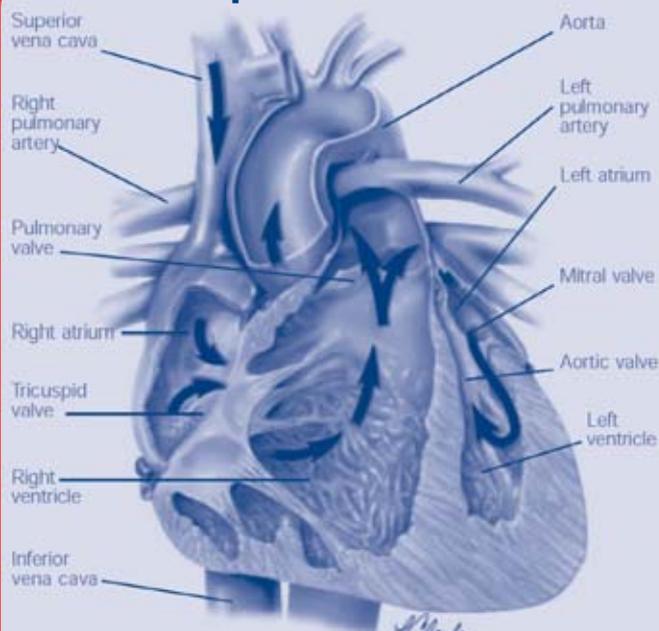
danno d'organo e dalla concomitanza di altri fattori che lo accrescono (es. un fumatore obeso a parità di pressione arteriosa è più a rischio di un non fumatore normopeso).

Il concetto che nell'anziano un certo grado di ipertensione possa essere tollerato si è rivelato sbagliato: anche nell'anziano, abbassare la pressione arteriosa può ridurre la mortalità.

Quanto bisogna essere aggressivi nel trattare la ipertensione dell'anziano? In generale abbassare con farmaci una pressione arteriosa moderatamente elevata è potenzialmente benefico, e ancor di più in soggetti con patologie cardiovascolari concomitanti. Per coloro senza cardiopatie, un periodo di controllo della dieta, un moderato esercizio fisico, e (se indicati) la cessazione del fumo ed il calo ponderale possono essere sufficienti ad abbassare i livelli di pressione e ridurre i rischi concomitanti. D'altronde, un programma di dieta o di esercizio fisico molto restrittivo può non avere successo o non essere consigliabile nell'anziano.

La terapia richiede periodici controlli medici e monitoraggio dei risultati, per rendere ottimale la dose: in generale non deve essere bruscamente interrotta, per il rischio di rialzo improvviso anche marcato dei valori pressori.

### un motore potente e resistente...



...a 70 anni in media ha compiuto  
2,5 miliardi di battiti e pompato  
180 milioni di litri di sangue

Anche tra i normotesi, un certo grado di sensazione di testa vuota o vertigine non è infrequente nell'anziano, specialmente nei cambi di posizione (alzarsi e sdraiarsi): questa condizione chiamata ipotensione ortostatica, è causata da un rallentamento dei riflessi che mantengono efficiente il flusso di sangue al cervello. I farmaci anti-ipertensivi possono peggiorare questo sintomo ed è per questo che nell'anziano bisogna iniziare nuove terapie con dosaggi più gradualmente. È frequente la necessità di una politerapia per raggiungere l'effetto desiderato.

Un tipo di ipertensione frequente nell'anziano, anch'essa meritevole di controllo, è l'ipertensione sistolica isolata (es 160/70 oppure 200/80). La lettura sistolica rappresenta la registrazione della pressione esercitata contro le pareti arteriose quando il cuore si contrae e pompa il sangue, mentre la pressione diastolica rappresenta la registrazione della pressione esistente nell'intervallo tra i battiti cardiaci.

L'ipertensione arteriosa si associa, specie nell'anziano, ad ipertrofia del ventricolo sinistro, che è un ispessimento delle pareti della principale camera del cuore. Essa lo rende ancora più rigido e può favorire sintomi di insufficienza cardiaca (es. dispnea). Molti farmaci anti-ipertensivi dispongono anche di proprietà protettive nei confronti della ipertrofia e, di conseguenza, della insufficienza cardiaca.

## Malattia coronarica

È la principale causa di morte nell'anziano. Metà delle vittime di attacco cardiaco ha più di 65 anni. Mentre nella mezza età l'uomo è più colpito della donna da malattia coronarica, dopo la menopausa la sua incidenza sale fino ad eguagliare quella dell'uomo.

