

Il mio cuore ...

RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA



RESPONSABILE

Domenico Miceli

DIRIGENTI MEDICI

Salvatore Auzino
Francesco Pieralli
Lucio Schianchi

FISIOTERAPISTE

Anna De Luca, Rossella D'Orsi, Silvana Proserpi

STAFF INFERMIERISTICO

Rosaria Ceccarelli
Anna Della Corte - Coordinatrice

CONSULENTI

Lucia Alfano, Ilaria D'Alessandro, Roberta Vacca,
Alberto Vito (UOSD Psicologia Clinica),
Anna De Marco (andrologia, sessuologia), Salvatore Auzino,
Massimo Rinaldi (diabetologia), Francesco Pieralli,
Vincenzo Rullo (dietologia), Lucio Schianchi (fumo, angiologia)

INFO&PRENOTAZIONI:

081 7068776 - 8777-8539
cardioriabcto@ospedalideicolli.it
www.cardiologiariabilitativamonaldi/docvadis
facebook: Cardiologia Riabilitativa CTO Napoli



Sei hai avuto un infarto miocardico, un'angioplastica coronarica un intervento chirurgico al cuore, se ti hanno impiantato un pacemaker se hai uno scompenso cardiaco, un ciclo di riabilitazione cardiologica con attività fisica in palestra sotto controllo medico ed una serie di incontri di prevenzione secondaria ti aiuteranno al pieno recupero psico-fisico e a ridurre gli esiti del danno subito.

Dr. Domenico Miceli

INTRODUZIONE

La Riabilitazione Cardiologica è il passaggio fondamentale dalla fase acuta e post-acuta della malattia alla graduale ripresa della vita attiva e lavorativa. Si svolge attraverso un globale approccio diagnostico-valutativo e di trattamento che comprende le seguenti complesse aree fondamentali di intervento:

- Assistenza clinica, valutazione del rischio e corretta impostazione terapeutica.
- Training fisico che viene realizzato attraverso l'impostazione di programmi personalizzati.
- Educazione sanitaria specifica rivolta alla correzione dei fattori di rischio.
- Valutazione della situazione psico-sociale anche dal punto di vista occupazionale.
- Follow-up clinico-strumentale individualizzato
- Supporto per il mantenimento di un adeguato stile di vita.

La Riabilitazione Cardiologica è pertanto in stretta integrazione con la Prevenzione Cardiovascolare, nata per il recupero del paziente postinfartuato ed oggi indicata non solo nei soggetti reduci da un recente infarto miocardico acuto ma anche:

- dopo intervento cardiocirurgico di bypass aorto-coronarico, sostituzione valvolare, trapianto di cuore.
- impianto di pacemaker o defibrillatore automatico.
- cardiopatia ischemica stabile.
- scompenso cardiaco cronico.
- arteriopatia obliterante cronica periferica

L'Azienda Ospedaliera dei Colli, nata nel 2011 dalla fusione degli Ospedali Monaldi, Cotugno e CTO, ha gli strumenti per poter realizzare la continuità assistenziale dalla fase acuta sia medica che chirurgica delle malattie cardiovascolari a quella post acuta completando il percorso con la riabilitazione cardiologica.

La Riabilitazione del Cardiopatico dell'Ospedale Monaldi degli anni '90 è oggi Cardiologia Riabilitativa Intermedia, Unità Operativa Dipartimentale dell'Azienda Ospedaliera dei Colli, (Dipartimento Medico Cardiologico) alloggiata presso l'Ospedale CTO.

Questo opuscolo, curato dal gruppo di operatori del reparto, costituisce la riedizione, riprendendone in parte la struttura, di quello realizzato nel 1991 dal Servizio di Riabilitazione del Cardiopatico, voluto e brillantemente realizzato dal Prof. Massimo Caferio.

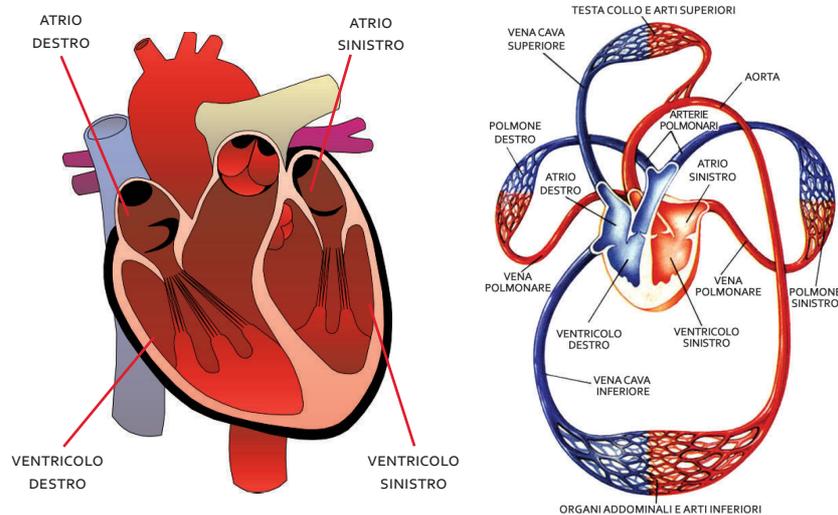
Il contenuto contribuirà certamente a correggere alcune lacune informative, carenze di notizie e disinformazione che sovente lamentano i nostri pazienti sulle cause, la possibilità di prevenzione e le terapie nella gestione quotidiana della propria malattia di cuore.

Dr. Antonio Giordano
Direttore Generale Azienda Ospedaliera dei Colli, Napoli

IL CUORE E LE SUE FUNZIONI



Ogni organo del corpo umano, per svolgere le sue funzioni, ha bisogno di ossigeno e di sostanze nutritive che vengono trasportate dal sangue, che scorre nei vasi sanguigni (arterie, capillari, vene) raggiungendo i singoli organi. Il sangue viene fatto circolare in questi vasi dall'azione di una pompa che, lavorando incessantemente, ne consente, appunto, la circolazione: questa pompa è il nostro cuore.



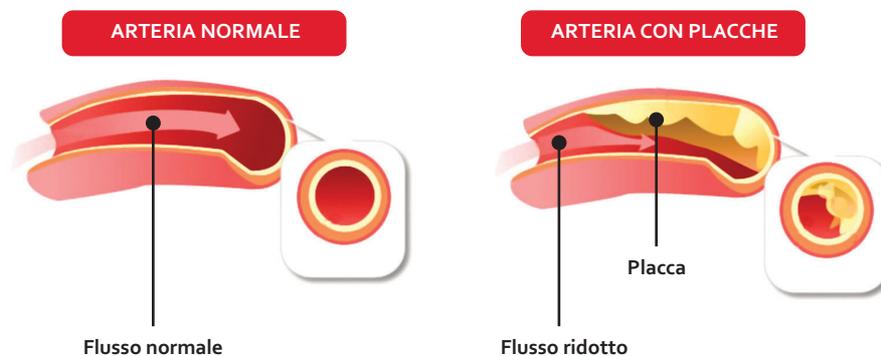
Essa, costituita essenzialmente da una struttura muscolare (miocardio) rivestita all'interno e all'esterno da un sottile foglietto, (endocardio e pericardio rispettivamente), è un organo cavo suddiviso in quattro cavità che, senza soste, aspira sangue quando si rilasce e lo spinge in periferia ai tessuti quando si contrae.

Si comprende facilmente come il buon funzionamento del cuore sia indispensabile a tutti gli organi: infatti un arresto o un cattivo funzionamento hanno conseguenze negative per tutti i tessuti, che si vengono a trovare privi o scarsamente riforniti di ossigeno e nutrizione. A sua volta il muscolo cardiaco, come tutti gli organi, per assolvere la sua funzione di pompa ha bisogno di ossigeno e di sostanze nutritive: tale fornitura gli viene garantita da appositi vasi che decorrono sulla sua superficie e che sono le arterie coronarie (così chiamate perché circondano il cuore a modello di una corona). Le coronarie sono due piccoli vasi che si diramano durante il percorso in tanti sottilissimi rami che si approfondiscono nell'interno del miocardio per portare sangue a tutto il muscolo: la loro integrità è la premessa per lo svolgimento del compito al quale esse sono state destinate.



L'ARTERIOSCLEROSI E LE SUE CONSEGUENZE

Il cuore può essere colpito da vari tipi di malattie (processi infiammatori come miocarditi e pericarditi, processi cicatriziali delle valvole come conseguenza di infiammazioni dell'endocardio), ma quella di gran lunga più frequente è l'arteriosclerosi delle coronarie.



Questa affezione, molto frequente soprattutto nelle società industrializzate ed in epoca moderna, è un processo degenerativo che colpisce la parete arteriosa, caratterizzato dalla proliferazione, sulla sua superficie interna, di rigonfiamenti denominati placche ateromasiche o ateromi, che da un lato riducono l'elasticità del vaso e dall'altro contribuiscono a restringere il suo calibro.

Nei punti in cui sono presenti gli ateromi il sangue può coagulare fino a formare dei trombi che così ostruiscono il vaso in maniera più o meno completa. Il restringimento e/o l'occlusione dell'arteria coronaria impediscono al sangue di arrivare alla zona del miocardio cui è diretto con conseguente sofferenza o morte cellulare (= necrosi).

L'arteriosclerosi coronarica inizia precocemente già intorno ai venti trent'anni per decorrere silenziosamente per lungo tempo, sicché l'individuo che ne è affetto è apparentemente sano, nè lamenta dei sintomi che possano farne sospettare la presenza.

In seguito, in genere in età adulta o matura, con il progredire della ostruzione, iniziano i primi disturbi che poi possono esitare nell'infarto. La lotta all'infarto, quindi, si identifica con la lotta all'arteriosclerosi, malattia di cui oggi conosciamo molto ma non tutto: ne ignoriamo la causa, anche se sappiamo per certo che alcune condizioni (= FATTORI DI RISCHIO), quando presenti, ne favoriscono l'insorgenza.

I FATTORI DI RISCHIO



Nelle malattie cardiovascolari non è individuabile una causa unica, ma sono noti diversi fattori che aumentano il rischio di sviluppare la malattia e predispongono l'organismo ad ammalarsi.

I più importanti sono: quelli non modificabili ovvero la familiarità, l'età (che attualmente diventa sempre più avanzata ed assume così un'importanza sempre più rilevante), il sesso, e quelli modificabili con un regolare stile di vita come l'abitudine al fumo di sigarette, il diabete, i valori elevati della colesterolemia, l'ipertensione arteriosa. L'entità del rischio che ogni persona ha di sviluppare la malattia dipende dalla combinazione dei fattori di rischio o meglio dalla combinazione dei loro livelli.

A) FATTORI MODIFICABILI

1) Fumo di sigarette

Secondo l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) il fumo provoca ogni anno 4 milioni di morti nel mondo, 90.000 solo in Italia; per questa ragione viene ritenuto tra le prime cause di malattia e di decessi sia per malattie respiratorie ma anche e soprattutto per malattie cardiovascolari, in particolare quelle coronariche.

Sono oltre un miliardo i fumatori nel mondo, circa un terzo cioè della popolazione al di sopra dei 15 anni, e la maggior parte di queste persone abita nei paesi del sud del mondo. Il consumo di tabacco è risultato più elevato nelle regioni nord-occidentali (27%); gli uomini fumano più delle donne (il 34% contro il 17%). Per entrambi i sessi questa abitudine aumenta nell'età adulta, con un massimo nella classe di età compresa tra i 35 e i 44 anni. Per gli uomini il consumo di tabacco è maggiore tra coloro che hanno un titolo di studio più basso; nelle donne invece questa tendenza è opposta. L'uso quotidiano di sigarette è generalmente alto; il 45% dei fumatori si accende fino a 10 sigarette al giorno, il 45,6% da 11 a 20 e il 9% ne fuma più di 20; il 14% inoltre accende una sigaretta entro 5 minuti dalla sveglia mattutina e oltre la metà dei fumatori entro la prima mezz'ora. La maggior parte dei fumatori (88%) ha iniziato entro i 18 anni. Tra le cause più diffuse che concorrono a far accendere la prima sigaretta: genitori, fratelli e fidanzati fumatori, risultati scolastici scarsi e pressione degli amici. La maggior parte dei ragazzi iniziano a fumare per essere uguali al gruppo dei coetanei o per essere considerati adulti.



"Il tuo cuore può diventare un bersaglio:
difenditi in tempo"

Circa il 30% delle morti per malattia cardiovascolare è dovuto al fumo di sigarette. L'esistenza di una relazione diretta tra numero di sigarette giornaliere e cardiopatia ischemica è stata dimostrata per entrambi i sessi, per giovani e anziani e per tutte le razze. Il fumo di sigaretta aumenta il rischio di cardiopatia ischemica di 2-3 volte ed interagisce con gli altri fattori di rischio moltiplicandone gli effetti.

Non è stato inoltre dimostrato che la presenza di filtri o l'uso di sigarette "leggere" o "sottili" riduca il rischio. Anche il fumo passivo, se in maniera continuativa, aumenta il rischio di cardiopatia ischemica, se pure in misura minore. Il fumo di pipa o sigaro, se non aspirato, si associa ad un livello di rischio più basso ma ad un'elevata incidenza di recidive nei confronti del fumo di sigaretta.

E' tuttora discutibile l'assenza di nocività della "sigaretta elettronica", anche se ritenuta uno dei sistemi, anche se il meno idoneo, per lo svezamento dal fumo. Il fumo rimane quindi decisamente una delle principali cause di mortalità, in gran parte cardiovascolare. Gli studi fisiopatologici hanno messo in evidenza una serie di meccanismi attraverso i quali il fumo di sigaretta può favorire l'insorgenza di cardiopatia ischemica.

