



Organo di informazione trimestrale dell'Associazione  
Il Cuore di Roma - Onlus • [www.ilcuorediroma.org](http://www.ilcuorediroma.org)

*mantieni il ritmo*

ANNO VII - N. 1 LUGLIO - DICEMBRE 2016

# GRAZIE DI...CUORE

dal Presidente



*Cari Amici,*

Negli ultimi anni si è assistito ad una progressiva crescita di esami diagnostici e prestazioni terapeutiche non invasive ed invasive in tutto l'ambito

**Quando "Molto è Troppo e "Meno" è meglio.**

medico e particolarmente in quello cardiologico. Tale aumento può avere molteplici cause, dall'invecchiamento sempre maggiore della popolazione alla disponibilità di tecnologie per la diagnostica e la terapia sempre più sofisticate, alla richiesta sempre più pressante di benessere fisico e qualità di vita da parte della popolazione. Parallelamente si osserva molto spesso anche un aumento della inappropriata di indicazione per tali esami con conseguente inutile sovraccarico delle strutture, del personale medico e pa-

ramedico e non ultimo un significativo aumento della spesa sanitaria. È stato recentemente ipotizzato che circa un terzo delle indagini cardiologiche non invasive (ecg, ecocardiogramma, Holter cardiaco, Holter pressorio, Test da sforzo) risultino non appropriate, cioè evitabili senza danni per il paziente. D'altra parte una simile percentuale di inappropriata non dovrebbe stupirci se si pensa alla facile comunicazione oggi disponibile, informazioni mediche spesso non somministrate nella maniera più equilibrata, a volte forzate dall'industria che tende ad evidenziare esclusivamente i lati positivi di una terapia farmacologica o di un trattamento invasivo cardiaco e quelli negativi nel caso di non trattamento di determinate patologie. Contemporaneamente può accadere che si parli poco o nulla delle potenziali complicanze delle tecniche diagnostiche o terapeutiche consigliate. Il medico, dal canto suo, si dibatte tra la disponibilità ed il facile accesso alle metodiche sofisticate, la sua conoscenza dei potenziali benefici di esse, la richiesta silente o manifesta del paziente di avere certezze diagnostiche e sicurezze terapeutiche che lo facciano vivere meglio e più a lungo, problemi di etica che lo portano a fare "di tutto" per il bene del suo paziente, cercando di non trascurare nulla di quanto la scienza mette oggi a disposizione e "last but not least" il potenziale rischio che il non avere fatto determinate indagini o terapie possa poi essere un appiglio contro di lui in

una eventuale controversia medico - legale. Quante volte infatti durante un

**la "cascata terapeutica" cioè una serie di eventi negativi progressivi, causati gli uni dagli altri che possono determinare grave rischio per il paziente**

dibattito si sente dire: "se avesse fatto un ecocardiogramma!", "se avesse preso questa medicina!", "se fosse stato sottoposto a questa metodica invasiva" e così via. La reazione consequenziale del medico è quella di fare di più, anche se "più" a volte non è sinonimo di meglio, ma di peggio. L'altra faccia di questa medaglia, etica ed iperefficiente, fa però vedere una realtà piuttosto diversa. Fare tutto ciò che la moderna tecnologia medica mette a disposizione può a volte, comportare il rischio

**Fare tutto ciò che la moderna tecnologia medica mette a disposizione può a volte, comportare il rischio di complicanze potenziali**

di complicanze potenziale che non solo vanificano i possibili benefici, ma addirittura possono a loro volta, facilitare patologie nuove e peggiorative rispetto allo stato di salute nel quale il paziente si trova prima di tutto ciò. Si può infatti osservare quella che viene abitualmente definita la "cascata terapeutica" cioè una serie di eventi negativi progressivi, causati gli uni dagli altri che possono determinare grave rischio per il paziente.

Per fare un esempio potrei descrivere il caso di una mia paziente, di circa 50 anni con "doloretti" al petto del tutto aspecifici (cioè non riferibili con elevata probabilità ad un disturbo su base ischemica) che viene sottoposta direttamente ad una coronarografia saltando tutte quelle altre indagini non in-

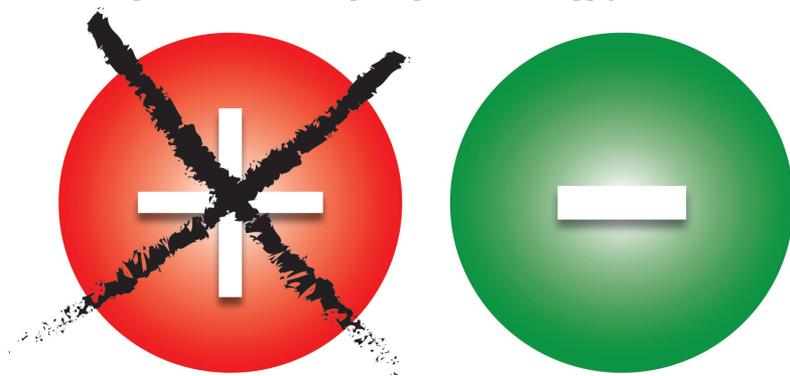
vasive, non pericolose, che avrebbero potuto mettere in evidenza una non necessità della coronarografia stessa. La paziente viene sottoposta all'esame che evidenzia una lieve ostruzione di una delle coronarie. Il livello di ostruzione viene sopravvalutato e conseguentemente la paziente viene sottoposta ad una angioplastica (la dilatazione di un'arteria con un palloncino). La dilatazione dell'arteria provoca una dissezione della coronaria che si estende in via retrograda anche al tronco principale e poi prosegue nell'altra coronaria. La paziente sta molto male, il cuore subisce un importante infarto ed a nulla vale il pronto intervento con applicazione di stent che ripristina il flusso coronarico ed il regolare apporto di sangue al tessuto cardiaco. La importante riduzione della forza contrattile del cuore (bassa frazione di eiezione) espone la paziente al rischio di aritmie ventricolari potenzialmente maligne che potrebbero causarne la