La possibilità di ostacolare l'insorgenza è legata strettamente al controllo dei fattori di rischio coronarico, ovvero dei fattori predisponenti, molti dei quali correggibili non con farmaci ma con un adeguato stile di vita: fumo, dieta a basso tenore di colesterolo, controllo del peso, esercizio fisico, diabete, ipertensione arteriosa.

La malattia coronarica si manifesta con episodi di ischemia cardiaca, caratterizzata da sintomi di dolore toracico (angina pectoris) o mancanza di fiato (insufficienza cardiaca), o da forme più gravi di attacco cardiaco (infarto miocardico). Negli anziani, gli attacchi cardiaci tendono ad associarsi a maggiori complicanze, ricoveri ospedalieri più lunghi, più lento recupero successivo, con maggiore incidenza di aritmie ed insufficienza cardiaca.

Con l'età è più frequente l'attacco cardiaco silente, specie se concomita il diabete. Invece del classico dolore oppressivo al petto, il paziente si lamenta di un bruciore allo stomaco, mancanza di fiato, svenimento, confusione e talora passa inosservato se di lieve entità: l'evidenza tuttavia di un danno cardiaco può essere svelata da un semplice elettrocardiogramma e dal dosaggio di enzimi cardiaci nel sangue.

La mortalità per malattia coronarica, anche trattata con farmaci o con interventi di rivascolarizzazione volti a migliorare la ossigenazione del cuore (angioplastica coronarica o bypass coronarico), cresce con l'età e maggiormente dopo i 75 anni, ma il rischio è ancor più connesso allo stato di salute complessivo del paziente che alla sola età.

La tecnologia moderna ha permesso di estendere ad individui più anziani terapie ed interventi efficaci la cui scelta deve basarsi sulla gravità della malattia, sulla fattibilità dell'intervento, sui vantaggi attesi, sull'analisi delle conseguenze sulla qualità della vita, nel contesto dello stato di salute fisico e mentale dell'individuo, del suo stile di vita, della sua aspettativa di vita e delle sue preferenze.

## Malattie delle valvole cardiache

Alcune malattie valvolari sono più comuni nell'anziano. Talora possono essere trattate efficacemente con farmaci, indipendentemente dall'età: altre devono obbligatoriamente essere trattate chirurgicamente, una opzione che merita considerazione se i sintomi interferiscono con le attività quotidiane. La malattia più comune di questo tipo riguarda la valvola aortica, che è il cancello di passaggio del sangue dal cuore al resto del corpo. La sclerosi aortica si riferisce al processo di ispessimento e irrigidimento della valvola, che affligge circa un terzo degli anziani. La valvola tuttavia può continuare a funzionare adeguatamente per anni, dando solo origine ad un soffio tipico ascoltabile alla visita, che dipende dalla

turbolenza del passaggio del sangue.

Nella stenosi aortica, la valvola diventa stretta e bloccata da duri depositi di calcio, condizione presente nel 4 % degli anziani. Se marcata, la stenosi aortica può dare sintomi di insufficienza cardiaca (mancanza di fiato), dolore toracico (angina), perdita di coscienza (per inadeguato flusso al cervello). La diagnosi si precisa con l'ecocardiogramma, tecnica utile in tutte le malattie valvolari. La cura in questi casi è chirurgica, sostituendo la valvola nativa con una protesi artificiale: se il cuore non ha problemi concomitanti, questo

	Speranza di vita alla nascita	Speranza di vita a 60 anni	Speranza di vita libera da disabilità	
			a 65 anni	a 75 anni
Maschi	75.5	19.7	13.8	7.4
Femmine	81.8	24.3	15.1	7.7

intervento ne riporta la funzione alla norma o quasi. Anche in questi casi la decisione di intervenire deve tenere conto dello stato di salute globale dell'individuo.

Un altro problema frequente nell'anziano è la calcificazione dell'anello della valvola mitrale, cancello posto tra atrio e ventricolo sinistro, che può creare malfunzionamenti in senso di incompleta apertura dei lembi, o, più spesso, imperfetta chiusura degli stessi, condizionando sintomi di insufficienza cardiaca. È tuttavia raramente severa da richiedere l'intervento.

