

ASSOCIAZIONE - ONLUS
GRUPPO CUORE NUOVO
 MILANO

Publicazione dell'Associazione ONLUS "GRUPPO CUORE NUOVO" di Milano
 Sede Legale e Operativa in Via Agostino De Pretis, 13 - 20142 Milano
 NOTIZIARIO INFORMATIVO PER I SOCI - NON IN VENDITA - Composizione, stampa e diffusione in proprio.

ANNO XVIII - N. 3
2010

AUGURI

CARISSIMI SOCI,

e' nuovamente l'ora degli auguri.

Due parole per parlarvi di questo anno che é trascorso e che per la nostra associazione ha segnato dei grossi progressi nei progetti che ci eravamo prefissati: in particolare modo il Coordinamento della Lombardia, che ci é stato affidato e che comincia veramente a diventare una realtà concreta.

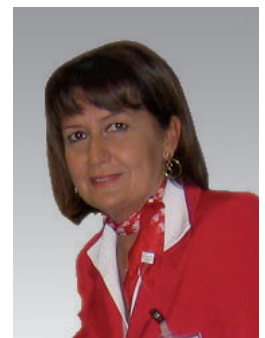
In occasione di queste Festività, sono particolarmente vicina alle famiglie dei soci che sono venuti a mancare e che per noi erano importanti punti di riferimento.

Inoltre il 2010 ha segnato la fine del mio primo triennio da Presidente. Credo che il bilancio sia positivo, dato che Voi soci mi avete rinnovato la fiducia e di questo sentitamente Vi ringrazio: la mia promessa è di continuare sulla strada segnata da obiettivi sempre più precisi e di raggiungerli.

In questo particolare momento di instabilità generale, penso che la famiglia sia un solido punto di riferimento, quindi il mio augurio di cuore va a Voi, alle vostre famiglie e vuole essere un messaggio di gioia e serenità.



**A nome mio e del Consiglio Direttivo
 auguro Buon Natale
 e Felice Anno Nuovo**



Luisa Cattaneo





VERBALE ASSEMBLEA STRAORDINARIA sabato 6.11.2010

Per la nomina del **CONSIGLIO DIRETTIVO E DEL COLLEGIO SINDACALE PER IL TRIENNIO 2010 - 2013**

ORDINE DEL GIORNO:

1. Registrazione Soci e distribuzione schede elettorali - 2. Saluto del Presidente uscente - 3. Nomina del presidente dell'Assemblea, degli Scrutatori e del Segretario verbalizzante - 4. Ore 16,30 - 17,30 OPERAZIONI DI VOTO. - 5. Scrutinio e proclamazione Eletti

Punto 1 dell'O.d.G. Verificata la legittimità delle convocazioni si apre la seduta assembleare L'Assemblea si apre alle ore 16 con la registrazione dei soci presenti ed il ritiro delle deleghe nonché la consegna delle schede elettorali.

Punto 2 dell'O.d.G. Il Presidente uscente Luigia Cattaneo, dopo un saluto ed un ringraziamento ai presenti fa un breve riassunto del suo mandato e ricorda, con un minuto di silenzio i Soci scomparsi nell'ultimo triennio.

Punto 3 dell'O.d.G.

1. Viene nominato Presidente dell'Assemblea: Piermattei Luciano
2. Segretaria verbalizzante: Bondioli Marisa
3. Scrutatori: Pisati Guido - Azzoni Marina - Frattini Loredana - Testori Patrizia

Punto 4 dell'O.d.G.

Alle ore 16,30 si sono svolte le operazioni di voto, che si sono concluse nell'orario prefissato.

Punto 5 dell'O.d.G.

Alle ore 17,30 inizia lo scrutinio: Presenti 27 soci + 30 deleghe per un totale di 57 votanti.

Alle ore 18,30 sono terminate le operazioni di scrutinio con Proclamazione degli Eletti.

CONSIGLIO DIRETTIVO:

PIERMATTEI LUCIANO VOTI 52 - PISATI GUIDO VOTI 52 - GALBIATI GUIDO VOTI 56 - BONDIOLI MARISA VOTI 56

CATTANEO LUIGIA detta LUISA VOTI 56 - AZZONI MARINA VOTI 52 - TARRICONE DR. DIEGO VOTI 52 - CORNALBA MARTINO VOTI 45

AIROLDI LILIANA VOTI 34 - FOPPOLI ADA VOTI 6 - ZANICHELLI IGINIA VOTI 6 - SPREAFICO LINO VOTI 2

COLLEGIO SINDACALE:

DURELLI LUCIANO VOTI 53 - FRATTINI LOREDANA VOTI 55 - AVANTI PIERO VOTI 49 - GHIONI AMBROGINA VOTI 36

DI TOMA CATERINA VOTI 25 - GRILLI ROSSANA VOTI 22 - CASSANI ARMANDO VOTI 8

Come da Verbale di Scrutinio allegato.