**Costi stratosferici per la Sanità Pubblica**

morte improvvisa. Per proteggerla viene applicato un defibrillatore automatico che mostra poi nel tempo successivo di essere molto utile intervenendo durante una crisi di tachicardia ventricolare scatenatesi spontaneamente e molto pericolosa per la vita della paziente. La sua qualità della vita è decisamente inferiore a quella precedente l'inizio della terapia.

Infine voglio appena accennare ai **costi stratosferici** che la sanità pubblica ha dovuto sostenere in questo

**GUARDA IL VIDEO  
SULLA FIBRILLAZIONE  
ATRIALE SU  
[WWW.ILCUOREDIROMA.ORG](http://WWW.ILCUOREDIROMA.ORG)  
8 MINUTI PREZIOSI PER  
LA TUA VITA!!!**



caso (per un'angioplastica coronarica circa 20.000, per un defibrillatore circa 15.000, per degenza circa 1.000 al giorno e così via) che avrebbero potuto essere evitati se la paziente fosse stata semplicemente sottoposta ad uno o due esami diagnostici non invasivi. Ovviamente quanto detto sopra non deve minimamente far pensare che la prevenzione non sia importante in cardiologia e che l'utilizzo delle metodiche diagnostiche e terapeutiche debba in qualche modo essere limi-

tato. Il messaggio che si vuole dare è esclusivamente quello di fare cose appropriate, delle quali con alta probabilità il/la paziente si beneficerà.

Ancora una volta la soluzione del problema ritorna all'interno di quello che io chiamo il "binomio medico-paziente". È solamente da una corretta analisi dei sintomi descritti dai pazienti e dei consigli operativi suggeriti dalle Società Scientifiche e basati sull'evidenza della pratica clinica che il medico sarà in grado di stabilire per il suo

paziente il percorso diagnostico-terapeutico ottimale non falsato da costrizioni finanziarie da un lato né di medicina difensiva dall'altro. D'altro canto il paziente dovrà dare fiducia al proprio medico curante, non indirizzarlo con forza verso protocolli aggressivi e non appropriati, guidato da una conoscenza superficiale appresa su internet e del tutto incapace di personalizzarli sul caso specifico. È da una grande attenzione clinica del sanitario e da una grande fiducia del paziente

nel suo medico che nasce la vera forza della medicina espandendone i suoi potenziali benefici e limitandone al massimo i suoi potenziali danni.

A volte **"Fare di più non significa fare meglio"**.

*Prof. Massimo Santini*  
**Presidente**  
**Il Cuore di Roma - Onlus**

## Fare di più non significa fare meglio

### Le cinque pratiche ad alto rischio di inappropriatelyzza

1	Non richiedere ecocardiografia di controllo in pazienti con valvulopatia lieve-moderata o con disfunzione ventricolare sinistra, in assenza di nuovi sintomi, segni o eventi clinici.
	A causa della lenta evolutività delle patologie valvolari lievi-moderate e dell'inutilità clinica di rivalutare la funzione ventricolare sinistra in pazienti clinicamente stabili, l'ecocardiografia dovrebbe essere eseguita solo in presenza di variazioni dello stato clinico.
2	Non richiedere di routine prova elettrocardiografica da sforzo di controllo in pazienti asintomatici dopo rivascolarizzazione chirurgica o percutanea.
	Non ci sono prove di efficacia che dimostrino la riduzione di eventi con l'esecuzione routinaria di una prova da sforzo dopo rivascolarizzazione. La prova da sforzo dovrebbe essere eseguita solo per valutare rivascolarizzazioni incomplete o in presenza di variazioni dello stato clinico.
3	Non richiedere registrazione Holter in pazienti con dolore toracico da sforzo che siano in grado di eseguire prova da sforzo, a meno che non vi sia anche il sospetto di aritmie.
	L'Holter ha una bassa sensibilità e specificità nell'evidenziare ischemia in pazienti con dolore toracico, non potendo calibrare l'entità dello sforzo. È preferibile eseguire prima una prova da sforzo.
4	Non richiedere test di imaging associato a test provocativo in fase di valutazione iniziale di sospetta cardiopatia ischemica.
	Il test dovrebbe essere indicato solo in presenza di importanti fattori di rischio: diabete oltre i 40 anni, arteriopatia periferica, rischio Framingham / Cuore > 20%, o in presenza di alterazioni dell'ECG di base, tali da inficiare l'interpretazione della prova da sforzo.
5	Non richiedere prova elettrocardiografica da sforzo per screening di cardiopatia ischemica in pazienti asintomatici a basso rischio cardiovascolare.
	In pazienti asintomatici e senza fattori di rischio, la probabilità di malattia coronarica è molto bassa, per cui l'esame aumenta il rischio di falsi positivi e di indurre ulteriori test diagnostici per escludere i dubbi sollevati dal test.

**Attenzione:** le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione ed il giudizio del medico. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica è necessario rivolgersi al medico curante.

**IL CUORE DI ROMA ONLUS** 

La tua associazione che pensa al domani.

Per crescere e portare avanti il nostro progetto di informazione e prevenzione abbiamo bisogno di te...