Individui anziani con malattie valvolari sono più soggetti ad infezione delle valvole cardiache da parte di batteri provenienti da altre sedi (Endocardite batterica). La loro conoscenza può favorire una prevenzione con antibiotici in caso di cure odontoiatriche o procedure a carico del

l'apparato urinario o genitale, che sono possibili fonti di infezione.

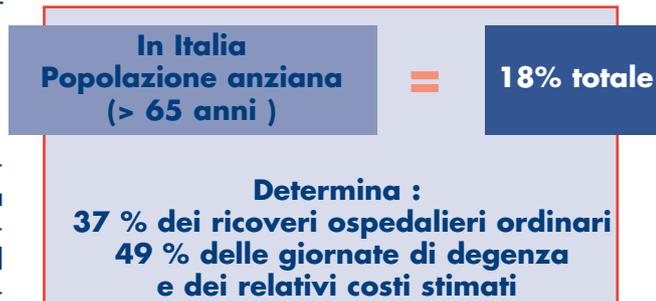
## Aritmie e pacemakers

Anomalie del ritmo cardiaco (aritmie) sono più frequenti nell'anziano che nel giovane; possono non causare sintomi o essere percepite come battiti mancanti, palpitazioni, cardiopalmo, senso di testa vuota transitorio, vertigine, perdita dei sensi transitoria. Il battito cardiaco può essere lento (bradicardia) o accelerato (tachicardia).

### Bradicardia

Con l'età l'impianto "elettrico" del cuore, che trasmette l'attivazione a tutte le fibre contrattili dalla sua origine nel nodo seno-atriale, può alterarsi.

La malattia del nodo seno-atriale è piuttosto comune e si riferisce ad una disfunzione del nodo del seno, la centralina di comando del battito cardiaco che agisce come un fisiologico pacemaker interno al nostro cuore. Questa microscopica struttura può danneggiarsi per effetto di malattie cardiache concomitanti (es. infarto miocardico) o senza una ragione evidenziabile. Come risultato, il battito cardiaco rallenta a frequenze anche minori di 40 battiti al minuto o può alternare accelerazioni a rallentamenti patologici. Quando diventa sintomatica, può essere curata con l'applicazione di un pacemaker artificiale e l'uso di farmaci, se necessario.



Un'altra forma di bradicardia più frequente nell'anziano è dovuta a rallentamenti patologici degli impulsi prodotti dal nodo del seno lungo le normali vie di conduzione ( blocchi atrio ventricolari): i ventricoli in questo caso sono attivati irregolarmente o con molta lentezza, creandosi difetti nell'azione di pompaggio del sangue verso il cervello e provocando per questo anche transitorie perdite di sensi. La cura è l'applicazione di un pacemaker definitivo, considerata oggi un intervento a basso rischio, anche per pazienti molto anziani, eseguito in anestesia locale.

### Tachicardia

L'aritmia di gran lunga più frequente nell'anziano è la fibrillazione atriale, caratterizzata da una totale irregolarità del battito cardiaco, riscontrabile in modo crescente in oltre il 5% degli individui dopo i 69 anni: può associarsi ad altre patologie sistemiche o cardiache o manifestarsi isolatamente. Oltre ad interferire con la normale funzione del cuore, e poter precipitare uno scompenso cardiaco, il rischio connesso, maggiore con l'età, è di tipo trombo-embolico, specialmente cerebrale: in altre parole con questa aritmia possono svilupparsi coaguli all'interno degli atri (camere car-

diache di ingresso) da cui possono staccarsi emboli diretti altrove nel corpo ed in particolare al cervello, provocando ictus (embolico). Questo rischio cresce con l'età e può essere prevenuto o limitato con farmaci che rendono più fluido il sangue (anticoagulanti).

La fibrillazione atriale può essere curata con farmaci ed in casi selezionati con una procedura chiamata cardioversione elettrica – una scossa elettrica preceduta da breve anestesia generale. Nell'anziano tuttavia tende a ripresentarsi malgrado le terapie e può divenire permanente, richiedendo una protezione anticoagulante cronica.

Tachicardie di origine ventricolare sono forme di aritmia più gravi, di solito in concomitanza con malattia coronarica o insufficienza cardiaca: quando sono prolungate possono produrre vertigini, perdite transitorie di coscienza, palpitazioni e sono pericolose per la vita. Se indicato si può proteggere il paziente con la applicazione di speciali dispositivi antitachicardici chiamati defibrillatori impiantabili, sofisticati pacemakers capaci di interrompere queste aritmie e, in caso di loro degenerazione in arresto cardiaco, di defibrillare automaticamente il cuore stesso.