I fumatori presentano elevate concentrazioni plasmatiche di prodotti del metabolismo ossidativo, tra cui le lipoproteine a bassa densità (LDL) ossidate. Il fumo di sigaretta determina anche riduzione delle concentrazioni di lipoproteine ad alta densità (HDL) che svolgono un'azione cardioprotettiva.

Tali effetti, unitamente a quelli diretti del monossido di carbonio e della nicotina, determinano lesioni endoteliali. Probabilmente sempre attraverso tali meccanismi, i fumatori presentano anche aumentata reattività vascolare. Il fumo di sigaretta si associa anche ad elevati livelli di fibrinogeno e a un'aumentata adesività piastrinica.

Smettere di fumare

"Il dottore al quale ne parlai mi disse d'iniziare il mio lavoro con un'analisi storica della mia propensione al fumo: Scriva! Scriva! Vedrà come arriverà a vedersi intero -. Credo che del fumo posso scrivere qui al mio tavolo senz'andar a sognare su quella poltrona. Non so come cominciare e invoco l'assistenza delle sigarette tutte tanto somiglianti a quella che ho in mano".

Con queste parole il protagonista del romanzo "La coscienza di Zeno" di Italo Svevo si appresta a seguire il consiglio del medico: smettere di fumare. Lo fa a modo suo, dal momento che inizia a scrivere accendendosi una sigaretta e per tutta la durata del suo proposito colleziona una serie innumerevole di impegni scritti ovunque, corredata dalla data e dalla dicitura diventata celebre: "U.S.: ultima sigaretta".

Come il noto fumatore descritto da Svevo, anche la maggior parte dei tabagisti vorrebbe smettere, con enorme fatica però. Perfino coloro che hanno avuto gravi problemi di salute correlati al fumo, come l'asportazione chirurgica della laringe o l'infarto cercano di ricominciare!

Ma quali sono i metodi per smettere di fumare?

Oggi è possibile ricorrere al supporto di **Centri Antifumo**, presenti anche all'interno dell'Azienda Ospedaliera dei Colli sia al Monaldi che al Cotugno ed al CTO, che sanno orientare il paziente che ha consapevolezza di voler smettere di fumare verso i sistemi, anche farmacologici, che contribuiscono a ridurre i sintomi dovuti all'astinenza dal fumo specie nelle prime settimane in cui è particolarmente alto il tasso di recidiva.

1 Fatti aiutare e sostenere: comunica le tue scelte ad amici e parenti perchè non fumino in tua presenza e ti incoraggino, parla col tuo medico, informati sui centri antifumo, chiama il numero verde 800-554088

2 Getta le sigarette e allontana dalla tua vista accendini e posacenere.

3 Ricorda che i piccoli disturbi di mancanza di sigarette (nervosismo, bocca secca, senso di fame) si possono vincere.

4 Bevi più acqua del solito e soprattutto prima dei pasti per sentirti pieno.

5 Porta con te stuzzicadenti o analoghi da tenere tra le labbra al posto della sigaretta.

6 Gratificati: nei primi giorni di astinenza cerca di fare le cose che ti piacciono; premiati ogni giorno che non hai fumato facendoti un regalo; pensa hai risparmi che fai ogni giorno e programma qualcosa di bello e interessante per il tuo futuro.

7 Se hai voglia di ricominciare pensa al tuo corpo: non "puzzi" più di tabacco, l'alito torna normale, i denti ritorneranno bianchi, la pelle diventerà più elastica, le rughe si attenueranno, la tosse e il catarro spariranno, il respiro diventerà più agevole.

8 Evita le situazioni che abitualmente associavi alle sigarette e non frequentare ambienti o persone che fumano. Passa invece più tempo in luoghi dove è vietato fumare come teatri, cinema, musei.

9 Se pratichi sport o qualche altra attività fisica, potenziala, in quanto contribuisce, fra l'altro, a ridurre la fame.

10 Se ricadi e fumi una sigaretta non ti scoraggiare, una debolezza non compromette nulla. Ricominciare da capo può succedere, analizza però i motivi della ricaduta.

2) *Ipertensione arteriosa*

Per ipertensione arteriosa si intende una pressione sanguigna più alta del normale, che richiede cure mediche.

Normalmente, le pulsazioni del cuore generano nel sangue una spinta, o pressione, sufficiente a farlo scorrere in tutta la rete dei vasi sanguigni; nell'ipertensione, invece, tale spinta è superiore, talora notevolmente, a quelle che sono le normali esigenze dell'organismo.

L'ipertensione sottopone a uno sforzo il cuore, che deve lavorare di più per spingere il sangue in circolo e, alla lunga, danneggia i piccoli vasi sanguigni dei reni e degli occhi. Inoltre, può instaurarsi un circolo vizioso per cui i reni, danneggiati dall'alta pressione liberano in maggior quantità una sostanza ipertensiva, la renina, che fa alzare ancora di più la pressione: è la cosiddetta "ipertensione maligna", che necessita di cure urgenti. È ormai scientificamente provato che mantenere bassa la pressione è un fattore indiscutibile di longevità: ictus cerebrali e trombosi delle coronarie, come del resto altre malattie del cuore, sono più frequenti negli individui con pressione alta. L'ipertensione in sé, tuttavia, non si rivela con alcun sintomo particolarmente grave, se non si arriva all'affanno (dovuto allo sforzo cui è sottoposto il cuore) o a disturbi della vista (nella maggior parte dei casi dovuti a lesioni della retina, la sottile membrana che tappezza il fondo del bulbo oculare).

Molti pazienti si emozionano, più o meno coscientemente, quando devono farsi misurare la pressione, specie di fronte al medico o all'infermiere (ipertensione "da camice bianco") e questo può bastare per farla salire: è necessario quindi misurarla diverse volte per poter fare una diagnosi sicura. A questo si accompagna, da parte del medico, l'esame dei vasi sanguigni dell'occhio e della funzionalità renale e cardiaca.

Responsabili dell'aumento della pressione arteriosa possono essere alcuni disturbi dei reni. L'arteriosclerosi (indurimento delle arterie) e altre malattie o disfunzioni del sistema circolatorio, tumori delle ghiandole surrenali e malattie cerebrali, possono anche essere causa di ipertensione ma la causa specifica si scopre in un caso su dieci; negli altri casi, si parla di "ipertensione essenziale", o primaria, ed è come dire che non se ne possono determinare con esattezza le cause. In diversi casi di ipertensione essenziale, un fattore molto importante è costituito dall'ereditarietà, specie quando entrambi i genitori ne sono o ne sono stati affetti e soprattutto se in età giovanile. Nei casi in cui si conosce la causa, le cure sono rivolte a eliminare o ad alleviare le conseguenze.

Nell'ipertensione essenziale un fattore di predisposizione può essere l'eccessivo peso corporeo; talvolta, infatti, è possibile far scendere la pressione facendo perdere al paziente qualche chilo. Non si prescrive quasi più una dieta povera di sale: la terapia consiste soprattutto in farmaci ipertensivi, cioè atti a far scendere la pressione, e sedativi. Quando è giustificato parlare di ipertensione? Quando un individuo è iperteso? La risposta ovvia è quando la pressione è superiore al "normale".

Senza perderci in disquisizioni filosofiche diciamo subito che è necessario, dal

punto di vista pratico, definire un limite tra "normale" ed "elevata" se non altro per decidere quali soggetti sottoporre a terapia.

Tale limite non può che essere artificioso, e la Organizzazione Mondiale della Sanità ha stabilito di fissarlo a 130-140 e/o 80-85 mm Hg. indipendentemente dall'età e dal sesso.

Per specifiche categorie di pazienti, come i diabetici, questi limiti andrebbero spostati un po' più in basso (120/70) allo scopo di ridurre il maggiore rischio di eventi cardiovascolari che corrono questi pazienti.

Tecnica di misurazione della pressione arteriosa

Il soggetto deve essere rilassato, in posizione comoda. Lo strumento utilizzato si chiama sfigmomanometro: è costituito da un bracciale che viene avvolto attorno al braccio e mantenuto all'altezza del cuore. La misurazione può essere manuale o automatica. Nel primo caso bisogna utilizzare uno stetoscopio, cioè uno strumento che permette di udire i rumori che vengono generati dal passaggio del sangue nell'arteria del braccio. Lo stetoscopio viene appoggiato a livello dell'arteria brachiale, sopra la piega del gomito.



Contemporaneamente si palpa il polso radiale, cioè la pulsazione dell'arteria che passa a livello del polso, dallo stesso lato in cui si trova il pollice.

A questo punto il bracciale viene gonfiato sino alla scomparsa sia dei rumori provenienti dallo stetoscopio che dal polso radiale: in questo momento la pressione del bracciale è superiore alla pressione arteriosa. Successivamente si riduce lentamente la pressione del bracciale, facendo uscire l'aria in esso contenuta. Quando la pressione sarà uguale a quella arteriosa, un pò di sangue riuscirà a passare nell'arteria producendo un rumore: il primo rumore udito chiaramente corrisponderà alla pressione sistolica (detta anche "massima"). Riducendo ulteriormente la pressione i rumori diventeranno inizialmente più intensi, quindi via via più deboli: la completa scomparsa dei rumori corrisponderà alla pressione diastolica (detta anche "minima"). La pressione viene quindi indicata con due valori, ad esempio 130/80: il primo valore è la sistolica, il secondo la diastolica. La pressione arteriosa (prevalentemente sistolica) aumenta con l'età, quale conseguenza principalmente della maggiore rigidità dei vasi arteriosi; la pressione arteriosa (sia sistolica che diastolica) subisce delle variazioni durante la giornata: è più alta al mattino, appena svegli, si riduce un po' durante la giornata e tende ad aumentare nuovamente verso sera. Durante il sonno invece, si riduce a valori inferiori rispetto a quelli del giorno. Aumenta inoltre durante uno sforzo fisico e sovente quale conseguenza di fattori emotivi. Oggi la pressione arteriosa si può curare ed esistono farmaci molto potenti ed efficaci la cui combinazione, a volte necessaria quando non è sufficiente una sola

molecola, non solo riduce il valore numerico della pressione arteriosa, ma riduce il "danno d'organo" e neutralizza questo potente fattore di rischio per gravi malattie di cuore. È però molto importante che il paziente sappia di dover assumere le medicine per la pressione arteriosa per tutta la vita evitando autoriduzioni (spesso frequenti nel periodo estivo quando si ritiene erroneamente che il caldo sia da solo sufficiente a far scendere i valori della pressione), o peggio, sospensioni, che potrebbero pregiudicare i benefici ottenuti.

3) **Obesità**



L'obesità è una malattia complessa dovuta a fattori genetici, ambientali ed individuali con conseguente alterazione del bilancio energetico ed accumulo eccessivo di tessuto adiposo nell'organismo. Studi su famiglie e gemelli hanno sempre sostenuto l'ipotesi di un'influenza genetica, responsabile delle cosiddette anomalie metaboliche che faciliterebbero l'insorgenza dell'obesità in presenza di alta disponibilità di alimenti e cronica sedentarietà. Esistono poi fattori individuali che possono contribuire all'eccessiva introduzione di cibo: si tratta solitamente di comportamenti impulsivi o compulsivi secondari a depressione e/o ansia. In molti paesi industrializzati colpisce fino ad un terzo della popolazione adulta, con un'incidenza in aumento in età pediatrica, specie oggi che è così diffuso il consumo delle "merendine": rappresenta quindi, senza dubbio, l'epidemia di più vaste proporzioni del terzo millennio e, al contempo, la più comune patologia cronica del mondo occidentale. Non a caso, infatti, la comunità cardiologica mondiale sta rivolgendo sempre più attenzione a questa condizione. L'obesità costituisce un serio fattore di rischio per mortalità e morbilità, sia di per sé (complicanze cardiovascolari e respiratorie) sia per le patologie ad essa frequentemente associate quali diabete mellito, ipertensione arteriosa, iperlipidemia, calcoli della colecisti, osteoartrosi. Per aiutare le persone a determinare il proprio peso-forma, si usa una semplice misurazione del rapporto tra peso e altezza, chiamata Indice di Massa Corporea (IMC). L'IMC si calcola prendendo il peso in chilogrammi diviso per metri al quadrato (kg/m^2). Per esempio, chi pesa 70 kg ed è alto 1,75 m avrà un IMC di 22,9. In generale, un IMC tra 18,5 e 25 è considerato "sano", da 25 a 29 è "a rischio" e un IMC uguale o superiore a 30 è ritenuto ad "alto rischio".

INDICE DI MASSA CORPOREA
< 18,5 sottopeso

18,5 - 25 peso forma

25 - 30 sovrappeso > 30 obeso

Distribuzione del grasso: mele e pere



L'IMC, tuttavia, non fornisce informazioni sulla distribuzione del grasso nel corpo. Questa è un'informazione importante perché, ad esempio, un eccesso di grasso addominale può avere conseguenze in termini di problemi di salute. Un modo per misurare la distribuzione del grasso è la circonferenza della vita.

La circonferenza della vita non è correlata all'altezza e fornisce un metodo semplice e pratico per identificare le persone in sovrappeso che sono maggiormente a rischio di malattie associate all'obesità. Se la circonferenza della vita è superiore a 94-102 cm per l'uomo e 80-88 cm per la donna, significa che i soggetti hanno un eccesso di grasso addominale e sono quindi maggiormente a rischio di incorrere in problemi di salute, anche se il loro IMC è più o meno nella norma. La misurazione della circonferenza della vita divide le persone in due categorie: androide e ginoide. I soggetti con una distribuzione del tessuto adiposo di tipo androide (forma a "mela")

hanno la maggior parte del grasso corporeo intraddominale e localizzato intorno allo stomaco e al petto e sono maggiormente a rischio di sviluppare malattie collegate all'obesità. Gli individui con una distribuzione del grasso di tipo ginoide (forma a "pera") hanno la maggior parte del grasso corporeo localizzata intorno ai fianchi, alle cosce e al sedere. Gli uomini obesi hanno maggiori probabilità di essere "mele" e le donne "pere". In relazione alle diete dimagranti va sottolineato che il messaggio da trasmettere è di puntare ad un obiettivo realisticamente perseguibile: si deve mirare non al raggiungimento del cosiddetto peso ideale, numero astratto espressione di calcoli che hanno solo valore statistico, ma di quello cosiddetto "ragionevole", intendendo, con tale termine, il peso mantenuto senza sforzo dopo i 21 anni e che permette buone condizioni di salute fisica, psichica e sociale.