Il Presidente dichiara chiusa l'assemblea alle ore 18,30

IL PRESIDENTE

PIERMATTEI LUCIANO

LA SEGRETARIA

BONDIOLI MARISA

P.S. - La Presidente provvede alla lettura di una lettera inviata dal Presidente del Collegio Sindacale uscente, MERLINI AMBROGIO, che per motivi di salute ritira la propria candidatura dalle schede delle votazioni in corso. Si ringrazia il Sig. Merlini per l'opera svolta sino ad ora.

VERBALE ASSEMBLEA CONSIGLIO DIRETTIVO 06.11.2010

La presidente LUIGIA CATTANEO apre la seduta, alle ore 19,30 per stabilire alcune linee strategiche da osservare nel corso del prossimo triennio ed in particolare per l'anno 2011.

Presenti:

AZZONI MARINA - PISATI GUIDO - CATTANEO LUIGIA - GALBIATI GUIDO - BONDIOLI MARISA - PIERMATTEI LUCIANO - CORNALBA MARTINO - AIROLDI LILIANA - TARRICONE DIEGO - FRATTINI LOREDANA (Sindaco) - DURELLI LUCIANO (Presidente Colle Sindacale)

Di seguito le risultanze:

1) GEMELLAGGIO CON SANTA MARTA

- IL Vice Presidente. LUCIANO PIERMATTEI relaziona dettagliatamente sulle attività effettuate secondo quanto previsto dall'accordo di gemellaggio con la R.S.A SANTA MARTA del gruppo Segesta. Dopo valutazione ponderata dei presenti, all'unanimità, viene disposto di porre termine all'accordo di collaborazione alla scadenza del 31.12.2010 poiché gli obiettivi raggiunti si discostano da quelli prefissati in rapporto all'impegno profuso ed ai risultati ottenuti. La Presidente invierà raccomandata di disdetta secondo quanto previsto dall'art.6 dell'accordo in atto.

2) NUOVI OBIETTIVI DELLA NOSTRA ASSOCIAZIONE PER L'ANNO 2011:

- Continuare, ove possibile, con il progetto "ADOTTA UNA CLASSE - MINI ANNE" nelle scuole ma contenendo il numero dei manichini da donare ad ogni istituto.
- Pubblicizzare ed estendere LE GIORNATE DI PREVENZIONE alla popolazione nel quartiere e delle case adiacenti alla nostra sede istituzionale.
- Sostenere la Cardiologia all'OSPEDALE SAN PAOLO
- Aggregare alle attività di prevenzione, ove possibile, sempre presso l'Osp.S.Paolo, le giornate della Donna, con il supporto di Cardiologi aderenti alla nostra associazione.
- Esaminare la possibilità di acquistare di un Elettrocardiografo da utilizzare nell'ambito delle manifestazioni di prevenzione alla popolazione della nostra associazione.

Al concludersi dell'assemblea si decide di ritrovarsi **CON TUTTI I SOCI ED AMICI per gli AUGURI DI NATALE ED ANNO NUOVO il giorno 18 DICEMBRE 2010 alle ore 16,00** presso sede della nostra Associazione in Via de Pretis 13 - Milano

La riunione si conclude alle ore 19,50 circa.



VERBALE ASSEMBLEA CONSIGLIO DIRETTIVO 06.11.2010



Alle ore 18,30 i neo eletti consiglieri si riuniscono per l'attribuzione delle cariche istituzionali per il triennio 2010 - 2013.

Presenti:

AZZONI MARINA - PISATI GUIDO - CATTANEO LUIGIA - GALBIATI GUIDO - BONDIOLI MARISA - PIERMATTEI LUCIANO - CORNALBA MARTINO - AIROLDI LILIANA - TARRICONE DIEGO - FRATTINI LOREDANA - DURELLI LUCIANO - GHIONI AMBROGINA

Dopo valutazione delle caratteristiche professionali degli aspiranti alle cariche istituzionali, all'unanimità, vengono assegnate le seguenti cariche per il **NUOVO CONSIGLIO DIRETTIVO** e per il nuovo **COLLEGIO SINDACALE**, come segue:

CONSIGLIO DIRETTIVO:

PRESIDENTE: CATTANEO LUIGIA – detta LUISA
VICE-PRESIDENTE: PIERMATTEI LUCIANO
TESORIERE: BONDIOLI MARISA
SEGRATERIA: BONDIOLI MARISA

CONSIGLIERI:

Con delega per rapporto con enti esterni **PISATI GUIDO**

Con delega per rapporto con Aziende Sanitarie (locali ed ospedaliere) **TARRICONE DOTT. DIEGO**

CONSIGLIERI:

GALBIATI GUIDO
CORNALBA MARTINO
AZZONI MARINA
AIROLDI LILIANA

COLLEGIO SINDACALE:

SINDACI ELETTI: DURELLI LUCIANO PRESIDENTE Collegio Sindacale
FRATTINI Dott. LOREDANA
AVANTI PIERO

E SINDACI SUPPLEMENTI: GHIONI AMBROGINA
DI TOMA CATERINA

COMITATO SCIENTIFICO

Il Consiglio Direttivo dopo valutazione delle proposte da atto che, per il triennio 2010-2013, il comitato scientifico risulta così composto:

OCCHI DOTT. GIUSEPPE	CARDIOLOGO
FRATTINI DOTT. LOREDANA	CARDIOLOGO
DE DONA' DANIELA	FISIOTERAPISTA
LOMUSCIO DOTT. ALBERTO	CARDIOLOGO
SPONZILLI DOTT. CARLO	CARDIOLOGO
CALOSSO DOTT. EZIO	CARDIOLOGO
LAZZARI PIERA	COORDINATORE INFERMIERISTICO
VERGA DOTT. MASSIMO	PNEUMOLOGO

La riunione si conclude alle ore 19,30.