## DIAGNOSTICA E TERAPIA CARDIOLOGICA NELL'ANZIANO

Individui anziani con sintomi di cardiopatia sono sottoposti agli stessi accertamenti utilizzati nel giovane. Molto può essere compreso dalla storia clinica, dall'esame fisico, dall'elettrocardiogramma, dal confronto con esami precedenti, dall'ecocardiogramma e da altri tests non invasivi. La scelta di effettuare tests invasivi (che richiedono l'inserimento di cateteri [sottili tubicini] nelle vene o arterie) deve essere giustificata dalla possibilità di effettuare poi scelte terapeutiche anche complesse: in altri termini se un paziente non sarà mai un candidato ad angioplastica (dilatazione interna di coronarie o altre arterie) o alla chirurgia, può non essere ragionevole sottoporlo ad esami quali il cateterismo cardiaco (esame che studia le coronarie).

Il capitolo riguardante la decisione terapeutica nell'anziano è complesso e coinvolge molti fattori oltre la sola considerazione dell'età. Il medico ed il paziente dovrebbero decidere una strategia di cura individualizzata, basata sullo stato di salute complessivo, sullo stile di vita, sulle aspettative.

In certi casi, come la riparazione di una valvola cardiaca gravemente alterata o la cura di forme di angina non controllabili dai farmaci, l'intervento chirurgico (bypass, sostituzione di valvole cardiache) o l'angioplastica possono essere la sola scelta. In altri casi il medico può utilizzare metodi più conservativi. Questi interventi possono non prolungare la vita, ma migliorarne la qualità risolvendo alcuni sintomi. Occasionalmente, la scelta di intervenire può letteralmente

essere questione di vita o di morte, o riguardare la conservazione della autosufficienza dell'individuo.

Procedure come l'angioplastica coronarica sono considerate relativamente sicure nell'anziano, tuttavia nessun trattamento "invasivo" è senza rischio di complicanze. Emorragie ed embolie correlate sono più frequenti, e la maggiore tortuosità e le calcificazioni vascolari possono rendere più difficile l'avanzamento dei cateteri usati per ricanalizzare le coronarie oppure non permettere una cura completa.

Per dare una idea dei rischi della cardiocirurgia, nell'indi-

viduo ottuagenario la mortalità nell'intervento di bypass coronarico è 5% in casi elettivi (non di emergenza), 15 – 20 % in casi d'emergenza. In un individuo di

Persone di 65 anni e più secondo il sesso e le prime 10 malattie croniche dichiarate (dati Istat anno 2000)				
		maschi	femmine	totale
1	Artrosi, artite	417,1	600,4	524,8
2	Ipertensione arteriosa	322,6	394,7	365,0
3	Osteoporosi	43,3	267,1	174,8
4	Vene varicose/varicocele	87,3	214,9	162,3
5	Cataratta	126,5	172,6	153,6
6	Lombosciatalgia	122,7	167,4	149,0
7	Bronchite cronica, enfisema, insufficienza renale	182,9	111,8	141,1
8	Altre malattie del cuore	112,7	134,0	125,2
9	Diabete	116,3	130,5	124,7
10	Cefalea o emicrania ricorrente	67,6	131,2	105,0

40-50 anni il rischio è vicino all'1 %, pertanto il rischio relativo cresce con l'età. Ciononostante il rischio assoluto per un anziano rimane modesto se paragonato alle conseguenze di non intervenire quando è appropriato farlo.

E' essenziale per il medico ed i familiari rispettare il paziente anziano come individuo. Alcune persone desiderano ricevere solo un minimo intervento medico con l'età, senza riguardo per le conseguenze di questa scelta, e accettano le limitazioni di malattie correlate; altri vorrebbero intraprendere qualsiasi provvedimento per mantenere una vita attiva il più a lungo possibile. Entrambi gli approcci sono validi, e dovrebbero essere discussi con ponderazione dal medico, il paziente, i suoi familiari.

## Farmaci cardiologici nell'anziano: un'attenzione in più

Per effetto di cambiamenti nel metabolismo, l'anziano è più soggetto ad effetti collaterali, spesso derivanti dalla interazione di più farmaci ad azione diversa.