E' stato ormai ampiamente dimostrato che è sufficiente una riduzione del 10-15% del peso iniziale per indurre significativi miglioramenti di ipertensione, diabete e patologie cardiovascolari.



4) Ipercolesterolemia

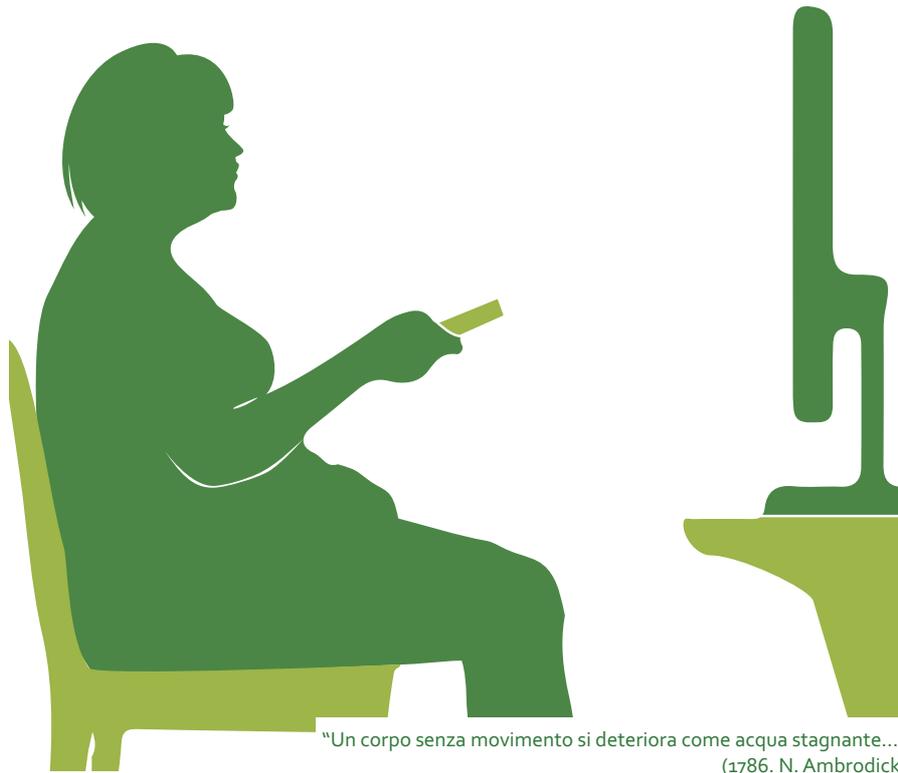
Occorre correggere l'ipercolesterolemia, cioè l'aumentata quantità di colesterolo circolante, in modo da contenerla al di sotto di 200 mg/dl. Il colesterolo è una sostanza della quale l'organismo ha bisogno delle sue funzioni (esso serve per la formazione delle membrane cellulari, per la sintesi di ormoni ecc.), se però la quantità presente nel sangue è eccessiva, esso tende a depositarsi nella parete delle arterie accelerando il processo arteriosclerotico.

Per raggiungere l'obiettivo (colesterolemia minore di 200mg/dl) occorrono restrizioni dietetiche, attività fisica, eventualmente farmaci specifici.

5) Sedentarietà

È uno dei mali della società moderna: ci si muove poco e sempre meno. Il ricorso all'automobile anche per i piccoli spostamenti è la regola per l'uomo del 2000; invece è dimostrato che l'attività fisica controllata è benefica e salutare, in quanto:

- riduce la colesterolemia
- riduce il sovrappeso
- riduce l'ipertensione



"Un corpo senza movimento si deteriora come acqua stagnante..."
(1786. N. Ambrodick)

FATTORI DI RISCHIO DI NATURA PSICOLOGICA (a cura dell'UOSD Psicologia Clinica)

1. LO STRESS E L'ANSIA

Lo stress è il fattore che spinge l'individuo a cercare una condizione di equilibrio tra le continue e innumerevoli sollecitazioni provenienti sia del mondo interno (la mente e le emozioni hanno una notevole influenza sull'organismo) sia del mondo esterno (ad esempio la temperatura o un rumore forte improvviso).

Lo stress è un ingrediente fondamentale, è il "sale" della vita e tutti lo sperimentiamo. L'individuo affronta inevitabilmente molte sfide di natura psicologica ed esse riflettono le difficoltà di interazione con gli altri nelle situazioni che si vivono quotidianamente. Altre sfide possono essere di natura fisica, come le malattie acute o traumi subiti a causa di incidenti.

In termini biologici, qualunque stimolo alteri l'equilibrio dell'individuo può essere considerato e quindi definito come una risposta di stress al riadattamento. Quest'ultimo attraversa diverse fasi.

Una prima fase di "allarme", in cui l'organismo percepisce la minaccia, raccoglie le sue risorse e si prepara ad affrontare l'emergenza;

Una seconda fase, detta di "resistenza", in cui ogni attività (sia biologica che comportamentale) dell'organismo è volta all'adattamento alla situazione e in cui gli indici fisiologici tendono a normalizzarsi, sebbene lo sforzo attuato sia molto intenso.

Nel caso in cui tale adattamento non sia sufficiente si arriva alla terza fase, ossia di "esaurimento", che si sperimenta dopo un'esposizione prolungata ad una situazione di rischio, o quando un evento è particolarmente intenso e quindi le risorse di energia si esauriscono e la naturale capacità di adattamento viene a mancare.

Inoltre, viene posta una distinzione tra uno stress positivo, definito "Eustress", ed uno meno favorevole, nominato "Distress".

L'Eustress è uno stress fisiologico, ci rende più capaci di adattarci positivamente alle situazioni: si diventa vigili, attenti, migliora l'apprendimento; si affina sia la capacità di concentrazione che di percezione. Rappresenta la giusta tensione alla base di uno stato di attivazione che consente all'organismo di essere attento alle richieste dell'ambiente circostante. L'individuo ottiene la spinta necessaria per la migliore espressione di sé.

Il secondo, Distress, è quando lo stato di attivazione diventa elevato e prolungato nel tempo. È lo stress negativo quello che provoca grossi scompensi emotivi e fisici e che possiamo provare a risolvere con molta difficoltà, se supportati. In questa condizione l'individuo sperimenta un dispendio di energia, in quanto si avverte costretto a restare in una condizione di attivazione permanente.

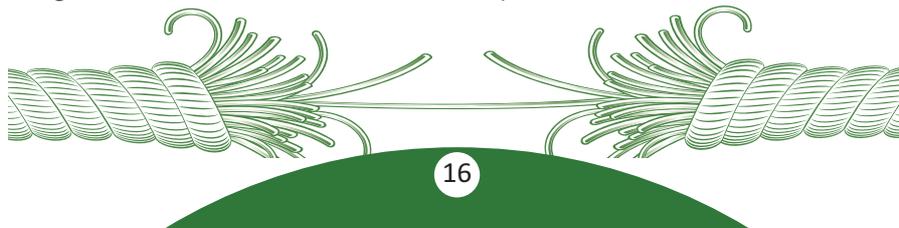
Se non riesce più ad adattarsi (e quindi, a trovare la giusta soluzione ai suoi problemi) l'individuo entra nell'aria di rischio psicosomatico, che lo rende vulnerabile

allo sviluppo di patologie con diverse modalità espressive. È importante sottolineare che tenere sotto controllo lo stress non è facile e che la risposta ad una condizione di stress viene coordinata dal cervello. L'allerta cognitiva interagisce con i segnali somatici dello stress a livello del flusso sanguigno (quali ormoni, nutrienti e molecole infiammatorie) e con informazioni provenienti dai nervi periferici (che regolano gli organi vitali e le sensazioni).

Il cervello integra tale processo e produce una serie di risposte specifiche e graduate. La risposta più semplice da individuare è l'attivazione immediata del Sistema Nervoso Simpatico. Esso, sottoposto ad uno stimolo stressogeno, formula una risposta adeguata. Tutti possiamo riconoscere l'iniziale sensazione di formicolio, sudorazione, le pulsazioni rapide e il generico senso di paura che proviamo nei momenti immediatamente successivi ad una situazione stressante. Tali sintomi sono preparatori all'attacco o alla fuga e incrementano l'apporto sanguigno agli organi vitali, ai muscoli e al cervello. Ciò significa che la prima sensazione di paura è molto più rapida di qualsiasi pensiero o elaborazione mentale dell'individuo. E' noto, dal punto di vista neuro-biologico, come di fronte ad un pericolo, l'organismo scateni reazioni immediate che spesso ci salvano la vita e che quindi è rischioso non avere. Nella quotidianità, dopo un evento stressogeno che ha portato a modificare la propria vita (ad esempio, un intervento chirurgico, un incidente, etc.) l'individuo inizia a provare una costante paura.

Di solito essa viene minimizzata dalle persone che lo circondano, non tenendo conto del fatto che talvolta un male immaginario può essere peggiore di uno reale e può diventare, nei suoi effetti, più reale di qualunque realtà. Infatti, la paura, essendo la più primitiva, quando raggiunge i suoi estremi, è la più concreta e reale delle nostre sensazioni e coinvolge mente e corpo in una sequenza reattiva così rapida da anticipare qualunque pensiero. L'altra faccia della medaglia dello stress è l'ansia. Gli elementi ambientali, intesi anche come situazioni, persone o esperienze, che producono una sollecitazione sull'organismo (vengono definiti "Stressor"), subiscono sempre un'elaborazione di tipo cognitivo, dalla quale dipende in gran parte la reazione della persona.

Lo stress è la prima sollecitazione che l'organismo vive quando vi è un cambiamento nell'equilibrio tra organismo e ambiente e l'ansia è una sua possibile conseguenza. Quest'ultima è generata da un meccanismo psicologico di risposta allo stress, il quale svolge la funzione di anticipare la percezione di un eventuale pericolo prima ancora che quest'ultimo sia chiaramente sopraggiunto. Quindi, l'ansia ha la funzione di proteggerci dalle minacce esterne preparandoci all'azione e contemporaneamente motivandoci all'interazione con il mondo esterno. Essa ha anche altre funzioni, come ad esempio: ci consente di impegnarci nei compiti che svolgiamo quotidianamente, in quelle attività che non svolgiamo con interesse ma che dobbiamo portare a termine; inoltre è costrut-



tiva perché funge da intermediaria tra mondo esterno e interno, rendendoci capaci di far fronte ai problemi della vita e di adoperarci per migliorare il nostro adattamento all'ambiente.

Questi tipi di ansia sono, dunque, fattori di crescita e sviluppo della personalità che forniscono stimoli e motivazioni all'accrescimento. Tutti noi abbiamo provato ansia e siamo capaci di comprendere quella degli altri, immedesimandoci nel loro stato d'animo.

Tuttavia può accadere che non siamo capaci di superare completamente una situazione di pericolo e in tal caso l'ansia si trasforma da risposta del tutto naturale e adattiva a sproporzionata o irrealistica preoccupazione. Essa assume una connotazione di disturbo psichico, perdendo così la funzione di elemento di crescita, di maturazione e adattamento, tesa a favorire il rapporto con l'ambiente, provocando, al contrario, disadattamento e perdita di contatto con l'ambiente stesso.

Ciò è dovuto ad una valutazione errata delle percezioni che riceviamo da parte dei nostri processi cognitivi. Molti individui, per loro inclinazione, sono portati ad esporsi ad un alto numero di agenti stressanti. A volte questo comportamento può avere conseguenze dannose. Ad esempio, in campo medico si è a conoscenza del fatto che, tra le cause di infarto miocardico, le variabili psicologiche sono altrettanto pericolose dei fattori di rischio tradizionali (quali ad esempio: alta pressione arteriosa, ipercolesterolemia, fumo, etc.). Inoltre, studi recenti hanno permesso ai ricercatori di definire i tratti della personalità all'origine dei disturbi cardiaci, che sono caratterizzati principalmente da: continuo senso della fretta, scarsa fiducia in se stessi, competitività, aggressività e disturbi dell'umore.

Le strategie di reazione dell'individuo allo stress e all'ansia, vengono definite "Coping". Con tale termine ci riferiamo alle strategie (che possono essere più o meno adeguatamente funzionali) che ognuno di noi utilizza per far fronte alle situazioni stressanti. Oltre a queste strategie, esistono altri fattori fondamentali in grado di ridurre lo stress, tra questi troviamo il sostegno sociale, attraverso esperienze in gruppi terapeutici.

In conclusione, una certa quota di stress e di ansia sono non solo inevitabili, ma svolgono una funzione positiva nel favorire una nostra risposta adeguata alle sollecitazioni esterne. Tuttavia, superata una certa dose, stress ed ansia possono trasformarsi in fattori disturbanti la qualità della vita sino a divenire, nei casi più gravi, aspetti di vere e proprie patologie psicologiche. Ovviamente, coloro che sono stati sottoposti a importanti malattie organiche, proprio per i pensieri e le preoccupazioni che tali eventi comportano, tendono inevitabilmente a vivere una quota maggiore di stress ed ansia.