Il consiglio direttivo, il collegio sindacale e il comitato scientifico ringraziano i soci uscenti ambrogio merlini e maurizio calvi per l'importante apporto dato all'associazione.

LA SEGRETARIA
BONDIOLI MARISA





TRENINO DEL BERNINA

Come molti di voi hanno saputo avendo ricevuto il programma o perchè hanno partecipato di persona, quest'anno abbiamo ripetuto una classica della nostra Associazione il giro del trenino rosso del Bernina.



Eravamo circa trentacinque associati e simpatizzanti, ci siamo ritrovati venerdì pomeriggio all'Hotel Nazionale e dopo una piacevolissima serata in compagnia, il sabato mattina alle ore otto partenza dall'albergo in pullman, accompagnati da una guida turistica ci siamo trasferiti alla Stazione di Tirano.





Una volta accomodati è iniziata l'avventura, armati di macchine fotografiche abbiamo colto i particolari che la guida ci indicava, man mano percorrevamo il tragitto prima accompagnati dalla nebbia, ma arrivati sotto il gigante del Bernina uno splendido sole lo illuminava evidenziando tutta la sua imponenza e maestosità.

Poi ancora i colori splendidi dell'autunno, i ruscelli i paesini svizzeri fino alla stazione di Saint Moritz dove nuovamente ci aspettava il pullman per accompagnarci in una gita ai laghi.



Al ritorno in albergo ci aspettava la cena valtellinese, quindi buona musica dal vivo con il cantante Marco e il coinvolgimento di cantanti dilettanti ospiti, quindi ritorno a Milano domenica in mattinata.

Come al solito questa gita ottiene un'ottimo successo, alla prossima... e grazie **di CUORE** ai partecipanti.





STATINE, INFIAMMAZIONE E

INTRODUZIONE



Dott. Alberto Lomuscio
Divisione di Cardiologia-UCC
dell'Ospedale San Paolo di Milano

Il rischio cardiovascolare è stato studiato da molti decenni, e la costellazione di fattori di rischio si è via via arricchita di sempre nuovi elementi, tanto da consentire una significativa riduzione degli eventi coronarici e della loro mortalità: in questo senso gli Stati Uniti hanno dedicato negli ultimi decenni sforzi e risorse notevoli per combattere le principali cause di cardiopatia ischemica, tanto che tra i cardiologi è diffuso l'aforisma secondo cui gli Anni Settanta sono stati dedicati a combattere l'ipertensione, gli Anni Ottanta il fumo di sigaretta, e gli Anni Novanta il colesterolo.

Nonostante questi sforzi per ridurre l'impatto dei fattori di rischio, però, i risultati sono stati soltanto parziali: per quanto concerne la dislipidemia, ad esempio, ancor oggi oltre la metà della popolazione italiana presenta valori di colesterolemia maggiori di 200 mg/dl, e quasi due terzi degli italiani ha un colesterolo-LDL (c-LDL) maggiore di 115 mg/dl.

E' importante definire cosa si intende per dislipidemia come fattore di rischio: ciò che la caratterizza è la sua potenzialità aterogena, ossia la sua capacità di produrre ostruzioni arteriose coronariche, carotidee o in altri distretti, tali da generare sindromi cliniche potenzialmente fatali o disabilitanti. La dislipidemia è caratterizzata da un aumento dei livelli di colesterolo totale, di c-LDL, di trigliceridi, e/o da una diminuzione del colesterolo-HDL (c-HDL), popolarmente noto come "colesterolo buono". I valori delle LDL, potenzialmente aterogeni in quanto capaci di depositare colesterolo nelle arterie, vanno tenuti bassi, mentre i valori di c-HDL dovrebbero essere il più possibile elevati, per garantirne l'effetto di rimozione dei rifiuti lipidici dalle arterie stesse.

La valutazione del paziente con ipercolesterolemia deve considerare la possibile presenza di forme familiari piuttosto che secondarie a patologie endocrine (soprattutto tiroidee), internistiche (soprattutto epatopatie), iatrogene (soprattutto cortisonici, steroidi anabolizzanti), mentre i trigliceridi possono aumentare in presenza di nefropatie, diabete mellito, uso di diuretici, progestinici e altri. Nei casi che non rispondono alla sola statina, è possibile aggiungere ezetimibe, sempre ovviamente in associazione a una dieta ipocolesterolemizzante. Nella Tabella 1 viene presentata una proposta di valutazione dell'impatto clinico delle dislipidemie.