Tel. 06 3218342  
info@ilcuorediroma.org  
www.ilcuorediroma.org

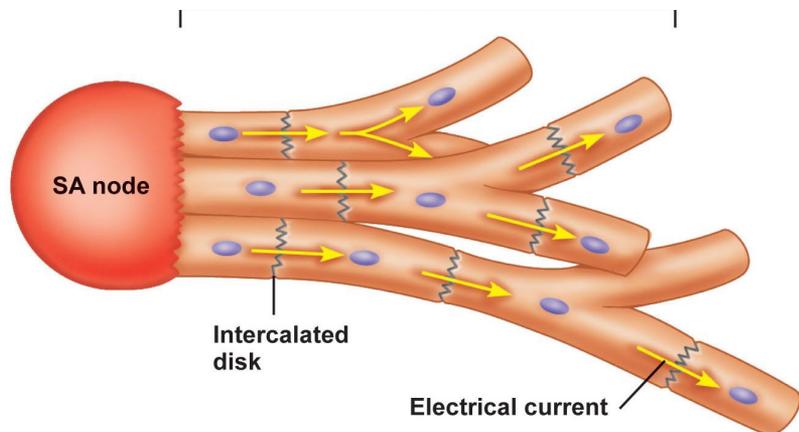
**per il tuo 5 x mille** Codice Fiscale: 97 285 960 585





successivi impulsi elettrici. La frequenza cardiaca (cioè battiti al minuto) per-

tinua provocando una contrazione cardiaca molto frequente. Se il cortocir-



tanto varierà continuamente nell'arco della giornata in rapporto al numero di impulsi elettrici che il nodo del seno deciderà di inviare, in relazione alle esigenze dell'organismo in ogni specifico momento.

Avremo meno battiti (60 - 70) in caso di riposo e ancor più nel sonno, mentre avremo più battiti cardiaci (anche 150/min) durante attività fisica e stati di eccitazione. A volte fin dalla nascita (Blocco AV Congenito), ma più spesso con il passare degli anni, si possono manifestare delle alterazioni della batteria (**nodo del seno**) o dei fili elettrici (Branca dx, Branca sinistra) che provocano bassa frequenza cardiaca oppure addirittura la interruzione del passaggio di uno o più impulsi elettrici. Nel caso di malfunzione del nodo del seno avremo la cosiddetta Bradicardia Sinusale (cioè bassa frequenza cardiaca). Nel caso di difetto della conduzione elettrica potremo avere un Blocco della Branca destra, un Blocco della Branca sinistra o Blocchi atrio-ventricolari di 1°, 2° e 3° grado (in rapporto alla severità del fenomeno).

Se il cuore batte eccessivamente lento, il cervello del paziente verrà irrorato in maniera ridotta o addirittura nulla se il blocco cardiaco è totale. Ne con-

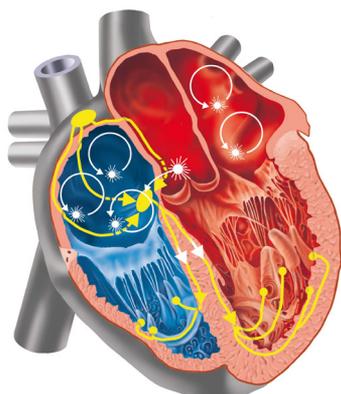
**Se il cuore batte eccessivamente lento, il cervello del paziente verrà irrorato in maniera ridotta o addirittura nulla se il blocco cardiaco è totale**

seguirà una sintomatologia caratterizzata da vertigini, offuscamento della vista, malessere intenso o addirittura lo svenimento (sincope). In questi casi è necessario impiantare un pacemaker permanente che con nuovi fili elettrici all'interno del cuore, collegati al dispositivo, consentirà la ripresa del battito cardiaco ogni volta che il sistema elettrico naturale venga meno.

Al contrario della bradicardia (cioè battiti lenti), il cuore può presentare vari tipi di tachicardia (cioè battiti veloci) patologica. Ciò avviene di solito quando si crea un cortocircuito elettrico in una delle camere cardiache che ne consente una rieccitazione quasi con-

tinua provocando una contrazione cardiaca molto frequente. Se il cortocir-

cuito elettrico avviene all'interno degli atri si avranno vari tipi di tachicardia definiti in vario modo quali la **tachicardia atriale**, il **flutter atriale**, la **tachicardia parossistica sopraventricolare** o la più comune **fibrillazione atriale**. Se il cortocircuito avviene nei ventricoli si parlerà di **tachicardia ventricolare** o **fibrillazione ventricolare** in rapporto al numero di impulsi elettrici per minuto. Mentre le tachicardie sopraventricolari non comportano abitualmente un carattere di malignità in quanto non sono in grado di determinare un numero di battiti cardiaci eccessivamente elevato, le tachicardie ventricolari e la fibrillazione ventricolare possono essere particolarmente pericolose o addirittura fatali se non trattate immediatamente. Mentre avremo quindi



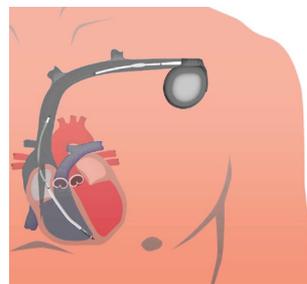
tempo per trovare la terapia farmacologica più adeguata per le tachiaritmie sopraventricolari, in quanto benigne, ne avremo poco invece per la terapia di quelle ventricolari che necessitano di interventi immediati e certamente efficaci. Tale differenza nella pericolosità dei due gruppi di tachicardia si