Per tale motivo, sono particolarmente importanti gli interventi di tipo psicologico, in grado di aiutare i pazienti: ad affrontare meglio le proprie paure, innanzitutto riconoscendole; a modificare le opinioni attorno alla patologia (spesso fonte di pregiudizi o di errata informazione e che contribuiscono ad allarmare il paziente); a valorizzare e sostenere la rete familiare e sociale di sostegno che può giocare un ruolo essenziale nella riduzione dello stato di ansia.

2. I DISTURBI DELL'UMORE



Il cuore come sede delle emozioni è un concetto che si perde nella storia. La cultura popolare, così come la tradizione filosofica e letteraria, sono permeate da costanti riferimenti metaforici a questo rapporto. Negli ultimi anni numerosi studi italiani, che peraltro trovano conferma nella più recente letteratura internazionale, hanno fornito le prove, scientificamente validate, di un rapporto stretto esistente fra disturbi dell'umore e malattia coronarica. In queste ricerche è emerso che in pazienti con una depressione maggiore, ma anche moderata, il rischio di morire per una patologia cardiaca aumenta sensibilmente.

Ma non solo, in altri studi si è osservato che i cardiopatici rischiano di più, rispetto a coetanei sani, di essere colpiti da una sindrome depressiva. Tutto ciò, quindi, dimostra che tra i due eventi vi è sicuramente una correlazione. È vero poi che i disturbi dell'umore e la malattia coronarica si presentano frequentemente associati in comorbidità.

Dal punto di vista biochimico-fisiologico, tra i possibili meccanismi sono stati proposti da un lato un'iperattivazione piastrinica, con esagerata tendenza all'aggregazione; dall'altro una disregolazione dei sistemi di risposta allo stress, con eccessiva attivazione delle risposte simpatico-mimetiche e alterata risposta ormonale allo stress. È nota la presenza di un'iperattivazione piastrinica nella depressione maggiore rivelata, per esempio, da un'iperproduzione di PF₄ (Fattore Piastrinico 4) e BTG (di Btromboglobulina) o da un'aumentata esposizione di membrana GPIIb/IIIa (recettore per fibrinogeno), così come da un'incrementata aggreducibilità

Non è però ben chiaro se queste modificazioni siano legate allo stato del disturbo depressivo. Sul piano prognostico è stato dimostrato che la depressione, quando è presente, è in grado di peggiorare il decorso dei disturbi cardiovascolari. Nei pazienti con patologia cardiovascolare sono comuni sentimenti di depressione, ansia e rabbia, sia pure di grado moderato.

La depressione si può manifestare con sentimenti di tristezza e disperazione, tendenza al pianto, perdita dell'interesse per le attività quotidiane e per le occupazioni che prima erano gratificanti; talvolta sono accompagnati da sintomi come cattiva qualità del sonno, scarsa concentrazione, mancanza di energia, perdita dell'appetito, insomma con un rallentamento generale che spesso viene sottovalutato in quanto viene attribuito unicamente alla malattia fisica. I sentimenti d'ansia si manifestano in angosce e rimuginazioni: la paura che si verifichi un altro infarto, o che la propria vita non valga più niente e che non dia alcuna

soddisfazione, può provocare agitazione e inquietudine costanti, accompagnate da disturbi del sonno e dalla tendenza a cercare attenzione o aiuto anche quando non servirebbe.

Un'altro sentimento molto comune è la rabbia, la sensazione di essere stati in qualche modo traditi dal proprio corpo, l'incapacità di accettare la nuova situazione e di gestire un vissuto di impotenza che spesso porta a negare la gravità della situazione o a provare forte frustrazione.

Inoltre, la storia sanitaria dei pazienti cardiopatici si rivela spesso un calvario che precede uno o più interventi, ai quali segue, a seconda della patologia e della gravità, un processo di riabilitazione lungo, che richiede continui controlli.

L'identità del cardiopatico si costituisce a partire da un brusco, doppio cambiamento: dalla condizione di salute ad una situazione ad alto rischio, fino alla cura, alla riabilitazione e ad uno stato di riconquistata salute e reinserimento nel flusso quotidiano.

Il mal di vivere influirebbe poi negativamente sulle stesse cure mediche perché chi è depresso può tendere più facilmente a trascurare l'assunzione regolare dei farmaci, a non cambiare dieta ed a sottrarsi ai programmi di riabilitazione.

Conclusioni.

Una seria patologia cardiovascolare può frequentemente provocare disturbi dell'umore quali depressione, con sentimenti di tristezza e disperazione, tendenza al pianto, perdita dell'interesse per le attività quotidiane. Anche i disturbi del sonno e della concentrazione sono frequenti, così come la rabbia per la nuova situazione.

E' importante che i pazienti ed i loro familiari acquistino consapevolezza che tali reazioni, per quanto frequenti, non sono conseguenza diretta ed inevitabile della patologia organica, ma conseguenza della loro percezione soggettiva dei mutamenti che stanno avvenendo nella loro vita.

Non serve quindi spaventarsi ulteriormente o colpevolizzarsi per le proprie reazioni, mentre una maggiore consapevolezza su quanto sta avvenendo, in alcuni casi beneficiando di un sostegno psicologico specialistico, si rivela di grande aiuto per migliorare la qualità della vita dei pazienti e dei loro familiari.



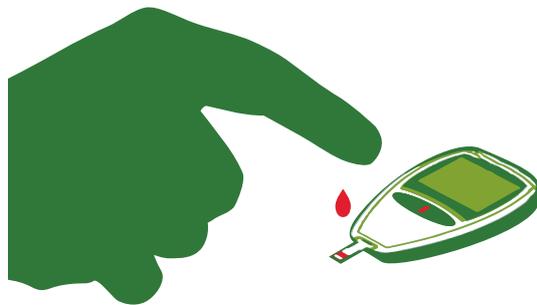
DIABETE

a cura di dr. Massimo Rinaldi

I diabetici noti in Italia sono circa il 3% della popolazione, ma almeno un altro 3% non sa di esserlo. Nel mondo si prevede entro il 2025 il raddoppio del numero dei diabetici, soprattutto a carico delle "nazioni emergenti" dell'est asiatico e dell'America latina per il diffondersi di un errato "stile di vita", con aumento di consumo del cibo e riduzione dell'attività fisica.

Esistono sostanzialmente due tipi di diabete:

- **DIABETE TIPO 1;** detto anche "magro" o "giovanile" perchè insorge prima dei 35 anni, o "insulinoprivo", perchè si caratterizza per una carenza assoluta dell'insulina (l'ormone prodotto dal pancreas che regola il metabolismo degli zuccheri), e che deve essere curato necessariamente con le iniezioni di insulina.
- **DIABETE TIPO 2;** che è il più frequente, con circa il 90% dei casi e che compare prevalentemente in persone in sovrappeso ed obese, e si può curare anche con l'assunzione di compresse ipoglicemizzanti.



Secondo gli ultimi criteri la diagnosi di diabete viene posta quando con gli esami del sangue per almeno tre volte a digiuno si sia riscontrata una glicemia superiore a 125 mg/dl, oppure quando anche una sola volta si sia rilevata una glicemia superiore a 200mg/dl. La cura e la prevenzione del diabete di tipo 2 va fatta prima che con le medicine con la dieta e l'attività fisica.

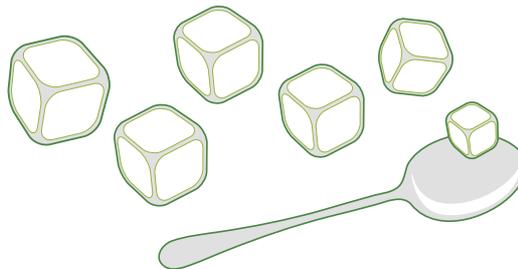
Nella dieta bisogna limitare (ma non escludere) l'assunzione dei carboidrati rappresentati essenzialmente da pasta, riso, pane, patate, e dai dolci, dalla frutta e dalle bevande zuccherate, compreso il vino. Si possono mangiare più liberamente i secondi piatti e soprattutto le verdure ed i legumi. L'attività fisica è essenziale per non ingrassare e per mantenere una massa muscolare adeguata e metabolicamente attiva; inoltre l'esercizio fisico nei pazienti diabetici contribuisce a mantenere la glicemia più bassa e sotto controllo.

Per attività fisica si deve intendere un regolare esercizio fisico di almeno mezz'ora al giorno, ad esempio camminare a passo svelto, che faccia aumentare sensibilmente la frequenza dei battiti cardiaci.

Curare attentamente il diabete e mantenere la glicemia sotto rigoroso controllo (l'ideale è che sia inferiore a 140 mg/dl durante tutta la giornata) è importante al fine di evitare l'insorgenza delle numerose complicanze del diabete che sono:

- i disturbi della vista (retinopatia diabetica),
- la malattia renale (nefropatia diabetica), prima causa di ricorso alla dialisi,
- l'interessamento dei nervi periferici (neuropatia diabetica) e i disturbi della sfera sessuale (impotenza e disfunzione erettile)
- ma soprattutto la comparsa delle malattie cardiovascolari (infarto, ictus cerebrale, arteriopatia ostruttiva).

In particolare le malattie cardiovascolari, soprattutto l'infarto miocardico, sono assai frequenti nei pazienti diabetici. In Italia ed anche in Campania esiste una buona struttura assistenziale per i pazienti diabetici, fatta di



numerosi Centri Antidiabetici pubblici e di reparti ospedalieri, capillarmente distribuiti sul territorio a cui si accede in genere attraverso la prescrizione del proprio medico di famiglia, anch'egli in grado di gestire, in collaborazione con lo specialista, la malattia diabetica. I pazienti possono usufruire gratuitamente di tutte le visite specialistiche necessarie, di tutte le medicine, nonché dei numerosi presidi diagnostici e terapeutici (apparecchietti per determinare facilmente al proprio domicilio la glicemia, siringhe e dispositivi per l'iniezione dell'insulina). Quindi curare bene il diabete è importante almeno quanto curare il cuore bisogna saper accettare questa patologia e convivere senza drammi, ma seguendo attentamente i consigli e le direttive del medico curante, sapendo che l'obiettivo non è solo quello di regolare il livello dello "zucchero nel sangue", ma soprattutto poter vivere a lungo e senza le fastidiose e gravi complicanze della malattia. Il diabete si può prevenire adottando un adeguato "stile di vita" cercando cioè di non aumentare di peso, di mantenersi attivi da un punto di vista fisico, controllando la pressione arteriosa, consumando pochi grassi e dando la preferenza a verdure frutta e legumi che sono ricchi di sostanze antiossidanti e di vitamine. Queste raccomandazioni devono essere seguite in particolare da coloro che hanno parenti di primo e secondo grado diabetici, poiché, in tal caso, esiste una sorta di predisposizione genetica e maggiori sono le probabilità di ammalarsi in futuro di diabete.

COLESTEROLO E TRIGLICERIDI

Il colesterolo, i trigliceridi, insieme con i fosfolipidi, sono i "grassi" contenuti nel nostro organismo. I fosfolipidi sono i principali componenti delle membrane cellulari e delle guaine dei nervi. I trigliceridi rappresentano la più grande riserva dei nostri lipidi e rappresentano quasi il 90% dei grassi ingenti. Il colesterolo è componente essenziale delle membrane cellulari e della bile. La parte più importante dei grassi circolanti è prodotta dall'organismo stesso, mentre un'altra parte viene introdotta con la dieta. L'assorbimento dei lipidi alimentari avviene a livello dell'intestino tenue,



per opera di alcuni sistemi enzimatici dopo un'emulsione con i sali biliari, la sintesi interna dei lipidi avviene principalmente nel fegato. I trigliceridi vengono prodotti a partire dai glucidi (zuccheri), mentre il colesterolo viene sintetizzato dall'enzima acetil-Co.A.

Il colesterolo e i trigliceridi sono trasportati dal sangue sotto forma di lipoproteine: le VLDL (lipoproteine a molto bassa densità) trasportano i trigliceridi, mentre le LDL (a bassa densità) il colesterolo, distinto in colesterolo LDL, (colesterolo "cattivo"), ed in colesterolo HDL (trasportato da lipoproteine ad alta densità) e che viene chiamato colesterolo "buono", perché svolge un'importante funzione protettiva delle arterie, e dunque più alto è meglio è. In particolare oggi si raccomanda, per coloro i quali hanno già subito un evento cardiovascolare (es. hanno avuto un infarto miocardico) di tenere sotto controllo il valore del colesterolo LDL ("cattivo"), che non deve essere superiore a 130 e, in alcuni casi, se è concomitante il diabete, non superiore a 70-100 mg x 100 ml. Un valore di colesterolo totale nel sangue superiore alla norma non è di per sé preoccupante, soprattutto se non esistono altri fattori di rischio cardiovascolare, ed è perciò importante la distinzione fra colesterolo cattivo (legato alle lipoproteine LDL) e colesterolo buono (legato alle lipoproteine HDL). La vecchia interpretazione considerava valori ottimali quelli inferiori a 240 mg/dl di colesterolo totale (a 200mg/dl o addirittura a 160 mg/dl se presenti fattori di rischio cardiovascolare o coronaropatia già in atto e inferiori a 160 mg/dl i valori di colesterolo LDL, (rispettivamente 130 mg/dl e 100 mg/dl nel caso di fattori di rischio o di coronaropatia). La vecchia interpretazione considerava solo il colesterolo totale anche perché nella popolazione sedentaria (e spesso con cattiva alimentazione) il colesterolo buono è molto basso. Con il diffondersi di concetti salutistici (attività fisica e alimentazione sana) ciò non è più vero e l'incremento del colesterolo buono spesso porta il totale oltre i vecchi valori di attenzione. Pertanto, per una valutazione più precisa, viene utilizzato il cosiddetto indice di rischio cardiovascolare, cioè il rapporto fra colesterolo totale e il colesterolo buono HDL; tale indice per un soggetto sano deve essere inferiore a 5 per l'uomo e a 4,5 per la donna. Un soggetto con colesterolo totale a 250 e colesterolo buono a 85 ha un indice di rischio a 2,94 ed è



in una condizione decisamente migliore di chi ha il colesterolo totale a 200 e quello buono a 40, dove l'indice di rischio vale 5. L'elevato livello di colesterolo è motivo di grande preoccupazione clinica, perché il suo accumulo nelle arterie ne provoca il progressivo ispessimento, facendone perdere elasticità e tono: a livello cardiaco aumentano notevolmente i rischi di infarto e angina e nel sistema nervoso centrale si possono avere ictus. Si stima che circa la metà dei decessi nei paesi occidentali sono riconducibili a tali cause.