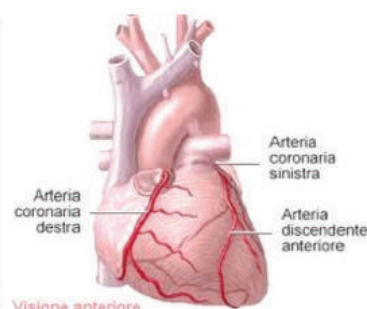


TABELLA 1 - Valutazione dell'impatto clinico delle dislipidemie

- A)** Anamnesi familiare e cardiologica, con particolare riguardo ai fattori di rischio coronarico
- B)** Prelievo venoso per la misurazione di Colesterolo Totale (CT), c-HDL e Trigliceridi (TG)
- C)** Calcolo del c-LDL con la formula di Friedewald: $CT - c-HDL - (TG/5)$
- D)** Ricerca di forme secondarie mediante
 - a)** Glicemia, Hb glicata, OGTT
 - b)** Ormoni tiroidei
 - c)** Azotemia, Creatininemia, Proteinuria delle 24 ore
 - d)** Funzionalità epatica
 - e)** CPK (per poter istituire una terapia con statine)
- E)** Misurare il BMI (Body Mass Index) con la formula: $\text{Peso (Kg)} / \text{Altezza (m)} \times \text{Altezza (m)}$
- F)** Misurare la circonferenza addominale

Per quanto riguarda la circonferenza addominale, i valori normali variano a seconda del sesso, dell'età e di alcune altre caratteristiche: in genere si assume che valori superiori a 102 cm nel maschio e a 88 cm nella femmina siano indicativi di rischio cardiovascolare accentuato.





RISCHIO CARDIOVASCOLARE

TABELLA 2 - Rischio coronarico collegato alla circonferenza addominale

RISCHIO	MASCHIO cm	FEMMINA cm
Molto elevato	> 120	> 110
Elevato	100-120	90-110
Basso	80 – 99	70-89
Molto basso	< 80	< 70



AZIONI NON IPOLIPEMIZZANTI DELLE STATINE

Molti lavori confermano gli effetti delle statine non legati alla riduzione del colesterolo: l'effetto benefico di questi farmaci, infatti, non di rado supera l'effetto atteso dalla sola riduzione del colesterolo. L'azione non ipolipemizzante delle statine è definita pleiotropica, e consiste nell'azione anti-infiammatoria e di blocco della progressione dell'aterosclerosi, fenomeni tra loro collegati.

La flogosi ha un'importanza notevole nella progressione della malattia aterosclerotica, producendo non solo un

aumento della placca, ma anche una destabilizzazione della stessa, con incremento della probabilità di erosione, e/o rottura e infine formazione del trombo che sfocia poi nella patologia coronarica clinicamente evidente, come ad esempio l'infarto miocardico. Il miglior indicatore della flogosi si è dimostrata la PCR (Proteina C Reattiva). Pertanto l'attenzione degli studiosi si è spostata sulla necessità di provocare una diminuzione della PCR mediante azioni farmacologiche, ed effettivamente gli unici farmaci in grado di ottenere tale risultato sono le statine.

QUANDO LE STATINE NON BASTANO

Le statine non sono prive di effetti collaterali, come l'aumento delle CPK conseguente alla sofferenza muscolare, e questi effetti collaterali sono correlati al dosaggio del farmaco: risulta quindi evidente l'opportunità di ridurre il dosaggio della statina mantenendo inalterata l'efficacia ipolipemizzante associando alla statina un farmaco che contribuisca a ridurre il colesterolo con un meccanismo diverso da quello delle statine. Questo nuovo farmaco è l'Ezetimibe.

Lo studio ENHANCE ha valutato l'associazione tra simvastatina ed ezetimibe, utilizzando come gruppo di controllo pazienti che ricevevano soltanto simvastatina: si è osservato un marcato miglioramento del profilo lipidico, con un c-LDL diminuito del 55% (solo il 39% nel gruppo di controllo), una PCR ridottasi del 47% (solo il 29% nel gruppo di controllo).



DISLIPIDEMIE E DIABETE MELLITO

La terapia antidislipidemica con le statine ha ridotto significativamente gli eventi cardiovascolari anche nei soggetti diabetici, dimostrando una potenza preventiva sia per la prevenzione primaria che secondaria. I valori raccomandati per la prevenzione secondaria sono al di sotto dei 200 mg/dl per il colesterolo totale, e al di sotto dei 100 mg/dl per il c-LDL. Nel diabetico la dislipidemia è spesso rappresentata, più che da marcati aumenti del colesterolo totale, da aumento dei trigliceridi e del c-LDL, e dalla riduzione del c-HDL: poiché sembra che per ogni aumento di soli 10 mg/dl di c-LDL vi sia, nel diabetico, un incremento del 12% del rischio cardiovascolare, si comprende come sia quanto mai necessario utilizzare le statine nei diabetici, anche in presenza di dislipidemia non particolarmente accentuata. Non bisogna però dimenticare che nonostante la riduzione della colesterolemia LDL, nel diabetico, a differenza del non-diabetico, permane una certa quota di rischio residuale, in quanto l'ipertrigliceridemia e la riduzione del c-HDL rappresentano pericolosi alleati del c-LDL. Per tale motivo è utile associare alle statine anche sostanze a base di Omega-3 o fibrati.