I dosaggi richiedono aggiustamenti più delicati.

Indispensabile la conoscenza completa dello stato di salute dell'anziano, senza suddividere la cura fra troppi specialisti, ma tenendo presente l'effetto di interazione di più patologie eventualmente presenti (es. diabete, cardiopatia, insufficienza renale, neuropatie...)

Schemi di terapia troppo complicati rischiano di non poter essere seguiti: difficoltà della vista, artrosi delle mani e perdite di memoria accentuano questa difficoltà.

Talora anche la pur limitata partecipazione alla spesa per l'acquisto di farmaci ad uso cronico può diventare un fattore limitante.

*Dott. Alessandro Bozzano  
cardiologo H. S. Gerardo*

FINE 1ª PARTE

## Le isole della salute

### PIU' CHE MAI INSIEME PER LA NOSTRA SALUTE

È ferma convinzione che l'educazione alla salute e la prevenzione siano armi fondamentali al fine di combattere le malattie dell'apparato cardiocircolatorio e che l'informazione possa realmente contribuire a migliorare le abitudini di vita della popolazione.

È importante conoscere i fattori di rischio e le errate abitudini, fattori modificabili (fumo di sigaretta, ipertensione arteriosa, scarso esercizio fisico, iperglicemia, ipercolesterolemia, sedentarietà, e obesità), sui quali si può intervenire in diversi modi.

All'Arengario di Monza "La giornata del Cuore" (23 e 24 settembre) offrirà la possibilità a chi lo desidera di effettuare un controllo gratuito di pressione, glicemia, colesterolo e giro-vita, con contestuale consulenza da parte del medico.

È fondamentale sottoporsi a questi controlli periodici che aiutano, insegnando a modificare gli stili di vita errati, contenere il peso corporeo, seguire una dieta equilibrata, praticare una regolare attività fisica, eliminare l'abitudine al fumo.

Solo sostenendo la prevenzione, promuovendo l'educazione alla salute e incentivando la ricerca si può sconfiggere la principale causa di morte in Italia.

## Le isole della salute

### Ti aspettano!

# BRIANZA PER IL CUORE E LA SCUOLA

**Carate Brianza**  
**7 settembre 2006**  
**ore 8.00 • 17.30**

Residenza "IL PARCO"  
Centro delle attività sociali  
Banco di Credito  
Cooperativo  
Via Garibaldi, 37

**Monza**  
**2-9-16-23 ottobre**  
**ore 20.45 • 22.45**

Aula Conferenze  
"Villa Serena"  
Ospedale San Gerardo  
Via Donizetti, 106



### SERATE DI APPROFONDIMENTO

Le serate completano gli interventi del giorno 7 settembre e danno modo agli insegnanti di approfondire le tematiche su problemi sempre più di attualità.

Durante la prima serata il dott. Marco Maggi tratterà il tema della Prevenzione del bullismo.

In seconda serata le dottoresse Paola Marmocchi e Michela Zannini svilupperanno il tema delle Life Skills e illustreranno come in questi anni sia stato utilizzato il programma dell'OMS per promuovere il benessere nelle scuole.

Nella terza serata la dottoressa Beatrice Castelli tratterà gli aspetti epidemiologici e preventivi dell'abuso sessuale. La dottoressa Antonietta Provenzano parlerà delle sue esperienze nella scuola elementare, in particolare del progetto "Parole non dette" dell'ASL Città di Milano. Il dott. Dario Signorelli infine presenterà la Prevenzione dell'abuso sessuale e della violenza sessuale tra pari, offrendo le esperienze dell'empowered peer education nel progetto "Attenti al lupo" dell'ISIS Galli di Bergamo.

Nell'ultima serata la dottoressa Giuliana Rocca e il dottor Dario Signorelli tratteranno di come promuovere la cultura della sicurezza grazie ad alcuni progetti sperimentati in alcuni istituti dell'area di Bergamo.