REGOLE DIETETICHE PER ABBASSARE IL COLESTEROLO

(a cura del dr. Vincenzo Rullo)

1. Ridurre il consumo giornaliero di alimenti ricchi di colesterolo: l'apporto di colesterolo non deve superare i 300 mg al giorno.
2. Limitare l'assunzione di uova a un massimo di due alla settimana, in quanto un tuorlo contiene circa 250 mg di colesterolo.
3. Non associare al consumo di uova quello di altri alimenti ricchi di colesterolo (insaccati, formaggi e carni rosse); nell'altro pasto è preferibile consumare pesce, legumi o carni bianche con pasta, pane, ortaggi e frutta.
4. Utilizzare olio di oliva e oli vegetali per il condimento dei cibi, evitando burro, margarina, lardo e strutto.
5. Evitare gli oli di palma e di cocco, che sono oli vegetali di bassissimo costo ad elevato contenuto di grassi saturi, di cui sono ricchi i prodotti da forno e in generale i dolci e i biscotti dell'industria, ove spesso sono indicati semplicemente come oli vegetali.
6. Per la cottura e la frittura è preferibile utilizzare l'olio di oliva o, in alternativa, l'olio di semi di arachide; gli altri oli vegetali (di girasole, di soia, di mais, di sesamo) devono essere usati preferibilmente a crudo.
7. Aumentare il consumo di legumi (ceci, fagioli, lenticchie e fave), di verdure e ortaggi e di frutta fresca.
8. Aumentare il consumo di pane e pasta, preferibilmente integrali, in quantità controllate se coesistono problemi di sovrappeso, evitando la pasta all'uovo.
9. Ridurre drasticamente il consumo di dolci, biscotti, creme, panna, gelati, torte, merendine, patatine fritte, cacao e cioccolato.
10. Ridurre drasticamente gli insaccati, limitandosi al consumo di prosciutto crudo o cotto magri (eliminare la parte grassa).



11. Abolire le frattaglie (cervello, fegato, cuore e rene di bovino, trippa).
12. Ridurre drasticamente il consumo di formaggi (specie il parmigiano), a eccezione della ricotta di vacca e di pecora e dei formaggi "light"; assumere latte parzialmente o totalmente scremato e yogurt magri.
13. Consumare una porzione di 200 grammi di pesce due volte la settimana, in particolare merluzzo, pesce azzurro e salmone, riducendo il consumo dei crostacei.
14. Aumentare, in modo controllato se coesiste un problema di sovrappeso, il consumo di frutta oleosa (arachidi, mandorle, nocchie).
15. Assumere integratori ad alta concentrazione di fibre idrosolubili (psyllium, gomme, mucillagini, glucomannani, galattomannani come il guar) con un intervallo di 3-4 ore dalla eventuale assunzione di altri farmaci, nel cui assorbimento possono interferire.
16. Ripristinare e mantenere il peso fisiologico abituale, associando un regime dietetico a un programma di attività fisica.
17. Non consumare più di 3 tazzine di caffè al giorno.
18. Evitare di consumare alcool; tuttavia, per coloro che lo gradiscono, è opportuno non superare il limite di due bicchieri al giorno.
19. Frazionare i pasti, (prima colazione, spuntino di metà mattina, pranzo, merenda, cena) perché tale distribuzione dei pasti determina una riduzione dei livelli di colesterolo.
20. Ridurre la maggior parte dei prodotti da forno che contengono elevate quantità di colesterolo perché utilizzano tuorli d'uovo, burro, latte intero e in genere grassi saturi.
21. Evitare i cibi dei fast-food.

B) FATTORI NON MODIFICABILI

Sono quelli che, per motivi facilmente intuibili, non si possono correggere:

1) Familiarità

L'aterosclerosi coronarica e l'infarto miocardico hanno spesso una distribuzione familiare, coinvolgendo i membri di una stessa famiglia. Intendiamoci, non siamo di fronte ad una malattia che si eredita dai propri genitori, ma è indiscutibile che i soggetti con fratelli, padre o madre già portatori di aterosclerosi coronarica sono più predisposti ad ammalarsene.

2) Sesso

L'uomo è più colpito della donna, ciò almeno fino a 50 anni. Con la menopausa la donna perde la protezione ormonale, e considerando che la vita dei due sessi è oggi pressoché simile, (fumo, stress, sedentarietà, alimentazione errata) presenta le stesse probabilità di sviluppare aterosclerosi coronarica.

3) Età

Con l'invecchiamento le arterie perdono la loro integrità ed elasticità e più facilmente possono rimanere vittime dei processi degenerativi di tipo aterosclerotico.

La Carta del Rischio Cardiovascolare

Oggi non si ritiene più corretto considerare e trattare i singoli fattori di rischio cardiovascolare, ma si deve valutare il cosiddetto "rischio globale".

In altri termini, la presenza di un solo fattore di rischio (es. ipercolesterolemia) non è considerato sufficiente per l'impostazione di una terapia che sia efficace a correggerlo, ma, se l'ipercolesterolemia è associata all'ipertensione e al diabete o al fumo, in questo caso il rischio globale si presenta elevato ed è perciò necessario ricorrere alla terapia. Inoltre, restando nello stesso esempio, se l'ipercolesterolemia è associata al fumo e all'obesità, occorre in primo luogo correggere gli stili di vita sbagliati che inducono un effetto moltiplicatore sul singolo fattore di rischio costituito dall'ipercolesterolemia. La carta del rischio cardiovascolare è uno strumento semplice ed obiettivo per stimare la probabilità di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di sei fattori di rischio: sesso, diabete, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia totale. La carta offre opzioni multiple al trattamento degli individui a rischio aumentato e facilita il rispetto delle possibili preferenze della persona. Ad esempio, un fumatore ipercolesterolemico può decidere di abbassare il proprio rischio cardiovascolare smettendo di fumare. Inoltre la valutazione attraverso la carta rende obiettiva e più accurata la definizione del rischio dell'assistito da parte del medico. E' possibile in questo modo confrontare il rischio calcolato in tempi successivi e valutare il rapporto costo/beneficio delle azioni di prevenzione intraprese.

E' importante tenere presente che la carta del rischio:

- deve essere usata dal medico
- è utilizzabile su donne e uomini che non hanno avuto eventi cardiovascolari
- può essere usata su persone di età compresa fra 40 e 60 anni
- non può essere applicata nelle donne in gravidanza
- non può essere applicata per valori estremi dei fattori di rischio: pressione arteriosa sistolica superiore a 200mmHg o inferiore a 90mmHg e colesterolemia totale superiore a 320mg/dl o inferiore a 130mg/dl.

Al fine della valutazione del rischio cardiovascolare, i valori degli esami clinici di glicemia e colesterolemia sono utilizzabili se eseguiti da non più di tre mesi.

Si consiglia di eseguire la valutazione del rischio cardiovascolare con nuove determinazioni ematochimiche almeno:

- ogni sei mesi per persone a elevato rischio cardiovascolare (probabilità di un primo evento cardiovascolare uguale o superiore al 20% nei prossimi 10 anni);
- ogni anno per persone a rischio da tenere sotto controllo attraverso l'adozione di uno stile di vita sano (probabilità di un primo evento cardiovascolare uguale o superiore ai 3-5% e inferiore al 20% nei prossimi 10 anni);
- ogni 5 anni per persone a basso rischio cardiovascolare (probabilità di un primo evento cardiovascolare inferiore ai 3-5% nei prossimi 10 anni).

LE CATEGORIE DI RISCHIO SONO ESPRESSE IN:

LIVELLO DI RISCHIO A 10 ANNI	
Rischio MCV VI	30%
Rischio MCV V	30%
Rischio MCV IV	20%
Rischio MCV III	15%
Rischio MCV II	10%
Rischio MCV I	meno 5%

FATTORI DI RISCHIO CONSIDERATI SONO:

1. genere espresso in due categorie, uomini e donne;
2. diabete espresso in due categorie, diabetico e non diabetico in base all'anamnesi
3. età espressa in anni, considerata in decenni 40-49, 50-59, 60-69
4. abitudine al fumo di sigaretta espressa in due categorie fumatori e non fumatori
5. pressione arteriosa sistolica espressa in mmHg; rappresenta la pressione sistolica come media di due misurazioni consecutive eseguite secondo la metodologia indicata. Viene suddivisa in quattro categorie: minore o uguale di 129 mmHg, da 130 a 149 mmHg, da 150 a 169 mmHg, uguale o superiore a 170 mmHg. Per persone che hanno il valore della pressione arteriosa sistolica superiore a 200 mmHg o inferiore a 90 mmHg non è possibile utilizzare la carta per la valutazione del rischio.
6. colesterolemia espressa in mg/dl (o in mmol/l); viene suddivisa in cinque intervalli, con valore centrale rispettivamente di 154 mg/dl (4 mmol/l), 193 mg/dl (5 mmol/l), 232 mg/dl (6 mmol/l), 270 mg/dl (7 mmol/l), 309 mg/dl (8 mmol/l).

Il sito Internet dell'Istituto Superiore di Sanità www.cuore.iss.it permette di consultare le carte del rischio cardiovascolare, di valutare il rischio individuale, e mette a disposizione i dati relativi alla distribuzione dei fattori di rischio e alla frequenza delle malattie cardiovascolari negli uomini e nelle donne di età media.

L'INFARTO MIOCARDICO







L'INFARTO MIOCARDICO E L'ANGINA

L'infarto miocardico è la morte di un certo numero di cellule cardiache dovuta alla mancanza di irrorazione sanguigna per un tempo prolungato a causa della chiusura completa di un ramo di un'arteria coronaria. La deposizione di grassi e altre sostanze all'interno della parete coronarica può determinare il progressivo restringimento del diametro interno e portare alla cosiddetta "placca aterosclerotica", sulla quale si può depositare materiale del sangue, e portare alla trombosi, e questo può provocare la chiusura completa delle arterie e l'infarto; il risultato è la mancanza di ossigeno e sostanze nutrienti. In particolare, la scarsità di ossigeno fa lavorare le cellule miocardiche in modo anomalo; questo porta ad alterazioni che si manifestano a vari livelli:

- alterazioni nell'attività elettrica svelabili con l' elettrocardiogramma che mostra segni tipici;
- alterazioni nell'attività metabolica che portano alla produzione di particolari sostanze, le quali scatenano il dolore "anginoso" (classicamente un dolore all'emitorace sinistro, o al centro del petto o, talvolta, anche alla bocca dello stomaco, acuto e prolungato);
- alterazioni nell'attività contrattile rilevabili con un ecocardiogramma;
- necrosi e rottura delle cellule ischemiche, che porta alla liberazione di particolari sostanze, dette "enzimi cardiaci" (CPK-MB, L1II, troponina) dosabili a livello ematico.

In Italia ogni anno 160.000 persone sono colpite da attacco cardiaco e 50.000 sono vittime di morte improvvisa da arresto cardiaco. Assai spesso è l'attacco cardiaco che genera l'arresto cardiaco. I trattamenti raccomandati nell'attacco cardiaco con minaccia di infarto hanno la loro massima efficacia se effettuati entro la prima ora, o le prime due ore. La prima o le prime due ore sono anche il periodo in cui si concentrano i casi di morte improvvisa in caso di attacco cardiaco. Per l'arresto cardiaco la defibrillazione precoce fuori ospedale, unica possibilità di recupero efficace nelle forme da tachicardia ventricolare/ fibrillazione ventricolare, deve essere realizzata entro pochi minuti dalla perdita di coscienza e di respiro della vittima se si vuole avere la possibilità di una rianimazione senza esiti neurologici invalidanti. Perché il soccorso più opportuno sia anche tempestivo, specie ora che il Sistema di Emergenza Medica 118 ha migliorato le sue dotazioni e la sua prontezza di intervento, e si vanno creando le reti integrate per l'attacco cardiaco e i sistemi di defibrillazione precoce fuori ospedale, occorre che la gente abbia confidenza con le emergenze del cuore e venga quindi ridotto il cosiddetto ritardo decisionale, occorre cioè che, in caso di arresto cardiaco, il tempo dall'evento alla chiamata del 118 sia vicino a 0 ed occorre che si sappiano riconoscere i segni di allarme dell'attacco cardiaco e si attivi in tempo breve il Sistema di Emergenza Medica.