Dott. Stefano Lucreziotti

IL PAZIENTE CARDIOPATICO

Nel corso degli ultimi anni, si è gradualmente modificato il rischio di complicanze cardiache dei pazienti che si sottopongono ad interventi di chirurgia non cardiaca, principalmente per:

1. l'aumento dell'età media, con conseguente incremento del numero di pazienti anziani che possono approdare ad un intervento chirurgico;
2. l'elevata prevalenza nella popolazione generale di pazienti reduci da eventi cardiaci, grazie alla prognosi più favorevole delle principali cardiopatie;
3. l'evoluzione delle tecniche chirurgiche e anestesologiche che permettono di operare pazienti che fino a pochi anni fa sarebbero stati esclusi.

Questo aspetto, indubbiamente positivo, cela però un rovescio della medaglia, cioè che i pazienti che oggi operiamo sono più delicati e più esposti al rischio di complicanze intra e postoperatorie.

Per esempio, negli individui di età avanzata vi è un'elevata prevalenza di patologie cardiovascolari (12-20% della popolazione > 75 anni), di fattori di rischio per malattia aterosclerotica e di patologie associate.

E' quindi chiaro che in molti casi è indicata una valutazione cardiologica (o rivalutazione, se si tratta di un paziente cardiopatico noto) prima dell'intervento chirurgico, al fine di ottimizzare la gestione di tutto il periodo perioperatorio: vediamo i punti salienti di questo percorso.

LA DEFINIZIONE DEL RISCHIO

E' fondamentale che il paziente e i familiari siano informati in maniera esaustiva dei benefici attesi dall'intervento ma anche delle possibili complicanze chirurgiche e mediche, tra le quali spiccano quelle cardiache.

Il rischio cardiologico perioperatorio di ogni singolo paziente può essere quantificato in base all'associazione di diverse variabili riguardanti il tipo di intervento chirurgico (Tabella), l'anamnesi cardiologica, le abitudini di vita e la presenza di patologie associate (prevalentemente diabete mellito e insufficienza renale cronica).

Relativamente alle abitudini di vita, la capacità di compiere le comuni attività quotidiane in maniera autonoma (definibile come buona capacità funzionale) pone il paziente in una situazione di basso rischio operatorio, indipendentemente dalla eventuale presenza di cardiopatie. In altri termini, un paziente che ha avuto un infarto ma che cammina per alcuni isolati senza fermarsi presenta un rischio cardiaco perioperatorio più basso di un paziente non cardiopatico ma sedentario e che riesce a svolgere solo sforzi di lieve entità. Ancora una volta emerge l'importanza di una costante e misurata attività fisica, che consente di controllare molti fattori di rischio e di migliorare la qualità di vita, oltre che la prognosi.

La stima del rischio cardiaco è fondamentale per l'equipe medica che prescrive eventuali ulteriori accertamenti preoperatori, somministra terapie cardioprotettive e programma il monitoraggio postoperatorio.

In alcune situazioni di rischio cardiaco particolarmente elevato, le indicazioni all'intervento chirurgico potrebbero essere ridiscusse, soprattutto se non si tratta di chirurgia salva-vita, oppure l'intervento potrebbe essere eseguito dopo un adeguato periodo di terapie specifiche o di riabilitazione cardiologica.

GLI ESAMI NECESSARI

La valutazione cardiologica del paziente chirurgico prevede un'attenta analisi preoperatoria.

La documentazione cardiologica esibita dal paziente in questa fase è quasi sempre sufficiente per stabilire con chiarezza il rischio periprocedurale e per avviare il paziente all'intervento, soprattutto nel caso in cui le condizioni cliniche del paziente siano stabili e la capacità funzionale sia buona.

In alcuni casi, invece, è necessario sottoporre il paziente ad ulteriori accertamenti oltre all'ECG e alla radiografia del torace di routine. Generalmente si tratta di un ecocardiogramma per la valutazione della funzione contrattile e degli apparati valvolari. A volte, se si sospetta una cardiopatia ischemica non diagnosticata in precedenza o un aggravamento di una malattia coronarica nota, sarà necessario eseguire un test "provocativo" come una prova da sforzo, una scintigrafia miocardica o un eco-stress.

E' molto importante sapere come l'apparato cardiovascolare del paziente risponde allo stress, al fine di poterlo preparare in maniera adeguata agli stimoli intensi e prolungati derivanti dall'intervento chirurgico e dalla fase postoperatoria (sbalzi di pressione, repentini cambiamenti di frequenza cardiaca, aumenti di temperatura corporea, disidratazione, dolore,...). Lo studio dell'anatomia coronarica con coronarografia o con angio-TC delle coronarie è riservata a casi estremamente selezionati e solo con il presupposto che un'eventuale rivascolarizzazione miocardica possa migliorare significativamente la prognosi del nostro paziente.