**se il cuore non ha battiti a causa di un blocco elettrico o ne ha troppi a causa di un cortocircuito, l'effetto è lo stesso: l'arresto cardio circolatorio.**

basa principalmente sul numero di battiti raggiunto dal cuore in caso di aritmia. Tanto più veloce, tanto più pericolosa. Infatti il cuore dopo aver espulso nel torrente circolatorio il

sangue, ha bisogno di un certo tempo per riempirsi nuovamente. Se i battiti, eccessivamente frequenti (300 -600 al minuto) lo obbligano ad eccitarsi e contrarsi velocissimamente non avrà tempo per riempirsi e la quantità di sangue che verrà inviata sarà minima o nulla. In pratica un cuore che va velocissimo, dal punto di vista circolatorio, è equivalente ad un cuore fermo. Pertanto se il cuore non ha battiti a causa di un blocco elettrico o ne ha troppi a causa di un cortocircuito, l'effetto è lo stesso: l'arresto cardio circolatorio. Per impedire una simile conseguenza bisogna intervenire prima con la prevenzione della tachicardia, se possibile, e poi, se necessario, con il suo abbattimento immediato.

La prevenzione delle tachicardie sopraventricolari può essere fatta con farmaci, ma soprattutto con la **Ablazione Transcatetere del Circuito di Rientro**. Si tratta cioè di entrare



attraverso una vena nel cuore con dei cateteri, identificare la posizione del cortocircuito ed applicarvi una certa quantità di corrente che bruci le cellule responsabili del corto circuito stesso, interrompendole per sempre. Anche per le tachicardie e la fibrillazione ventricolare è possibile tentare l'Ablazione Transcatetere ma non potendo contare sul 100% di successo considerando la gravità di una possibile recidiva (spesso fatale) si preferisce garantire al paziente la massima sicurezza possibile applicando un **Defibrillatore Impiantabile**. Quest'ultimo è un dispositivo simile al pacemaker, ma più completo in quanto è in grado di intervenire non solo nei casi di bradicardia (cioè di battiti molto lenti) stimolando il cuore, ma anche in quelli di tachicardia e fibrillazione ventricolare (cioè battiti velocissimi) inviando all'interno del cuore una scarica elettrica che elimina immediatamente l'aritmia maligna dopo pochi secondi dal suo esordio, salvando la vita al paziente.

#### LA MECCANICA

Per poter inviare il sangue in circolo il cuore deve contrarsi. Per contrarsi ha bisogno di un impulso elettrico che attraversando l'organo consente la eccitazione di tutte le cellule cardiache (miociti) secondo una certa sequenza spaziale e temporale. La contrazione delle cellule miocardiche avviene attraverso un passaggio di vari Ioni e particolarmente di calcio che diventa essenziale a questo fine.

La contrattilità del cuore, cioè la potenza con cui le cellule nel loro insie-

me si contraggono, può alterarsi significativamente a causa di fenomeni patologici congeniti o acquisiti.

La forza contrattile cardiaca viene valutata con un parametro ecocardiogra-

**Frazione di Eiezione se inferiore al 35% mette in evidenza un grave stato di ipocontrattilità ed il rischio di aritmie maligne.**

fico chiamato **Frazione di Eiezione**. Quest'ultima è normale se supera il valore del 50%. Sotto il 50% la frazione di eiezione identifica una contrattilità cardiaca ridotta. Se inferiore al 35% mette in evidenza un grave stato di ipocontrattilità ed il rischio di aritmie maligne.

La riduzione della contrattilità può essere provocata da un infarto miocardico particolarmente esteso oppure da un cattivo funzionamento delle valvole cardiache oppure da una ipertensione arteriosa non controllata oppure da malattie virali del cuore (miocarditi) o infine da una patologia primitiva del muscolo cardiaco (cardiomiopatia dilatativa).

Il cuore sottoposto ad un carico di lavoro eccessivo tende a dilatarsi con conseguente ulteriore peggioramento della sua forza contrattile. Un cuore piccolo è di solito un buon cuore. Un cuore molto dilatato è certamente un cuore con bassa contrattilità.

La terapia varia ovviamente in rapporto alla causa della ridotta contrattilità. Sarà chirurgica con la riparazione del deficit di una o più valvole malfunzionanti, farmacologica multipla nei casi senza indicazione chirurgica. Nei casi più estremi si potrà ipotizzare l'utilizzo di un Cuore Artificiale o di un vero e proprio trapianto cardiaco.

Come si può dedurre da questo breve excursus il cuore è un sistema molto complesso che può creare problematiche di varia entità e vario tipo: elettrico, idraulico, meccanico o addirittura combinato. Un po' come il motore della nostra automobile che ha anch'esso valvole, batteria e circuito liquido di alimentazione. Anche il cuore ha bisogno pertanto di un corretto uso, buona manutenzione e pronta correzione di eventuali iniziali deficit.

**Trattiamolo bene e facciamo i tagliandi regolarmente.**











## CARBOIDRATI E ZUCCHERI



**I carboidrati** (amidi e zuccheri) **dovrebbero coprire circa il 50 – 60% del nostro fabbisogno calorico giornaliero complessivo.** Anche in questo caso, come per i grassi, è necessario fare attenzione alla qualità di questi macronutrienti. È molto importante infatti considerare la cosiddetta **“risposta glicemica”** che i vari alimenti inducono e che dipende da un lato da parametri individuali non facilmente quantificabili e dall’altro dal

**Una alimentazione selettivamente arricchita con alimenti a “basso indice glicemico” sembra ridurre il rischio cardiovascolare, quello metabolico e anche quello neoplastico**

cosiddetto **indice glicemico dell’alimento stesso.** Una alimentazione selettivamente arricchita con alimenti a “basso indice glicemico” sembra ridurre il rischio cardiovascolare, quello metabolico e anche quello neoplastico. Sulla base dei livelli dell’indice glicemico si possono classificare gli amidi alimentari più o meno pericolosi. Ad esempio la pasta all’italiana (semola di grano duro, cotta al dente e con olio di oliva nel sugo) presenta un indice glicemico più basso di quello del pane e delle patate ed induce pertanto una “risposta glicemica” migliore. L’indice glicemico di moltissimi alimenti è fornito dall’Università di Sidney sul sito [www.glycemicindex.com](http://www.glycemicindex.com).