**Lunedì 2 ottobre**  
Prevenzione del Bullismo  
dott. Marco Maggi

**Lunedì 9 ottobre**  
Life Skills: una proposta operativa  
per il lavoro d'aula  
dott.ssa Paola Marmocchi - dott.ssa Michela Zannini

**Lunedì 16 ottobre**  
Prevenzione dell'abuso sessuale ed  
educazione socio-affettiva  
dott.ssa Beatrice Castelli - dott.ssa Antonietta Provenzano  
dott. Dario Signorelli

**Lunedì 23 ottobre**  
Promuovere la cultura della sicurezza  
dott.ssa Giuliana Rocca - dott. Dario Signorelli

## LA META' DEGLI INTERPELLATI NON CONOSCE I FATTORI DI RISCHIO E I COMPORTAMENTI DI PREVENZIONE

Secondo i dati della prima ricerca Pfizer Cardio 360-GfK Eurisko, un italiano su quattro è affetto da almeno un fattore di rischio tra ipertensione e ipercolesterolemia. La percentuale cresce rapidamente con l'aumentare dell'età e il fenomeno è ancora più grave tra le donne. Per buona parte delle donne intervistate (indagine di Datanalysis) le cardiopatie restano un timore secondario. Il fatto è particolarmente preoccupante perché spesso all'osservazione dello specialista arrivano donne con infarti mai diagnosticati o già affette da scompenso cardiaco.

### Ma le conseguenze sono gravi.

Più dell'infarto le donne over 50 sono preoccupate dal tumore al seno, dall'AIDS e dall'ictus. Secondo il prof. Sirtori questo avviene perché per le donne i campanelli d'allarme sono meno avvertiti. I medici, in generale, ascoltano meno le descrizioni dei sintomi delle donne, così le donne vengono meno frequentemente sottoposte ad angiografia e ad altri esami per accertare le patologie. L'indagine di Datanalysis focalizza la percezione del rischio cardiovascolare dopo la menopausa. Isabella Cecchini del Dipartimento Salute di GfK Eurisko spiega che alle donne in menopausa viene a mancare il potere cardioprotettivo degli estrogeni, fenomeno che le espone ad un rischio cardiovascolare tre volte maggiore rispetto a quello oncologico.

Un passo ulteriore sta nell'educare la classe medica ad una medicina di iniziativa piuttosto che aspettare l'insorgenza del disturbo, ossia, arrivare quasi prima della prevenzione. Occorre coinvolgere la popolazione ed i pazienti in un discorso culturale ed educativo permanente, finalizzato a far conoscere, per tempo, i fattori di rischio che sono alla base della patologia cardiovascolare.

**L'informazione resta dunque basilare per sviluppare l'attitudine alla prevenzione.**

da InFormaCuore n°17

## ITALIANI OVER 60 TROPPO PIGRI LA SALUTE VIEN MUOVENDOSI

Italiani over 60 troppo pigri e pantofolai.

Nonostante i benefici dell'attività fisica per salute e benessere, ben l'87% delle persone con più di 64 anni non fa alcun esercizio fisico: dunque a muoversi è appena il 13%. Lo rivela un'indagine condotta da GfK-Eurisko e presentata a Milano in occasione dell'iniziativa "Nonni in movimento".

L'attività fisica fa vivere gli anziani più a lungo, riduce cardiopatie e osteoporosi, combatte sovrappeso, ansia e depressione. Eppure il 44% degli ultra 64enni è in soprappeso e il 16% addirittura obeso. Ma proprio gli anziani dicono gli esperti - hanno uno stato di salute più precario, sono poco propensi a impegnarsi negli sport, anche per pigrizia: «Non è necessario infatti fare grandi sforzi, bastano 30 minuti di attività moderata al giorno, ovvero camminare mezz'ora, fare giardinaggio, ballo o ginnastica dolce». Tra i pochi anziani "fitness" le attività preferite risultano la ginnastica e il footing.

da l'Avenire 6 luglio 2006

## Anche a Concorezzo le isole della salute di Brianza per il Cuore. Un successo!

Su iniziativa di A.SPE.CON Azienda Speciale Concorezzese (Farmacie Comunali), Lions Club Vimercate e con la collaborazione del Comune di Concorezzo, l'Associazione Brianza per il Cuore si è impegnata a proporre il **6-7 maggio 2006 a Concorezzo**, presso Villa Zoia, la manifestazione



“**LE ISOLE DELLA SALUTE**” - Conosci i tuoi valori di rischio e impara a rispettarli -. Nella grande sala di Villa Zoia, messa a disposizione dal Comune, i cittadini di Concorezzo e dei paesi confinanti si sono sottoposti al **Test di Rischio Globale per la Prevenzione Cardiovascolare** con misurazione gratuita di Colesterolo, Pressione arteriosa, Peso e Indice di massa corporea, Spirometria e Monossido di carbonio.