Dobbiamo sottolineare che gli approfondimenti diagnostici preoperatori spesso determinano un ritardo significativo nell'esecuzione dell'intervento chirurgico (magari in una situazione che dovrebbe essere invece affrontata con celerità), oltre che un impiego di risorse umane e finanziarie. Anche per questo motivo, è fondamentale che le indicazioni a questi esami vengano accuratamente ponderate e riservate a casi selezionati.





SI DEVE OPERARE: CHE FARE?

COME RIDURRE IL RISCHIO DI COMPLICANZE CARDIACHE

Nella maggior parte dei casi l'intervento può essere effettuato senza modificazioni della terapia medica abituale, mentre in altri è necessario ricorrere a terapie aggiuntive, farmacologiche e non, per ridurre il rischio cardiaco perioperatorio.

Tra tutti i farmaci testati nel periodo perioperatorio, i Beta-bloccanti e le statine hanno dimostrato di ridurre l'incidenza di complicanze cardiache in pazienti selezionati, mentre benefici meno evidenti emergono da altre classi di farmaci come i Calcio-antagonisti. Il ricorso alla rivascolarizzazione miocardica profilattica deve essere riservato a situazioni particolari, perché né l'angioplastica coronarica né il bypass aortocoronarico hanno dimostrato di ridurre il rischio di complicanze cardiache perioperatorie, perfino in pazienti con malattia coronarica documentata e sintomatici per angina (purché non riduci da fasi di instabilità clinica, come, per esempio, un infarto miocardico acuto).

E' importante che l' abituale terapia cardiologica non venga sospesa prima dell'intervento, tranne che in casi particolari. Una menzione a parte meritano i farmaci antiaggreganti piastrinici o anticoagulanti: negli interventi poco invasivi (basso rischio emorragico) questi devono essere mantenuti, a volte con un minimo aggiustamento del dosaggio, mentre negli interventi più invasivi o più estesi devono essere sospesi seguendo particolari protocolli.

E' raro che un paziente con grave aritmia arrivi all'intervento chirurgico senza la protezione di un device dedicato (pacemaker o defibrillatore impiantabile). In questi casi si dovrà scegliere se impiantare il device prima dell'atto chirurgico, con inevitabile ritardo di quest'ultimo, o se operare il paziente sotto stretto monitoraggio, impiantando il device nel periodo postoperatorio. Nei pazienti che invece sono già portatori di pacemaker e/o di defibrillatore impiantabile, bisogna applicare alcune norme, come un uso cauto e selettivo dell'elettrobisturi e una nuova verifica della programmazione dell'apparecchio; il defibrillatore, inoltre, dovrebbe essere disattivato in sala operatoria durante l'intervento chirurgico.

La malattie delle valvole cardiache generalmente non necessitano di alcun intervento specifico, se non la profilassi antibatterica per il rischio di endocardite. Nei pazienti con stenosi valvolari di grado severo, soprattutto se sintomatiche, è indicata la correzione del difetto valvolare prima dell'intervento chirurgico, con modalità che dovranno essere discusse caso per caso.

MONITORAGGIO POSTOPERATORIO

Le complicanze cardiache si verificano con maggiore frequenza durante l'intervento chirurgico e nelle prime 3-4 giornate postoperatorie. Se riteniamo che il rischio del paziente sia elevato nonostante le strategie preventive attuate, è indicato uno stretto controllo per 1 o 2 giorni in ambiente protetto (terapia intensiva postchirurgica).

Il riconoscimento precoce di eventuali complicanze cardiache perioperatorie permette di instaurare tempestivamente un'adeguata terapia, migliorando così la prognosi intraospedaliera e a lungo termine.

Un'attenta valutazione cardiologica perioperatoria può evidenziare problemi precedentemente non noti o sottovalutati e trascurati, permettendo così di riagganciare il paziente al cardiologo dopo la dimissione.

Al momento della dimissione dei pazienti con che hanno avuto complicanze cardiache perioperatorie, è opportuno programmare periodici controlli cardiologici a distanza, dal momento che questi individui sono a rischio di recidive.

CONCLUSIONI

La consulenza cardiologica preoperatoria rappresenta un momento importante nella complessa gestione del paziente chirurgico, soprattutto se questo presenta patologie cardiache o fattori di rischio cardiovascolari. Un' attenta valutazione anamnestica, un impiego mirato dei test diagnostici e di alcune terapie nella fase preoperatoria permettono non solo di consolidare una maggiore fruibilità di interventi anche complessi, ma anche di migliorare la prognosi, in termini di sopravvivenza e di qualità di vita. Il nostro impegno non si deve limitare alla fase ospedaliera, ma deve proseguire dopo la dimissione, con un programma di controlli ambulatoriali e di eventuali esami strumentali post-dimissione.