LA RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA

Fino ad alcuni anni fa il paziente vittima di un infarto di cuore era ritenuto un sopravvissuto: il suo ricovero in ospedale non durava meno di un mese, durante il quale l'immobilizzazione a letto era assoluta ed al momento della dimissione si era prodighi verso di lui solo di divieti e proibizioni (niente guida, poco sesso, niente attività fisica). Anche il ritorno al lavoro era molto incerto: per lo più la regola era rappresentata da pensionamento anticipato, nei casi favorevoli era attuato un cambio di mansioni che finiva per allargare notevolmente la schiera dei sedentari, anche in ambiente lavorativo. Oggi, fortunatamente, la situazione è radicalmente cambiata. Durante la degenza l'immobilizzazione a letto si limita ai primissimi giorni, durante i quali il paziente pratica, però ginnastica respiratoria e mobilitazione degli arti. Al paziente, al momento del rientro a casa, si raccomanda di praticare una attività fisica non spinta (passeggiate in pianura, esercizi semplici a casa); un mese circa dopo l'episodio infartuale egli viene convocato presso il centro di riabilitazione. Un'equipe specializzata comprendente cardiologi, psicologi, assistenti sociali, terapisti della riabilitazione provvede allo svolgimento di un programma prefissato, che si articola nei seguenti momenti:

Valutazione funzionale:



E' fondata su una serie di esami: elettrocardiogramma (ECG), ECG da sforzo, ecocardiogramma, scintigrafia del miocardio, ECG dinamico delle 24 ore secondo Holter, che hanno lo scopo di valutare le condizioni del cuore a riposo e durante lo sforzo fisico. I risultati di queste indagini, accuratamente studiati, consentono di stabilire il programma di allenamento in palestra, ovvero di escludere momentaneamente dal ciclo riabilitativo i pazienti il cui apparato cardiovascolare abbisogna di provvedimenti chirurgici (vedi interventi di by-pass aorto-coronarico o angioplastica coronarica).

Se dalla valutazione funzionale si evidenzia una impossibilità del paziente ad effettuare il training fisico, egli verrà avviato eventualmente ad un ciclo di ginnastica respiratoria, avvalendosi altresì di tutti gli interventi riabilitativi e preventivi dal programma.

Valutazione psicologica:

Accanto all'attività fisica, per una buona ripresa è importante anche la condizione psicologica del paziente: un impatto negativo sulla malattia si ripercuote sui risultati della terapia. Per questo motivo sono previsti incontri singoli o di gruppo con lo psicologo, il quale, spesso in collaborazione con i familiari del paziente, mira a rafforzare la fiducia verso un miglioramento delle proprie condizioni ed a ridurre le ansie.

La valutazione psicologica, finalizzata alla definizione delle caratteristiche psichiche e comportamentali dell'infartuato, prevede un modello operativo di intervento che si pone un duplice scopo. Da un lato, stimolare i cambiamenti nello stile di vita necessari a ridurre i fattori di rischio cardiovascolare e, dall'altro, sostegno psicologico per favorire un equilibrio psico-affettivo e della sfera umorale, spesso messa in crisi dall'evento cardiovascolare intervenuto o dalla conoscenza di essere portatore di patologia. Ulteriori obiettivi sono: conoscere i bisogni e i disagi dei pazienti e dei familiari per poter dare delle risposte più consone anche sul piano relazionale; far aumentare negli operatori la consapevolezza delle loro potenzialità comunicative e, se necessario, implementarle; valutare l'efficacia dell'intervento in termini di riduzione dei fattori di rischio cardiovascolare attraverso la verifica con follow-up sugli stili di vita, sulla percezione soggettiva della malattia, sulla misura della qualità della vita in rapporto alla salute.

Questo modello di intervento è quindi indirizzato a favorire il cambiamento dello stile di vita dei pazienti, a vari momenti di distanza dall'evento acuto e successivamente a vari livelli di informazione/comunicazione ricevuti nelle fasi di ricovero e riabilitazione. Esso offre l'opportunità di proseguire nei momenti di incontro tra operatori sanitari, pazienti e familiari, strutturandoli addirittura come momenti salienti dell'attività riabilitativa. Da molti studi, infatti, emerge che i pazienti ritengono determinante la possibilità di confrontarsi in modo "informale" con gli operatori, utilizzando un linguaggio semplice, affrontando tematiche quotidiane correlate alla loro patologia che possono, così, imparare a conoscere meglio. La possibilità di riflettere ad alta voce, confrontandosi anche con pazienti con maggiore anzianità di malattia, su problematiche non solo fisiche e terapeutiche, ma anche emozionali e affettive, a detta degli utenti stessi, può dare sicurezza e comprensione dei fattori di rischio, momento fondamentale per correggere definitivamente le condotte negative per la malattia. In tale percorso si definiscono modalità e tempi per organizzare riunioni dell'equipe come occasioni di scambio non solo informativo sui pazienti, ma anche come opportunità formativa psico-relazionale costante per gli operatori e possibilità di scambio di opinione sulla conduzione degli interventi durante le riunioni di educazione sanitaria.

Training fisico:

Il training fisico in riabilitazione cardiologica consta di tre sedute settimanali per 6/7 settimane in palestra dove vengono effettuati esercizi a corpo libero e allenamento in cyclette e/o tappeto. L'esercizio fisico viene monitorato in telemetria, nel nostro caso attraverso sistema "wireless" che controlla via bluetooth la traccia elettrocardiografica durante l'attività. Sono circa 22-24 milioni gli italiani che praticano una qualche attività fisica, secondo quanto è riportato dai più recenti dati ISTAT; potrebbero sembrare tanti ma si tratta di un dato tutt'altro che confortante se si pensa che l'Italia è tra i popoli europei più sedentari e che, soprattutto tra le generazioni più giovani, la sedentarietà avanza a dismisura.

Chi si muove con costanza e regolarità per più di 30 minuti al giorno, infatti, è soltanto il 33 per cento della popolazione italiana. L'attività fisica è un vero toccasana per il nostro organismo e soprattutto per il cuore. È in grado di prevenire o, addirittura, curare le malattie degenerative e le coronaropatie, e prevenirne le complicanze una volta che ci si è ammalati. Purtroppo sono veramente poche le persone che svolgono un regolare e corretto esercizio fisico.

L'ideale sarebbe eseguirli quotidianamente:

- fate le scale a piedi;
- rinunciate ai piccoli elettrodomestici per privilegiare il lavoro manuale;
- parcheggiate la macchina più lontano da casa;
- approfittate dello shopping per fare passeggiate;
- camminate di più;
- se vi muovete con l'autobus, scendete una fermata prima o una dopo;
- se ne avete la possibilità, dedicatevi nel vostro tempo libero ad un hobby che comporti movimento.



Il movimento regolare e continuato degli arti inferiori giova alla salute del nostro cuore, fornendoci i seguenti vantaggi:

- riduzione del colesterolo LDL (il cosiddetto colesterolo cattivo) e dei trigliceridi;
- innalzamento del colesterolo HDL (il colesterolo buono);
- modulazione dei valori glicemici;
- maggiore sensazione di benessere;
- più bassa frequenza cardiaca a riposo e sotto sforzo;
- riduzione della massa grassa del corpo rispetto a quella magra.

Quindi se il cuore "indossasse la tuta" con regolarità sarebbe possibile prevenire molte, se non tutte, le malattie degenerative e soprattutto quelle delle coronarie.

Fino a quale frequenza cardiaca ci si deve allenare?

La frequenza cardiaca non deve superare il limite dato dall' 80% del valore massimo teorico: Uomo 220 - età, Donna 200-età

Educazione sanitaria:

Informazione ed educazione dei pazienti e dei loro familiari viene praticata settimanalmente dagli operatori del servizio di riabilitazione cardiologica secondo un programma di lezioni concordato, che include i seguenti argomenti:

Le malattie dell'apparato cardiocircolatorio;

- l'infarto: cos'è e come si previene;
- le paure e le ansie: come affrontarle e superarle
- i benefici dell'esercizio fisico nelle malattie cardiocircolatorie;
- la dieta: cosa si deve e si può mangiare;
- aspetti sociali della riabilitazione.

A) Recupero occupazionale

Un momento estremamente delicato è il ritorno al lavoro del paziente infartuato che ha completato il ciclo riabilitativo. Va subito chiarito che, oggi, la cardiologia riabilitativa ha sconfessato gli atteggiamenti del passato, allorchè si consigliava di ritardare il più possibile il rientro nell'ambiente lavorativo o addirittura ricorrere a pensionamenti anticipati. Attualmente i cardiologi riabilitatori favoriscono il ritorno al lavoro precoce. Grazie ad una valutazione combinata (con l'ausilio del medico del lavoro e dello psicologo) delle caratteristiche dell'attività lavorativa, dell'ambiente e del profilo del paziente, il cardiologo si propone di facilitare la ripresa lavorativa in condizioni di sicurezza massima per l'infartuato e per gli altri, suggerendo, nei casi richiesti, cambio di mansioni occupazionali. I progressi ottenuti dalla riabilitazione nel campo delle cardiopatie ischemiche hanno permesso di estendere i programmi riabilitativi, opportunamente modificati, anche ai pazienti che hanno subito un intervento di trapianto cardiaco.

IL CARDIOPATICO DOPO LA RIABILITAZIONE

Attività fisica di mantenimento

Al termine del ciclo riabilitativo, viene consigliato al paziente di attenersi al seguente programma di mantenimento:

- 1) controllare la frequenza del polso prima di iniziare gli esercizi;
- 2) iniziare con l'esercizio n. 1 e continuare seguendo l'ordine della tabella;
- 3) intervallare un minuto di lavoro con un minuto di esercizi respiratori;
- 4) controllare la frequenza del polso dopo l'esercizio n. 10;
- 5) ricontrollare la frequenza del polso a programma ultimato;
- 6) N.B. Interrompere l'attività fisica:
 - a) in caso di dolore al petto;
 - b) se diminuisce la frequenza del polso;
 - c) in caso di aritmia persistente;
 - d) in presenza di vertigini.

ESERCIZI FISICI DA PRATICARE



A

Numero di esercizi
effettuati in 1 m.

B

Dispendio calorico
in 1 m.

1. Flessioni del capo
2. Estensione del capo
3. Inclinazione laterale destra
4. Inclinazione laterale sinistra
5. Circonduzione

A = 10

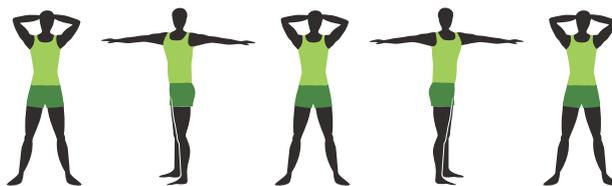
B = 1,2



1. Posizione di partenza
2. Inclinazione del busto a destra
3. Ritorno alla posizione di partenza
4. Inclinazione del busto a sinistra
5. Ritorno alla posizione di partenza

A = 16

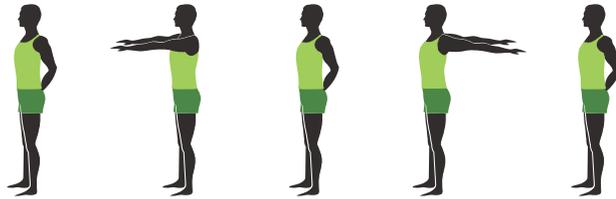
B = 1,2



1. Posizione di partenza (gambe divaricate e mani alla nuca)
2. Torsione del busto a sx con estensione delle braccia
3. Ritorno alla posizione di partenza
4. Torsione del busto a sx con estensione delle braccia
5. Ritorno alla posizione di partenza

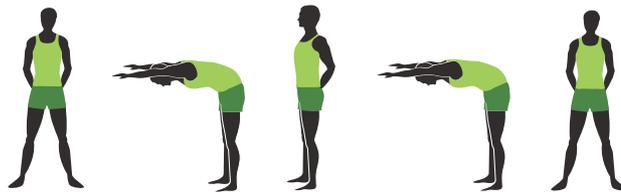
A = 20

B = 2,2



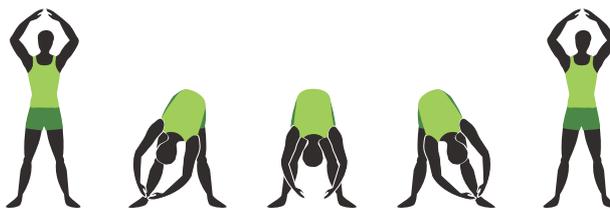
1. Posizione di partenza (gambe unite e mani ai fianchi)
2. Slancio delle braccia in avanti
3. Ritorno alla posizione di partenza
4. Slancio delle braccia indietro
5. Ritorno alla posizione di partenza

A = 32
B = 2,6



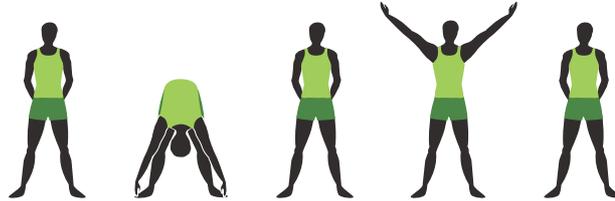
1. Posizione di partenza
2. Flessione in avanti del busto a 90° (braccia in avanti)
3. Ritorno
4. Flessione in avanti del busto a 90° (mani in avanti)
5. Ritorno

A = 20
B = 3,3



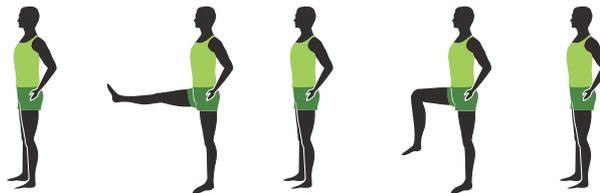
1. Posizione di partenza (gambe divaricate e braccia in alto)
2. Flessione del busto sulla gamba dx
3. Flessione del busto in avanti
4. Flessione del busto sulla gamba sx
5. Ritorno

A = 20
B = 3,5



1. Posizione di partenza (gambe divaricate e mani ai fianchi)
2. Flessione in avanti del busto, le mani unite toccano il pavimento
3. Ritorno alla posizione di partenza
4. Braccia in alto
5. Ritorno alla posizione di partenza