## FIBRE ALIMENTARI

Sono costituite da polisaccaridi derivanti da cellule vegetali resistenti alla digestione da parte degli enzimi umani e che raggiungono pertanto immutati l’intestino tenue ed il colon.

Alcune fibre formano soluzioni molto vischiose in ambiente acquoso e rallentano lo svuotamento dello stomaco ritardando l’assorbimento nel tenue di alcuni nutrienti (particolarmente zuccheri semplici e trigliceridi) e abbassando, anche se lievemente, la colesterolemia. Altre fibre sono rapidamente fermentate dai batteri che risiedono abitualmente nel tenue e nel colon, aumentando in tal modo la quantità di batteri intestinali in genere, ma favorendo lo sviluppo dei ceppi che la utilizzano come fonte energetica preferenziale (effetto probiotico).

Il rischio coronarico è ridotto significa-

tivamente nei soggetti con alto apporto di fibra alimentare.

## SALE

La restrizione del consumo di sale, riduce il rischio di ipertensione arteriosa e di conseguenza quello cardiovascolare. Il sale è comunque necessario e non va abolito dalla dieta. 6 grammi al giorno di sale dovrebbero essere assunti quotidianamente. Livelli inferiori non sembrano apportare alcun beneficio aggiuntivo.

## ALCOOL

È fuori dubbio che l’eccessivo consumo di alcool etilico sia responsabile di gravi danni fisici. Esiste però altrettanta evidenza di effetti favorevoli dell’alcool, in quantità moderata, sul rischio delle malattie su base aterosclerotica. Infatti il consumo moderato e spaziatto nel tempo di alcool (non più di 2/3 drink die per gli uomini e 1-2/drink die per donne e anziani) si associa ad una minore morbilità e mortalità cardiovascolare senza conseguenze apprezzabili su altre patologie e in particolare su quelle neoplastiche.

A questi livelli di consumo (1 drink corrisponde ad un bicchiere di vino da 150 ml o una birra da 330 ml o a 40 ml di un liquore) sembra anche ridotto il rischio di sviluppare una malattia diabetica, osteoporosi, ed alcuni tipi di demenza.

Attualmente si ritiene che i pazienti astemi, nonostante i potenziali benefici, non vadano incoraggiati ad iniziare un qualche consumo di alcool ma al tempo stesso coloro che bevono in quantità moderate, senza altre patologie che ne sconsigliano l’uso, possono essere rassicurati e continuare nel consumo di alcool beneficiando, presumibilmente di effetti protettivi di ampiezza non trascurabile su varie patologie tipiche della nostra società.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

# C'È GRASSO E GRASSO

Propafenone e flecainide, amiodarone dsjhsdhsjh dsjhdhsjdhsjdhsjh hdshjdhsj hjsdh dsdkjsujd skjdkj-sdkjskdksj dkjksdj skjdsjkdksjksjksjksjksdskj



L'alimentazione è da sempre oggetto di intenso dibattito specialmente per il suo ruolo nella determinazione di patologie cardiovascolari. Nel tempo con l'aumento delle conoscenze scientifiche si osserva continuamente una modificazione delle cosiddette "certezze mediche" che portano ad un costante ridimensionamento del ruolo negativo o positivo di determinati alimenti. Cerchiamo qui di fare un po' di chiarezza mettendo in evidenza quelle che sembrano essere le verità attuali in tema di alimenti e rischio cardiovascolare.

## GRASSI ALIMENTARI

Il ruolo dei grassi totali e saturi è stato recentemente ridimensionato modificando

**È necessario identificare quelle specifiche categorie di grassi alimentari e degli alimenti che li contengono che sembrano comportare un maggior rischio cardiovascolare**

delle opinioni che sembravano del tutto consolidate. I dati della letteratura infatti hanno dimostrato che limitare l'apporto alimentare dei grassi non modifica in modo significativo il rischio cardiovascolare e non induce neanche un importante calo ponderale. Dobbiamo piuttosto identificare quelle specifiche categorie di grassi alimentari e degli alimenti che li contengono che sembrano comportare un maggior rischio. Gli acidi grassi saturi, ad esempio debbono essere limitati, senza però creare squilibri nutrizionali e senza portare al bando di alimenti che

**Il latte sembra indurre una significativa riduzione dei valori pressori**

siano fra l'altro interessanti per altri motivi. Parliamo ad esempio del latte e dei suoi derivati (tipicamente ricchi di questi acidi grassi) il cui consumo alla luce delle conoscenze attuali non dovrebbe essere scoraggiato. Il latte infatti sembra indurre una significativa riduzione dei valori pressori (per una sua blanda azione ace-inibitrice) e quindi del rischio di eventi cerebrovascolari senza influenzare significativamente quello di eventi coronarici. **L'eliminazione totale del latte**



**dalle diete** (ad esempio per presunte intolleranze) **potrebbe facilitare lo sviluppo di diabete ed ipertensione arteriosa.**

Nell'ambito di una dieta variata ed equilibrata il consumo di latte e latticini non influenza il rischio cardiovascolare e non va pertanto scoraggiato.