TABELLA. Profilo di rischio dei diversi interventi chirurgici. La percentuale si riferisce alla probabilità di complicanze cardiache nel periodo intra e postoperatorio

Basso rischio (< 1%)	Rischio intermedio (1-5%)	Alto rischio (>5%)
Chirurgia della mammella	Chirurgia addominale	Chirurgia dell'aorta o chirurgia vascolare maggiore
Chirurgia oftalmica	Chirurgia della carotide	Chirurgia vascolare periferica
Chirurgia dentale	Chirurgia della testa e del collo	
Chirurgia endocrina	Neurochirurgia	
Chirurgia ginecologica	Chirurgia ortopedica - maggiore (es: anca o colonna vertebrale)	
Chirurgia plastica	Chirurgia urologica - maggiore	
Chirurgia urologica - minore	Chirurgia toracica	
Chirurgia ortopedica - minore (es: ginocchio)	Chirurgia dei trapianti	
	Innesto di endoprotesi per aneurisma aortico	
	Angioplastica percutanea di vaso periferico	





LE NOCI: ASPETTI NUTRIZIONALI E SALUTISTICI

Un consumo regolare di noci, nell'ambito di una dieta a basso tenore lipidico, può ridurre il rischio cardiovascolare. Le noci infatti sono particolarmente ricche di grassi polinsaturi, composti in grado di svolgere un'importante azione di controllo dei livelli dei trigliceridi, di prevenzione delle irregolarità del battito cardiaco e di miglioramento del tono dell'umore. Altrettanto importanti sono le loro proteine: troviamo quantità notevoli di arginina, essenziale per la salute delle nostre arterie perché le mantiene "elastiche" e le aiuta a dilatarsi. Importanti studi epidemiologici hanno mostrato come coloro che consumano quantità adeguate di noci (circa 30 grammi un paio di volte la settimana) abbiano una minore probabilità di incorrere nell'infarto e una probabilità quasi dimezzata di morte improvvisa. Anche il rischio di diventare diabetici nel tempo è significativamente ridotto. Consumate con criterio, le noci contribuiscono alla nostra ricerca di benessere e di salute.

Andrea Poli
(Fondazione Italiana
per il Cuore Milano)



CAMPAGNA: LE NOCI DEL CUORE

CONACUORE è il coordinamento Nazionale di 116 Associazioni del Cuore sparse su tutto il territorio, ed unite nella comune lotta alle malattie cardiovascolari prima causa di morte in Italia e nel mondo. La nostra Associazione "Gruppo Cuore Nuovo" è la rappresentante Conacuore nella città di Milano.

Dopo tanto lavoro è arrivato l'appuntamento più importante: una campagna di richiamo nazionale "LE NOCI DEL CUORE" con il patrocinio del Ministero della Salute, infatti come ormai i nostri soci (e non) sono a conoscenza la noce è il simbolo del Cuore, avendo un ruolo specifico nella prevenzione e nella ricerca delle malattie cardiovascolari.

I giorni 15 e 29 Novembre i nostri volontari presso l'atrio dell'Ospedale San Paolo hanno svolto la raccolta fondi, distribuendo sacchetti di noci e materiale di prevenzione. Parte della raccolta sarà devoluta al Fondo PRICARD "Promozione Ricerca Cardiovascolare".

Cogliamo l'occasione per ringraziare l'**Azienda Ospedaliera San Paolo di Milano** nostro partner in tante occasioni che mettendoci a disposizione l'atrio ci permette di svolgere le nostre campagne di prevenzione, ringraziamo inoltre i nostri soci che con la loro nutrita presenza e supporto ci permettono di continuare il nostro cammino.

A tutti grazie di CUORE...
Guido Pisati





DOMANDA DI UN LETTORE

Gent.mo dottor Tarricone,
sono la figlia di Amelia Ghioni, "storica" appartenente al Gruppo Cuore Nuovo.
Volevo chiederLe un parere sull'utilizzo di un farmaco.
Mia mamma è cardiopatica, portatrice di pacemaker, soffre di diabete mellito ed ipertiroidismo.
Recentemente ha avuto una fibrillazione atriale per cui è stata ricoverata in ospedale e sottoposta a cardioversione per ristabilire il ritmo cardiaco.
Tra i diversi farmaci, le hanno prescritto il Corderone che aveva utilizzato tempo fa e che era stato sospeso per l'ipertiroidismo. Probabilmente anche questa volta la funzionalità tiroidea verrà influenzata dall'assunzione del farmaco.
Lei sa se esistono altri medicinali in grado di prevenire la fibrillazione atriale ma nel contempo non danneggiare la tiroide?

Volevo chiederLe anche un consiglio che mi riguarda ma che forse potrà interessare anche ad altre persone. Io ho il colesterolo alto per familiarità. In passato ho assunto il LOPID, il Torvast, il Fulcro, l'Inegy i quali mi abbassavano i livelli di colesterolo nel sangue ad un livello ottimale ma nel contempo mi alzavano i livelli di transaminasi e gamma Gt. (Il gamma Gt è sempre superiore ai livelli normali forse perchè ho una steatosi epatica). Da tempo riesco a controllare il colesterolo senza rialzo delle transaminasi assumendo il Questran. Ho scoperto recentemente che il farmaco non viene più prodotto dalla casa farmaceutica. Non esiste un farmaco sostitutivo e quindi devo interrompere la terapia. Cosa posso fare in alternativa?

La ringrazio per un suo riscontro, se possibile, e le invio cordiali saluti.