A = 16
B = 3,9



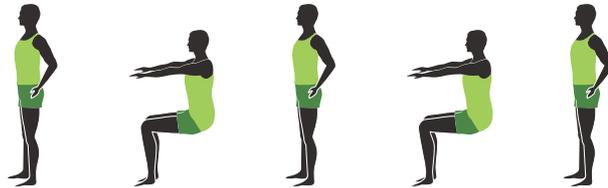
1. Posizione di partenza (gambe divaricate e mani ai fianchi)
2. Estensione gamba dx
3. Ritorno alla posizione di partenza
4. Sollevare gamba dx con ginocchio flesso
5. Ritorno alla posizione di partenza

A = 20
B = 4,6



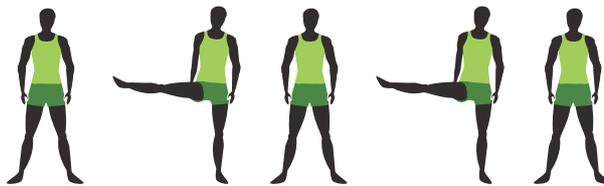
1. Posizione di partenza (gambe divaricate e mani ai fianchi)
2. Inclinazione laterale del busto, flessione lateralizzata della gamba dx che si tocca col gomito omolaterale
3. Ritorno alla posizione di partenza
4. Flessione del busto sulla gamba sx
5. Idem con la gamba sx

A = 16
B = 5,1



1. Posizione di partenza (gambe unite e mani ai fianchi)
2. Flessione del busto sulla gamba, con le braccia estese in avanti
3. Ritorno alla posizione di partenza

A = 16
B = 5,7



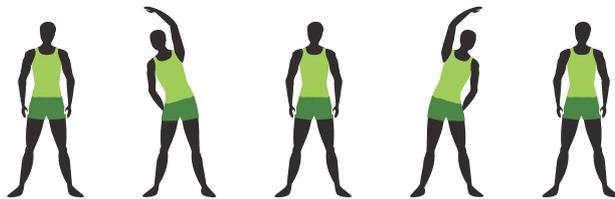
1. Posizione di partenza (gambe divaricate e mani ai fianchi)
2. Mani ai fianchi, estensione a 90° della gamba dx
3. Ritorno alla posizione di partenza
4. Abduzione della gamba dx
5. Ritorno alla posizione di partenza
6. Ripetere l'esercizio per il lato sx

A = 20
B = 4,6



1. Posizione di partenza (gambe divaricate e mani alla nuca)
2. inclinazione del busto a dx con slancio delle braccia in alto
3. Ritorno alla posizione di partenza
4. Inclinazione del busto a sx con slancio delle braccia in alto
5. Ritorno alla posizione di partenza

A = 16
B = 2,8



1. Posizione di partenza (gambe divaricate e mani ai fianchi)
 2. Inclinazione del busto a dx con assecondamento del braccio
 3. Ritorno alla posizione di partenza
 4. Inclinazione del busto a sx con assecondamento del braccio
 5. Ritorno alla posizione di partenza
- A = 16
B = 2,0



1. Posizione di partenza (gambe unite e braccia lungo i fianchi)
 2. Mani ai fianchi
 3. Abduzione delle braccia
 4. Ritorno con le mani ai fianchi
 5. Ritorno alla posizione di partenza
- A = 32
B = 1,8

Questo programma va integrato da passeggiate ed allenamento in cyclette con queste indicazioni:

5 minuti di riscaldamento pedalando senza resistenza, circa 20 minuti ad un carico sufficiente a mantenere e non superare la frequenza cardiaca consigliata dal medico e 5 minuti di raffreddamento senza carico.

È bene ricordare che i benefici dell'allenamento si perdono per interruzione anche di poche settimane.

Nel caso si sia costretti ad una pausa, è bene ricominciare l'allenamento gradualmente.

Per quanto riguarda l'attività sportiva vera e propria, questa si potrà riprendere solo dopo una precisa valutazione della "capacità funzionale residua" e dopo il consiglio del medico.

È comunque consigliabile evitare qualsiasi impegno agonistico.



IL CARDIOPATICO E L'ATTIVITÀ SESSUALE

Da studi osservazionali effettuati negli ultimi cinque anni risulta un'alta prevalenza di disfunzione erettile (DE) in persone affette da malattie cardiovascolari (fino al 49%) ed è stato anche messo in evidenza che nel 67% dei pazienti nei quali la DE era associata all'angina, il disturbo era insorto circa 5 anni prima della comparsa dei sintomi coronarici.

I dati sembrano dunque confermare l'importanza dei disturbi della funzione sessuale come "marker" precoce di coronaropatia.

Il riscontro, quindi, di una condizione di DE isolata deve fare sorgere il dubbio che questa possa essere la spia di una malattia vascolare sistemica ancora non manifesta come l'ipertensione, il diabete o la cardiopatia ischemica.

Così, da una malattia considerata fino a qualche anno fa di tipo squisitamente uro-andrologico si è ora passati a considerare la DE come una malattia "vascolare". Tre sono gli elementi a favore di questo nuovo modo di pensare: il primo è l'elevata prevalenza nei pazienti affetti da DE dei comuni fattori di rischio per l'arteriosclerosi quali ipercolesterolemia fumo, diabete e ipertensione. Il secondo è l'alta frequenza di tale disturbo in malattie vascolari note quali la cardiopatia ischemica (44-65%), l'ipertensione arteriosa (25-68%), l'ictus cerebrale (80%). Infine, le modificazioni funzionali e organiche tipiche della arteriosclerosi, cui vanno incontro i vasi arteriosi, sono riscontrabili anche a livello della circolazione peniena.

L'argomento "sesso" è stato sempre coperto da profonda riservatezza, sia da parte del medico che del paziente.

E' invece consuetudine trovarsi a rispondere "sull'uscio", al momento della dimissione dall'ospedale o alla fine della visita, a domande sussurrate del tipo: "ma io, nella mia condizione, posso... mi capisce, dottore?" Non infrequentemente a dover rispondere a questi quesiti è l'infermiere, con il quale il paziente ha sicuramente, specie se di sesso maschile, un approccio più confidenziale. Oggi che vi è disponibilità di farmaci "favorenti" l'attività sessuale, nati per affrontare il problema, di non irrilevante portata, della DE, questa problematica è emersa in maniera più evidente.

Non disponiamo, in letteratura, di abbondante mole di dati sul rapporto fra impegno fisico, attività sessuale e cardiopatie e, contrariamente a quanto ad una riflessione superficiale si possa immaginare, non è dimostrata una significativa incidenza dello sforzo fisico eseguito durante attività sessuale quale causa di morte improvvisa: uno studio condotto nell'ormai lontano 1963 su una popolazione giapponese, aveva dimostrato che, su 5559 casi di morte, solo in 34 poteva riconoscersi uno stretto rapporto fra attività sessuale e morte: in questo studio, peraltro, nel 77% dei casi, si era trattato di rapporti sessuali extraconiugali consumati al di fuori delle mura domestiche. Emergeva dunque già da allora quello che è rimasto un

concetto fondamentale importante, allorquando ci si trovi a dover "autorizzare" la ripresa dell'attività sessuale dopo un evento acuto cardiovascolare ad un paziente in condizioni cliniche stabili, ovvero l'importanza del "coinvolgimento emotivo" che è evidentemente massimo in occasione di un rapporto fugace o clandestino, laddove si cerca di compiere una "performance particolare". Per il resto, si assume che una prestazione sessuale "normale", pur coinvolgendo l'apparato cardiocircolatorio con moderati aumenti della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca, equivalga all'esecuzione di un test da sforzo (esame diagnostico ben noto ai cardiopatici) condotto fino al raggiungimento del cosiddetto II-III stadio di Bruce. Dal punto di vista psicologico, poi, e del reinserimento sociale, è sicuramente importante per il paziente sapere di poter riprendere, così come altre quotidiane attività, anche questa funzione. Ma ormai il paziente che esce dalle nostre strutture non soltanto ci pone il quesito della ripresa della funzione sessuale, ma è anche interessato all'uso dei medicinali "favorenti", anche per motivi legati alla frequente concomitanza di diabete mellito o per effetto collaterale di terapie cardiovascolari, possibili induttori di DE: la disponibilità di questi farmaci è recente (1995-96), ma già dal 1999 disponiamo delle Linee Guida dell'ACC/AHA e di un Consensus Document pubblicato sul numero di marzo dello stesso anno dell'American Journal of Cardiology, relativamente alle controindicazioni all'uso di sildenafil (la molecola capostipite, a cui sono recentemente seguiti tadalafil e vardenafil) in pazienti cardiopatici.

Dalle Linee Guida si evince, in sintesi, che il farmaco è sicuramente controindicato nei casi di:

- concomitante assunzione di nitrati, che vanno eventualmente sospesi almeno 72 ore prima dell'assunzione della compressa.
- PA <90/50 mmHg
- ipertensione arteriosa severa in politerapia
- infarto miocardico acuto recente (sei mesi)
- angina instabile
- scompenso cardiaco di grado avanzato
- setinite pigmentosa
- ulcera peptica attiva

Appare evidente come, in definitiva, le controindicazioni cardiovascolari all'uso di farmaci favorenti la prestazione sessuale, finiscano, di fatto, per coincidere con le controindicazioni all'attività sessuale, stessa o, comunque, con l'incapacità fisica obiettiva a svolgere anche un'attività fisica che comporti uno sforzo appena più che lieve. E' consigliabile, inoltre, che il cardiopatico orienti la sua scelta verso quei farmaci a breve durata d'azione (es. sildenafil, vardenafil o avanafil) piuttosto che a farmaci a rilascio ritardato (es. tadalafil, la cosiddetta "pillola del week-end"), perché questo può consentire una eventuale somministrazione di nitrati (la cui necessità deve sempre essere prevedibile in un cardiopatico) anche a breve distanza dall'assunzione del farmaco senza pericolo.



VIAGGI E VACANZE

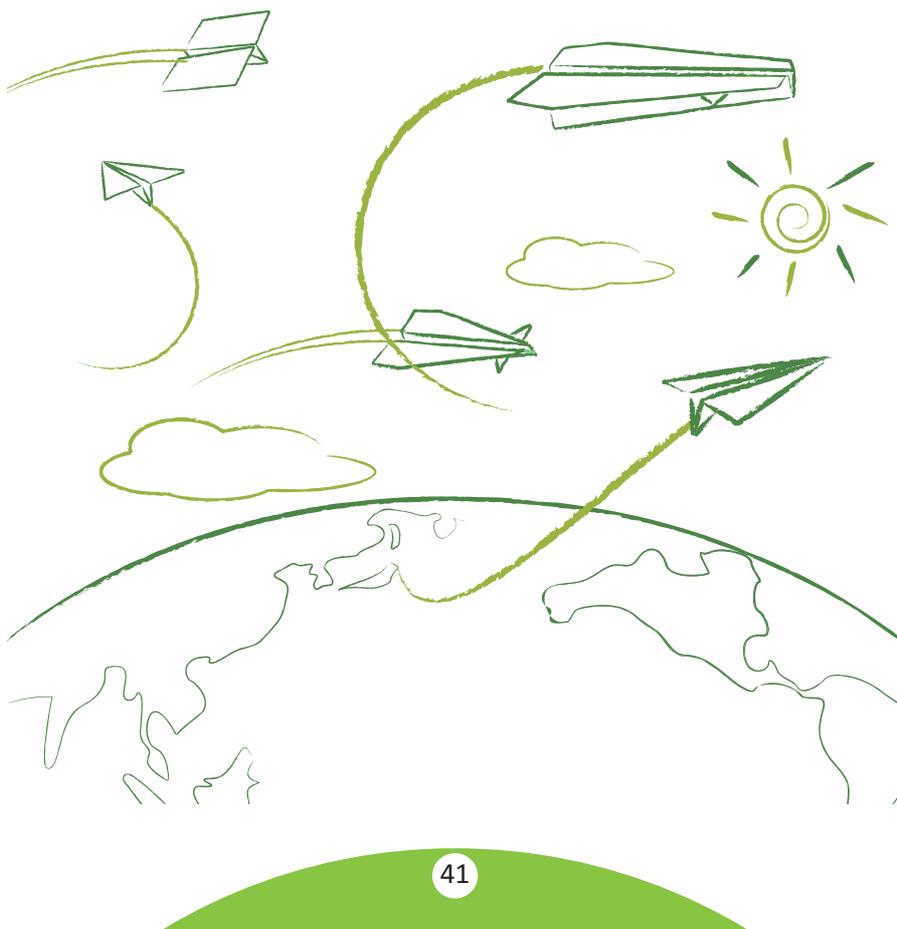
Guidare l'automobile, specie in città, è stressante, quindi durante la convalescenza è preferibile astenersene.

Dopo uno o due mesi si può riprendere la guida rinunciando ai viaggi lunghi e faticosi e a percorsi cittadini dove il traffico è caotico.

Possono invece essere usati tranquillamente il treno, il pullmann, la nave. Con più prudenza l'aereo, specialmente se provoca emozioni.

Le vacanze sono consentite ad ogni cardiopatico riabilitato. E' raccomandabile una località con clima temperato senza superare altitudini di 1.200 metri, perché a quote superiori la rarefazione nell'aria rende qualsiasi sforzo più faticoso.

Al mare è bene evitare l'esposizione al sole nelle ore più calde ed il bagno va fatto immergendosi poco alla volta e nuotando lentamente.



UNA CORRETTA ALIMENTAZIONE PER UNO STILE DI VITA SANO



1) Mangiare un po' di tutto.

E' opportuno attenersi ad una dieta molto varia perché:

- a) nessun cibo è completo;
- b) non si ottiene alcun vantaggio ingerendo notevoli quantità di un solo alimento;
- c) ogni pasto deve essere composto da alimenti vari.

1° GRUPPO:

pane, pasta, farina, semolino, riso, cereali, patate.

2° GRUPPO:

carni, carni bianche (pollo, coniglio, tacchino), pesce.