**Va invece mantenuto forte il bando degli acidi grassi insaturi tipici delle vecchie margarine.**

Il consumo di questi grassi (identificati generalmente nell'etichetta dell'alimento come "grassi vegetali parzialmente idrogenati") va **decisamente minimizzato per il loro effetto deleterio di aumento del colesterolo LDL**



(cattivo) **e riduzione del colesterolo HDL** (buono) e per la azione pro-infiammatoria. La relazione diretta tra consumo alimentare di questi grassi ed il rischio di eventi ischemici cardiaci è ben documentata.

Il consumo di acidi grassi monoinsaturi (tipici dell'olio di oliva, ma anche della carne di pollo) sembra avere un effetto neutro sulla colesterolemia totale LDL.

**l'organismo umano non è in grado di sintetizzare gli acidi grassi polinsaturi**

Sembrirebbe esistere però una differenza tra olio di oliva raffinato ed olio di oliva vergine/extravergine. Più precisamente **un consumo crescente di olio di oliva raffinato si associa ad un aumento del rischio coronarico** e della mortalità totale che sarebbero invece ridotti in modo ampio e significativo con l'uso crescente di olio di oliva vergine o extravergine.

Infine l'organismo umano non è in grado di sintetizzare gli acidi grassi polinsaturi che sono definiti essenziali (quali gli **OMEGA 3** e **OMEGA 6**) che dovranno pertanto essere assunti con





la dieta. Infatti un adeguato apporto alimentare di OMEGA 3 (olio di soia, noci, pesce) si associa ad una importante riduzione del rischio coronarico e della morte improvvisa.

In conclusione la **dieta cardioprotettiva** prevede una riduzione (ma non una eliminazione) della quota di grassi saturi e la sua sostituzione con polinsaturi OMEGA 3 (da pesce) e OMEGA 6 (olio di semi, verdure, cereali integrali, pollame). L'apporto di acidi grassi insaturi di origine industriale va invece minimizzato.

### CARBOIDRATI E ZUCCHERI



**I carboidrati** (amidi e zuccheri) dovrebbero coprire circa il 50 – 60% del nostro fabbisogno calorico giornaliero complessivo.

Anche in questo caso, come per i grassi, è necessario fare attenzione alla qualità di questi macronutrienti. È molto importante infatti considerare la cosiddetta “risposta glicemica” che i vari alimenti inducono e che dipende da un lato da parametri

individuali non facilmente quantificabili e dall'altro dal cosiddetto **indice glicemico dell'alimento stesso**. Una alimentazione selettivamente arricchita con alimenti a “basso indice glicemico” sembra ridurre il rischio cardiovascolare,

**Una alimentazione selettivamente arricchita con alimenti a “basso indice glicemico” sembra ridurre il rischio cardiovascolare, quello metabolico e anche quello neoplastico**

re, quello metabolico e anche quello neoplastico. Sulla base dei livelli dell'indice glicemico si possono classificare gli amidi alimentari più o meno pericolosi. Ad esempio la pasta all'italiana (**semola di grano duro, cotta al dente e con olio di oliva nel sugo**) presenta un indice glicemico più basso di quello del pane e delle patate ed induce pertanto una “risposta glicemica” migliore. L'indice glicemico di moltissimi alimenti è fornito dall'Università di Sidney sul sito [www.glycemicindex.com](http://www.glycemicindex.com).

### FIBRE ALIMENTARI

Sono costituite da polisaccaridi derivanti da cellule vegetali resistenti alla digestione da parte degli enzimi umani e che raggiungono pertanto immutati l'intestino tenue ed il colon. Alcune fibre formano soluzioni molto vischiose in ambiente acquoso e rallentano lo svuotamento dello stomaco ritardando l'assorbimento nel tenue di alcuni nutrienti (particolarmente zuccheri semplici e trigliceridi) e abbassando, anche se lievemente, la colesterolemia. Altre fibre sono rapidamente fermentate dai batteri che risiedono abitualmente nel tenue e nel colon, aumentando in tal modo la quantità di batteri intestinali in genere, ma favorendo lo sviluppo dei ceppi che la utilizzano come fonte energetica preferenziale



(effetto probiotico).

Il rischio coronarico è ridotto significativamente nei soggetti con alto apporto di fibra alimentare.

### SALE

**La restrizione del consumo di sale, riduce il rischio di ipertensione arteriosa e di conseguenza quello cardiovascolare.** Il sale è comunque necessario e non va abolito dalla dieta. 6 grammi al giorno di sale dovrebbero essere assunti quotidianamente. Livelli inferiori non sembrano apportare alcun beneficio aggiuntivo.