Durante il Convegno organizzato sabato 6 maggio, presso la stessa Sala e alla presenza delle Autorità Locali, il Coordinatore della Centrale Operativa SSUEM 118 Brianza Giuseppe Brambilla ha presentato “Il punto su Progetto Vita” e “contrAttacco Cardiaco” - Da Monza alla Brianza una rete integrata per far fronte all'attacco cardiaco -.

Alla fine la **Cerimonia di consegna alla Polizia Locale del defibrillatore donato da Lions Club di Vimercate.**





**Direttore Editoriale e Direttore**

**Responsabile:** Luigi Pintus

**Editore:** Associazione Brianza per il Cuore

**Consulente Editoriale:** Antonello Sanvito

**Registrazione Tribunale di Monza:** n.1313 del 11/12/97

**Stampa:** Puntolinea s.a.s. Monza

**Comitato di Redazione:** Clelia Farina,

Giovanni Paltrinieri, Luigi Pintus, Franco Valagussa

**Progetto Grafico/editoriale:** Puntolinea Advertising, Monza

*un aiuto di cuore...*

E' solo col vostro continuo aiuto e sostegno, con nuove idee e nuovi progetti da realizzare insieme, che potremo proseguire.

Il primo atto indispensabile e prezioso per continuare i nostri progetti è la vostra partecipazione:

## DIVENTATE SOCI



Utilizzate l'allegato

bollettino postale o effettuate un bonifico sul  
**c/c n° 7220/08** Banca Intesa, piazza S.

Paolo 1 Monza

ABI 3069 CAB 20408

*Conservate la ricevuta, sia postale che bancaria, della vostra donazione, con la prossima dichiarazione dei redditi potrete godere dei benefici fiscali previsti dalla legge.*

**La nostra è una Associazione ONLUS: ogni vostra donazione comporta dei vantaggi fiscali.**

**Le persone fisiche:** possono detrarre dall'imposta lorda il 19% dell'importo donato a favore delle ONLUS fino ad un massimo di E 2.065,83

(art. 15 comma 1 lettera i-bis del D.P.R. 917/86).

Oppure: dedurre dal proprio reddito le donazioni a favore delle ONG, per un importo non superiore al 2% del reddito complessivo dichiarato

(art. 10 comma 1 lettera g del D.P.R. 917/86).

**Le imprese:** possono dedurre le donazioni a favore delle ONLUS per un importo non superiore a E 2.065,83 o al 2% del reddito di impresa dichiarato

(art. 100 comma 2 lettera h del D.P.R. 917/86).

Oppure: dedurre dal reddito di impresa le donazioni a favore delle ONG, per un importo non superiore al 2% del reddito d'impresa dichiarato

(art. 100 comma 2 lettera a del D.P.R. 917/86).

*... grazie di cuore*



Brianza per il Cuore ONLUS

Villa Serena, via Donizetti 106 - 20052 Monza

Tel. 039 2333487 Fax 039 2333223

Orario Segreteria: ore 10/12 lunedì - mercoledì - venerdì

[www.brianzaperilcuore.org](http://www.brianzaperilcuore.org)

[info@brianzaperilcuore.org](mailto:info@brianzaperilcuore.org)

### AVVERTENZE

"Il bollettino deve essere compilato in ogni sua parte (con inchiostro nero o blu) e non deve recare abrasioni, correzioni o cancellature. La casuale è obbligatoria per i versamenti a favore delle Pubbliche Amministrazioni.

Le informazioni richieste vanno riportate in modo identico in ciascuna delle parti di cui si compone il bollettino."

Questo tagliando va conservato per la dichiarazione dei redditi. L'Associazione Brianza per il Cuore è Onlus (Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale), iscritta al Registro Generale Regionale del Volontariato al foglio N° 545 progr. 2174 Sezione A) Sociale-Regione Lombardia. La presente offerta è per tanto deducibile ai sensi dell'art. 13 del D.LGS 4/12/97 n°460.

Nel rispetto della legge 675/96 sulla tutela dei dati personali, si informa che i dati anagrafici dei versanti verranno inseriti nella banca dati dell'Associazione Brianza per il Cuore che ne sarà l'unico utilizzatore. Il versante, in ogni momento, potrà rivolgersi all'Associazione Brianza per il Cuore per consultare, modificare, opporsi al trattamento dei dati.