3° GRUPPO:

frutta, verdura fresca, ortaggi.

4° GRUPPO:

legumi secchi (ceci, fagioli, piselli, lenticchie, fave).

5° GRUPPO:

latte scremato, formaggi magri, yogurt.

2) Mantenere il peso forma.

L'obesità aumenta il rischio di:

- a) ipertensione, dislipidemia, arteriosclerosi che debilitano cuore, apparato circolatorio e rene.
- b) diabete, che danneggia vista e cervello.
- c) artropatie, che danneggiano le articolazioni.

3) Ridurre il consumo di grassi saturi.

E' importante ridurre il consumo dei grassi saturi, cioè burro, strutto, formaggi, latte intero, perché sono i maggiori imputati dell'aumento del colesterolo nel sangue. Per condire gli alimenti bisogna preferire gli olii vegetali, cioè i grassi polinsaturi, meglio, l'olio di oliva per le sue caratteristiche di digeribilità e sapidità. Quando si acquista l'olio di oliva bisogna scegliere l'olio extravergine perché solo in quel caso si ha la garanzia che il prodotto sia esclusivamente composto di olio di oliva.

Riportiamo qui in basso una tabella di cibi da consumare o da evitare:



Carne magra di bue, carne di vitello, pollame o tacchino, cacciagione magra, coniglio, eventualmente costate o lombate magre di maiale; pesce fresco (carpa, luccio, trota, nasello, sogliola), verdura cotta e cruda, legumi, condimenti di origine vegetale (olio extra vergine di oliva, di mais, di girasole, di soia e margarine vegetali molli), latte scremato, yogurt scremato, formaggi magri e freschi tipo ricotta di mucca (preferibile) o mozzarella, for di latte in piccole quantità, fette biscottate, pane integrale, grissini non conditi, frutta fresca.

Carni grasse, carni di maiale, cervello, frattaglie, interiora, insaccati (salame, saliccia, cotechino), selvaggina grassa (anitra, oca), carni fritte con burro o margarina non vegetale, carni condite con sughi o salse elaborate, pesci grassi (cefalo, salmone, anguilla, cernia) in caso di sovrappeso, crostacei (scampi, granchio, aragosta) e caviale, condimenti animali (lardo, pancetta, panna, burro), formaggi grassi fermentati e stagionati (pecorino e piccanti), dolci specie se non fatti in casa, cioccolata, gelati alla crema, pizzette, calzoni, brioches, cornetti e simili.



4) Preferire cibi che contengono amidi e fibre.

Aumentare le fibre nell'alimentazione significa ridurre la stitichezza ed il colesterolo. E' meglio preferire i carboidrati perché a parità di peso, contengono circa la metà delle calorie contenute nei grassi.

5) Evitare gli eccessi di zucchero.

Lo zucchero deve essere assunto con moderazione, pur non abolendolo dalla dieta: è importante equilibrare le calorie.

SALE E SODIO NEI CIBI

Il sale da cucina contiene sodio che favorisce l'aumento della pressione, principale causa di infarto e ictus.

In condizioni normali il nostro organismo ha bisogno di piccole quantità di sodio (393,4 mg), che corrispondono a 1 grammo di sale da cucina (cloruro di sodio).

Attraverso l'alimentazione, però, un italiano introduce in media 10 grammi di sale ogni giorno, in totale fra quello normalmente contenuto negli alimenti e quello aggiunto. Diminuire questa quantità può aiutare a mantenere la pressione arteriosa a livelli ottimali, e quindi a ridurre il rischio di infarto o ictus.

Quanto è "troppo"?

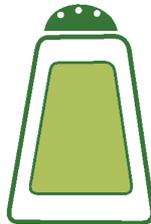
Come raccomanda l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ogni giorno non bisognerebbe consumare più di 5 grammi di sale da cucina, che corrispondono a circa 2 grammi di sodio. Per dare una idea più chiara, 5 grammi di sale sono all'incirca quelli contenuti in un cucchiaino da tè.

In passato il sale è stato un elemento prezioso. La parola "salario", introdotta dai Romani, deriva appunto dal sale che era corrisposto come paga, data la sua importanza per la conservazione degli alimenti. Nel Rinascimento, in seguito all'introduzione di una tassa sul sale nello Stato Pontificio, la popolazione di Toscana e Umbria cominciò a produrre pane sciapo (senza sale).

Questa tradizione persiste ancora oggi e anzi, consumare il pane toscano senza sale è molto importante per ridurre il contenuto di sodio dell'alimentazione quotidiana. Diminuendo il consumo di sodio a meno di 2 grammi al giorno, si potrebbe ridurre la pressione sistolica (massima) fino a 8 millimetri di mercurio (mmHg) e la diastolica (minima) fino a 4.

Questa riduzione della pressione è simile a quella che si può ottenere dimagrendo 10 kg o facendo 30 minuti al giorno di cammino a passo sostenuto.

Limitare il consumo di sodio è importante non solo per le persone che soffrono di ipertensione, compresi coloro che seguono una terapia con farmaci antiipertensivi, ma anche per chi ha pressione normale.



Assumere meno sodio può ridurre il rischio di malattie cardiovascolari, come dimostrato da diversi studi. In particolare si segnalano:

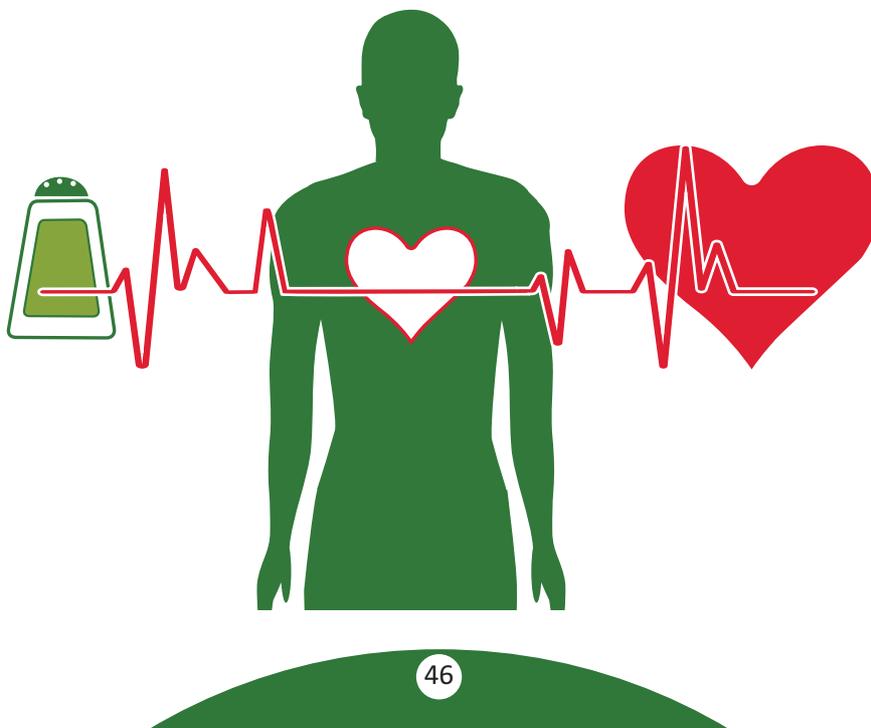
- la valutazione sistematica dei dati disponibili dagli studi prospettici durati almeno 3 anni che hanno valutato ictus e infarti in persone con diversi livelli di assunzione di sodio.

In particolare, è stata effettuata una analisi che ha sintetizzato i dati di 13 studi per un totale di quasi 180.000 pazienti da cui si è visto che l'assunzione di circa 2 grammi in meno di sodio al giorno è associata a una riduzione degli ictus di circa un quarto e a quella degli infarti di circa un sesto.

Questo significa che in Italia si potrebbero evitare fino a 12.000 infarti e fino a 14.000 ictus se tutti riducessimo della metà il sodio assunto con il cibo.

- due studi clinici, condotti su più di 3000 partecipanti.

Per valutare l'efficacia di interventi sugli stili di vita per la riduzione del sodio alimentare: gli esiti clinici dopo 10 e 15 anni dimostrano che su 1000 persone che hanno ricevuto suggerimenti per una dieta a basso contenuto di sodio (1,8 grammi al giorno), 15 hanno evitato eventi cardiovascolari (infarto, ictus, interventi come angioplastica e bypass).



LA COTTURA DEI CIBI AMMESSI

Abbiamo prima visto che sono molti i cibi consentiti anche a chi deve controllare la propria alimentazione come l'ammalato di cuore, diciamo però che questi consigli sono utili a chiunque voglia mantenersi in forma. Ci sono, molti modi per cucinare tali alimenti, alcuni però sono più indicati di altri.

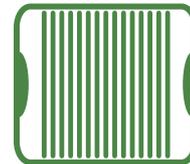
1) Cottura a vapore.

Il cosiddetto "bagnomaria": si pone la pietanza da cuocere in un piatto che viene messo su una pentola con acqua in ebollizione. Tale tipo di cottura è molto indicato per chi deve mangiare con poca aggiunta di grassi: mantiene infatti inalterate tutte le sostanze nutritive e i grassi propri del cibo, che non perde, così, il gusto e l'aroma. In commercio ci sono le "vaporiere" che consentono di cuocere più pietanze contemporaneamente.



2) Graticola elettrica.

E' un buon sistema di cottura perché l'alimento perde anche una parte del grasso proprio e si presenta così molto leggero. Anche la cottura sulla carbonella sarebbe indicata ma è stato scoperto che i prodotti della sua combustione liberano una sostanza cancerogena (benzopirene).



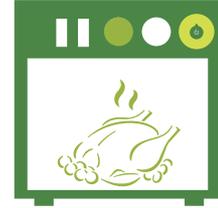
3) Bollitura.

E' un buon metodo di cottura ma è necessario usare alcuni accorgimenti. Per cuocere le verdure utilizzare pochissima acqua, in modo che le vitamine e i sali minerali non vengono dispersi: farle bollire pochissimi minuti a temperatura elevata. Per cuocere carne e pesce, invece, mettere sempre poca acqua, che copra appena l'alimento e non far mai raggiungere l'ebollizione, (circa 80° max) perché le proteine contenute nella carne e nel pesce ad una temperatura elevata, tendono a legarsi tra loro, rendendo la pietanza poco digeribile.



4) Cottura al forno.

Anche la cottura al forno, il classico arrosto, è indicata per molti alimenti, in particolare per grossi pesci e grossi pezzi di carne giusto di cuocere al forno è quello di mettere la pietanza in forno molto caldo, in modo che si formi una crosta protettiva che ostacoli la dispersione dei liquidi e delle sostanze nutritive. Dopo qualche minuto la temperatura deve essere abbassata fino a cottura ultimata.



5) Pentola a pressione.

E' un altro sistema che può essere liberamente usato perché permette il mantenimento di una buona parte del vapore per cui basta aggiungere acqua o brodo per cuocere in fretta e senza eccessiva dispersione di sostanze.



TABELLA DEI VALORI NUTRITIVI DEGLI ALIMENTI PRINCIPALI

Il fabbisogno calorico quotidiano è individuale: varia a seconda del sesso, età ed attività lavorativa. Per questa ragione ogni dieta dimagrante deve essere indicata dal medico ed eseguita sotto il suo diretto controllo. Riportiamo qui di seguito una tabella di alimenti con il rispettivo contenuto di zuccheri (glicidi), proteine (prot.), grassi (lipidi), calorie (cal.), colesterolo (col.) contenuti in 100 gr di alimento.

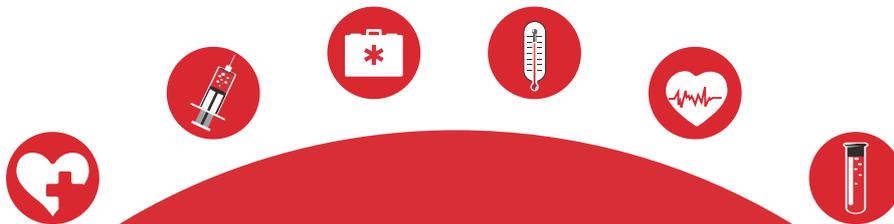
FARINACEI	GLIC.	PROT.	LIE.	CAL.	COL.
Pane bianco	53,50	8,7	0,8	263	-
Pasta alimentare	76,10	12,8	1,4	337	-
Grissini	77,91	13,3	0,1	373	-
Farina di frumento	76,50	9,7	1	364	-
Riso	79,20	7,6	0,3	362	-
Patate	18,70	2	0,1	83	-
CARNI					
Manzo (magro)	0	18,7	15,4	218	65
Vitello	0	21	LI	94	70
Agnello	0	20	2,2	106	70
Maiale (magro)	1,10	19,9	6,8	151	60
Pollo (magro)	0	20,2	12,6	200	80
Tacchino	0	25	50	145	-
Coniglio	0	21	10	179	65
Prosciutto crudo	0,79	20,5	45,5	502	35
Prosciutto cotto	0,75	21,1	36,4	422	-
PESCI					
Merluzzo	0	16,5	0,4	74	66
Orata	0	17	1	82	-
Sogliola	0	15,9	1,7	84	-



"AZIENDA OSPEDALIERA
SPECIALISTICA DEI COLLI"
Monaldi - Cotugno - C.T.O.

LA SALUTE È CONTAGIOSA

Via L. Bianchi - 80131 NAPOLI
centralino 081 7061111
info@ospedalideicolli.it
www.ospedalideicolli.it



Scarica l'app gratuita per smartphone OkCuore

UOSD Cardiologia Riabilitativa Intermedia - Ospedale CTO
Viale Colli Aminei 21 80131 Napoli
Tel. 081 7068776 - 8777 - 8539
cardioriabcto@ospedalideicolli.it
www.cardiologiariabilitativamonaldi/docvadis