**È fuori dubbio che l'eccessivo consumo di alcool etilico sia responsabile di gravi danni fisici.**

### ALCOOL

È fuori dubbio che l'eccessivo consumo di alcool etilico sia responsabile di gravi danni fisici. **Esiste però altrettanta evidenza di effetti favorevoli dell'alcool**, in quantità moderata, sul rischio delle malattie su base aterosclerotica. Infatti il



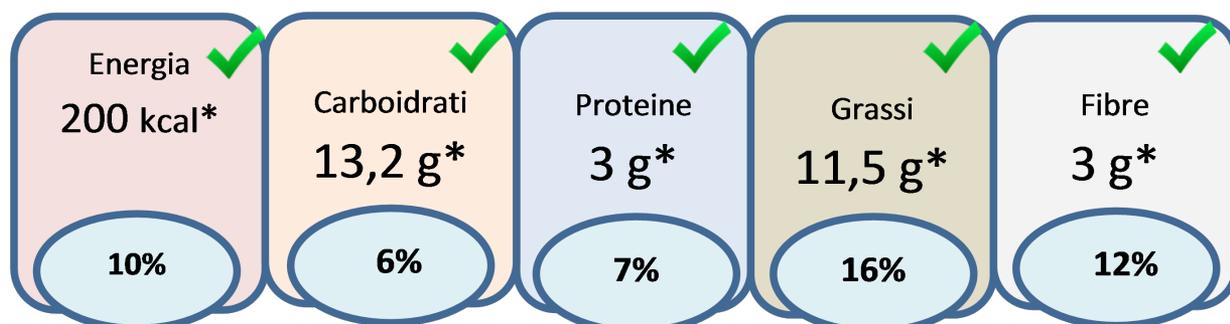
consumo moderato e spaziato nel tempo di alcool (non più di 2/3 drink die per gli uomini e 1-2/drink die per donne e anziani) si associa ad una minore morbilità e mortalità cardiovascolare senza conseguenze apprezzabili su altre patologie e in particolare su quelle neoplastiche.

A questi livelli di consumo (1 drink corrisponde ad un bicchiere di vino da 150 ml o una birra da 330 ml o a 40 ml di un liquore) sembra anche ridotto il rischio di sviluppare una malattia diabetica, osteoporosi, ed alcuni tipi di demenza.

Attualmente si ritiene che i pazienti astemi, nonostante i potenziali benefici, non vadano incoraggiati ad iniziare un qualche consumo di alcool ma al tempo stesso coloro che bevono in quantità moderate, senza altre patologie che ne sconsigliano l'uso, possono essere rassicurati e continuare nel consumo di alcool beneficiando, presumibilmente di effetti protettivi di ampiezza non trascurabile su varie patologie tipiche della nostra società.



**GDA\*\***









XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

# IL SALVAVITA SOTTOCUTANEO

*Propafenone e flecainide, amiodarone dsjhsdhsjh dsjhdhsjdhsjdhsjh hjdshjdhs hsjsdh dsdkjsujd skjdkj-sdkjskjdsj dkjksdj skjdsjkdksjksjksjksjksdskj*

Le aritmie cardiache maligne ventricolari (tachicardia e fibrillazione ventricolare) sono notoriamente causa di morte improvvisa. Nei pazienti candidati a simili eventi viene abitualmente impiantato un defibrillatore che, grazie a degli elettrodi posizionati all'interno del cuore, interviene al momento giusto inviando una scarica elettrica ed eliminando l'aritmia e..... salvando la vita al paziente.

Da qualche anno sono disponibili dei defibrillatori che non hanno bisogno di elettrodi all'interno del cuore, ma di un apparato che è totalmente sottocutaneo. Questo posizionamento consente di eliminare tutti i casi di infezioni dei cateteri intracardiaci che sono molto pericolose ed obbligano alla estrazione degli elettrocateteri ormai adesi all'interno cuore, tecnica non avulsa di rischi importanti. Sono passati ormai più di cinque anni dall'impianto del primo Defibrillatore

Sottocutaneo e sono usciti dalla fase di ricerca scientifica per entrare ormai nella pratica clinica in totale sicurezza ed efficienza.



Al Congresso della Heart Rhythm Society a San Francisco sono stati riportati, quest'anno, i dati dello studio EFFORTLESS che ha incluso 985 pa-

zienti osservati per oltre cinque anni dopo l'impianto del Defibrillatore Sottocutaneo, dimostrando sicurezza ed efficacia a lungo termine del si-

**Da qualche anno sono disponibili dei defibrillatori che non hanno bisogno di elettrodi all'interno del cuore, ma di un apparato che è totalmente sottocutaneo.**

stema impiantato. Oltre il 99.7% dei pazienti non ha avuto alcuna complicazione nei primi 30 giorni dall'impianto. **L'efficacia nell'eliminare le aritmie maligne è stata del 98% nel primo anno dell'impianto.**

A distanza di 3 anni solamente lo 0.5% di Defibrillatori Sottocutanei hanno necessitato l'espianto per essere sostituiti con un defibrillatore intracar-

diaco per necessità del paziente di stimolazione cardiaca. Il successivo passaggio, per sanare la carenza del ..... della capacità di stimolare il cuore, sarà quello di una terapia "Ibrida", cioè in parte sottocutanea con il Defibrillatore ed in parte intracardiaca con pacemaker cosiddetto LEADLESS, cioè senza fili, collegato con il defibrillatore sottocutaneo che lo comanderà per la esecuzione del tipo di stimolazione più appropriata per il paziente.

Inoltre il Defibrillatore Sottocutaneo è stato dotato di un nuovo algoritmo per evidenziare la fibrillazione atriale e non confonderla con la aritmia ventricolare. Questa maggiore precisione diagnostica consentirà di ridurre significativamente il numero di shocks inappropriati (cioè inviati in assenza di aritmia realmente pericolosa).