Rossana Grilli

IL CARDIOLOGO RISPONDE

Gent.ma sig.ra Grilli,



Dott. Diego Tarricone

il farmaco che può sostituire l'amiodarone per la prevenzione della fibrillazione atriale senza provocare danni alla tiroide adesso esiste.

Da poche settimane è in commercio anche in Italia una molecola che si chiama dronedarone (nome commerciale Multaq), che non ha gli spiacevoli effetti collaterali dell'amiodarone, con un'efficacia non uguale ma simile.

La prescrizione di questo nuovo farmaco è però subordinata alla compilazione di un piano terapeutico da parte dello specialista cardiologo, che deve motivare tale prescrizione. Le allego la copia del piano terapeutico, che il suo cardiologo potrà compilare in triplice copia per poter avviare la prescrizione del curante.

Per quanto riguarda, invece, il Questran, non sono riuscito a sapere il perchè di questa mancata produzione da parte della ditta. Sembra che il problema sia temporaneo e che potrà essere risolto tra poche settimane. In mancanza di tale farmaco, non esiste un prodotto analogo. Esistono prodotti, però, che – senza appartenere alla categoria delle statine – possono essere efficaci nel controllo della colesterolemia. Uno di questi è l'Antilip (della ditta Bracco), contenente poliglucosamina e fitosteroli, privo di effetti collaterali significativi.

Cordiali saluti.

Diego Tarricone





ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI, RIABILITAZIONE POST-INFARTO E POST-INTERVENTO CARDIOCHIRURGICO

Associazione iscritta nel Registro Generale Regionale del Volontariato della Lombardia al foglio 278, n. 1105
Associazione iscritta nel Registro Anagrafico delle Associazioni del Comune di Milano, al foglio 11, n. 71

IL CARDIOLOGO RISPONDE

Cari lettori,

nell'ambito del notiziario della nostra Associazione, abbiamo deciso di dedicare una rubrica alle vostre domande su temi cardiologici. Pertanto ci incaricheremo di rispondere, per quanto sarà possibile, o di "girare" i vostri quesiti ad altri cardiologi che lavorano nell'Ospedale San Paolo: aritmologi, emodinamisti, ecocardiografisti e altri colleghi ci aiuteranno a chiarire dubbi o a fornire spiegazioni alle vostre domande. Vi prego pertanto di inviarle ai seguenti indirizzi di posta elettronica: diego.tarricone@ao-sanpaolo.it oppure loredana.frattini@ao-sanpaolo.it oppure g.occhi@libero.it oppure alberto.lomuscio@ao-sanpaolo.it o di indirizzarle per posta a: Gruppo Cuore Nuovo, rubrica "Il cardiologo risponde", Via A. De Pretis, 13 20142 Milano.

Cordialmente, *Diego Tarricone*



dott. Diego Tarricone



dott.ssa Loredana Frattini



dott. Giuseppe Occhi



dott. Alberto Lomuscio

SEDE LEGALE: VIA AGOSTINO DE PRETIS, 13 - 20142 - MILANO

SEDE OPERATIVA: VIA AGOSTINO DE PRETIS, 13 - 20142 - MILANO

RECAPITO POSTALE: C/O BONDIOLI-GALBIATI - VIA LEONE TOLSTOI, 45 - 20146 MILANO

internet: www.gruppocuorenuovo.it

e-mail: info@gruppocuorenuovo.it

ATTENZIONE!!!

A partire da gennaio 2008, al posto delle tradizionali coordinate bancarie nazionali (cin, codici ABI e CAB, numero di conto corrente), per tutti gli ordini di bonifico diventerà obbligatorio indicare il **codice IBAN** (anche tutti gli zeri!!)

I versamenti delle quote associative e delle erogazioni liberali (deducibili o deducibili, queste, dal reddito - D. Lgs. 460 / 97) possono effettuarsi sui conti correnti aperti presso

1) BANCA POPOLARE DI MILANO, AGENZIA 27 - PIAZZA NAPOLI, 16 - MILANO
CONTO CORRENTE N° 24087

CODICE IBAN: IT 35 R 0558401627 000000024087
oppure

2) POSTA: CONTO CORRENTE N° 10650232

CODICE IBAN: IT 57 H 07601 11000 0000 10650232

entrambi intestati a: GRUPPO CUORE NUOVO, VIA A. DE PRETIS, 13 - 20142 - MILANO

CODICE FISCALE: 92007430140

Per informazioni:

Guido Pisati tel. 335.6044337
(CONSIGLIERE) e-mail: pisati@sovim.it

Luisa Cattaneo Pisati tel. 348.8018488
(PRESIDENTE) e-mail: cattaneo@sovim.it

Pinuccia Bondioli tel. 349.5660350
(SEGRETARIA) e-mail: guido_galbiati@fastwebnet.it

LA QUOTA ASSOCIATIVA ANNUALE È DI 30 EURO (SOCIO ORDINARIO)

L'Associazione "Gruppo Cuore Nuovo" si avvale della collaborazione di personale volontario.
Nessuna retribuzione viene devoluta per le attività svolte.