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

# IL MINICARDIOLOGO SOTTO LA PELLE

*Il Loop Recorder iniettabile che registra ogni episodio di fibrillazione atriale parossistica*

È ormai noto che **un quarto** circa degli **Ictus Cerebrali** è dovuto ad una embolia cerebrale provocata da una aritmia molto frequente chiamata **Fibrillazione Atriale**. Quest'ultima non è sempre identificabile e dimostrabile elettrocardiograficamente a causa della sua fugacità o dell'assenza totale di sintomi da parte del paziente. Si può pertanto, in caso di **"Ictus Criptogenetico"**, cioè **per il quale non è stato possibile evidenziare una causa certa**, solamente ipotiz-

zare uno o più episodi di Fibrillazione

**La Fibrillazione Atriale non è sempre identificabile e dimostrabile a causa della sua fugacità o dell'assenza totale di sintomi**

Atriale Parossistica Asintomatica. Abbiamo però bisogno della registrazione elettrocardiografica per averne certezza ed iniziare le adeguate terapie preventive.

Il **Loop Recorder iniettabile** (Reveal - Linq - Medtronic) che già vi abbiamo presentato nei numeri precedenti del nostro giornale, consente l'osservazione continuata (per tutte le 24 ore di ogni giorno, per tre anni) dell'elettrocardiogramma e la registrazione di eventuali anomalie del ritmo che sono poi trasmissibili per via telefonica al Centro di Controllo.



Recentemente, uno studio osservazionale (cioè con dati presi dalla pratica clinica quotidiana e non da studi scientifici randomizzati) ha presentato dei risultati fortemente incoraggianti, addirittura migliori di quelli già in precedenza mostrati dallo studio CRYSTAL - AF. Sono stati seguiti 1.247 pazienti affetti da Ictus Criptogenetico per capire, tramite l'uso del REVEAL - LINQ, l'incidenza e la durata degli episodi di fibrillazione. Dopo 12 mesi di osservazione sono stati registrati 1.737 episodi di fibrillazione atriale in 192 pazienti con una incidenza di diagnosi del 16.3%. Questo risultato è circa il 30% più elevato di quello precedentemen-

**Il Loop Recorder iniettabile consente l'osservazione continuata (per tutte le 24 ore di ogni giorno, per tre anni) dell'elettrocardiogramma e la registrazione di eventuali anomalie del ritmo**

te osservato dalla studio CRYSTAL - AF eseguito su pazienti selezionati e non

nel mondo reale della pratica clinica. Di questi 192 pazienti identificati dal Loop Recorder, ben oltre il 70% sarebbe passato inosservato se avessimo

**il 70% dei pazienti sarebbe passato inosservato se avessimo osservato il ritmo cardiaco esclusivamente per un mese con metodiche esterne**

osservato il ritmo cardiaco esclusivamente per un mese con metodiche esterne (Holter, ECG Recorder a domanda ect). Appare evidente come la diagnosi di fibrillazione atriale parossistica sia strettamente correlata alla durata dell'osservazione. Il REVEAL - LINQ consente una osservazione per circa 3 anni, invia dati comunicando con un monitor localizzato in casa in maniera wireless e consente anche al paziente di essere sottoposto, in sicurezza, a Risonanza Magnetica Nucleare (esame molto importante nei pazienti affetti da ICTUS CEREBRALE).

# Buon Natale da Il Cuore di Roma - Onlus



Nus doluptae pa nos acia volut eici dusaped everiati re labo. To quid ercid magnisciur as es repudignat. Agnatis temquam hit vero con pre, officii tecaborrum ex eium verepel iasimo quam volum atio consequae maionet labor aborest est faccupatibus non nis maximol uptation porro odiorum ipsapis acercimod earuntis as expla atendis cimur. Oles eos delecerume volore repeliquam eosapidi occum fugiatur, tem faccupatio ipsam nis endae sedi del moluptius ab in porrum re solum quae venimilisque pa vel eos plique sit, ulpa que nonse experum ipitatem idem harumquia pro con cullesciates eossi oc-culla ceptas descias net vellanit ipsam volum et vellatum inverch icipsant rerro maiorro consequam, santia doluptatio ma porrum haribus alitios voloris sinctatest, occum et, net alitat voluptatem harum vent magni aut et aut quatie inveliquam, qui optatem quo veroritate minvella doluptatem acessiment ex es dolore si sinctotate prem rem vollique lam atumquam que net enimagnatur, qui dolorum qui blatur? Ciust eossequia nimo comnist iissimpore duciaepe vollo molore reriatus rero cuptisquam, in rectiaturi quatio ipsapernam qui iuscia volor sum cuptatempor aperias repta nobitas quas militiate eicia quam et venihilis magnata tusciis net mintibusande con ped et untur, quam illiquodia dolecus molor soluptat qui init pa ius rempellaut aspientist di deria simagnisquam eumque non ped esecurrit et, atur maiorat alitisiq uamusam volestet et, sunducit enda volestinus velestio et quis earum nis quiae voluptis el moluptatquat opta nus eribus di autemquas apis doluptatur accatur reptisquis etur? Qui oditat et volupti ostrumqu uidusantio tem eumquiate re perfers periam, nient, volorpor sa nimolup turibus apitemo luptatur aut ut modicientia sus audam, omnihiliquae nonsed exerce ritaten ditioe pore pratem ius et la nonsequi aspid ex eictempore verrum quam quam inctur re ium ullabor ionsequi sam volorepel magnatem eos cum custempos sit, officienimus eatis vitaquod exerit quistrum voluptae volores el

## PER UNA TUA DONAZIONE

**BANCO POSTA C/C 000094552932 - IBAN IT15 X 0760 1032 000 000 9455 2932**

**BANCA ETRURIA C/C 91163 - IBAN IT40 O 053900 3201 000 0000 91163**

**PER IL TUO 5xMILLE - CODICE FISCALE - 97 285 960 585**

**[www.ilcuorediroma.org](http://www.ilcuorediroma.org)**

*mantieni il ritmo*