

Auguri di Buone Feste

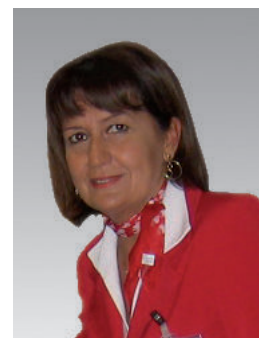
Carissimi Soci,
siamo ormai giunti al periodo Natalizio di un anno molto difficile sotto tanti aspetti: economico ma soprattutto delle relazioni sociali.

Internet, giornali, televisione, cellulare, scienza, nucleare sono le vie del progresso che molto ci hanno dato ma che molto ci hanno tolto: non comunichiamo più verbalmente, non c'è più il calore familiare, non conosciamo più i nostri vicini di casa, non ci salutiamo quasi più, i fatti che accadono tutti i giorni sulle nostre strade sembrano tratti da films dell'orrore e nei modelli che ci vengono proposti non esiste più il rispetto e la morale. IL progresso del mondo di oggi rischia di soffocarci e di renderci sempre più soli.

Il mio augurio per questo Natale vuole però essere di speranza, perché i nostri figli abbiano un futuro migliore e sereno. La nostra associazione come molte altre, vuole essere un esempio di aggregazione e supporto ai bisogni delle persone, ma soprattutto che ognuno di noi ritrovi nella propria famiglia il motivo per andare avanti e camminare insieme. Solo ritornando ai valori del passato la nostra società potrà essere migliore.



E' con questo proposito che, anche a nome del Consiglio Direttivo, auguro a voi ed alle vostre famiglie tanti auguri di Buon Natale e Felice Anno Nuovo.



Luisa Cattaneo





dott. Alberto Lomuscio

IPERTROFIA CARDIACA E IPERTENSIONE

INTRODUZIONE STORICA

L'ipertrofia cardiaca (ossia, l'ispessimento delle parte del cuore) conseguente all'ipertensione arteriosa è senza dubbio la più comune forma di ipertrofia, ed anche la più studiata.

Dal punto di vista storico, la prima descrizione delle relazioni esistenti tra ipertrofia e ipertensione affonda le sue radici nel lontano 1836, anno in cui uno studioso britannico, Richard

Bright, studiò i rapporti tra i dati clinici e quelli autoptici di un centinaio di pazienti che in vita presentavano sofferenza renale, edema generalizzato e proteinuria. Nella sua casistica, la metà circa dei pazienti avevano il cuore ingrossato e di consistenza più marcata del normale: l'intuizione felice del medico fu di porre in rapporto questo dato con l'incremento dello sforzo che il cuore doveva sostenere per far passare il sangue attraverso le arterie renali, che erano ristrette. Poiché però, come si è detto, eravamo nella prima metà del XIX Secolo, non esistevano ancora mezzi diagnostici in grado di misurare la pressione del sangue, e quindi restava ignoto il significato dell'aumento della pressione arteriosa nel rapporto tra sofferenza renale grave e ingrandimento del cuore.

Nella seconda metà dello stesso Secolo, ossia nel 1872, Sutton e Gull presentarono un'ipotesi di lavoro che correlava l'ipertrofia ventricolare sinistra con un dato semeiologico che, in assenza dello sfigmomanometro (introdotto solo una quindicina d'anni dopo), indicava la presenza di ipertensione, ossia il polso radiale "duro". Questa, dal punto di vista storico, è stata la prima dimostrazione di un rapporto diretto tra ipertensione e ipertrofia del cuore, in quanto non erano presenti segni clinici né anatomo-patologici di ipertrofia cardiaca secondaria ad altre cause, come una nefropatia o una stenosi aortica.

Successivamente, altri Autori confermarono con sempre maggiore precisione il rapporto tra ipertrofia cardiaca e ipertensione arteriosa: Lewis nel 1913, Evans nel 1921, Linzbach nel 1947, fino a quando Meerson nel 1962 distinse tre fasi nell'evoluzione della cardiopatia ipertensiva, ossia una fase di iperfunzione compensatoria, una di ipertrofia adattativa e una terza di fibrosi e scompenso da esaurimento energetico.

Solo dopo la seconda metà degli Anni Settanta, però, si poté assistere a importanti sviluppi degli studi sull'ipertrofia cardiaca secondaria ad ipertensione, e questo fu dovuto principalmente all'introduzione nella clinica della metodica ecocardiografica, in seguito alla quale cominciò a farsi strada un'idea qualitativamente diversa dell'ipertrofia, ovvero che essa non era "sic et simpliciter" soltanto la conseguenza degli aumentati livelli di pressione sanguigna.

Grazie allo studio "battistrada" di Devereux del 1977, gli Anni Ottanta hanno rappresentato un fiorire di studi clinici sull'argomento, e il dato più importante emerso da questi studi è che la correlazione tra valori pressori e massa ventricolare sinistra è molto più sfumata di quanto ci si potesse aspettare fino ad allora.

Negli Anni Novanta, gli studi di Ganau hanno dimostrato che la massa ventricolare sinistra nell'ipertensione è condizionata non solo dai valori pressori "tout court", ma anche dal carico di volume, e inoltre l'ipertrofia concentrica del ventricolo sinistro, fino a quel momento considerata la tipica – e più frequente – risposta adattativa, era molto più rara del previsto. Cambiava così la concezione dell'ipertrofia, che da semplice rimodellamento quasi "fisso", diveniva un coacervo di fattori a variabile grado di peso specifico: e questi fattori sono rappresentati dal carico pressorio, da quello di volume, dalla contrattilità (inotropismo), a loro volta condizionati da fattori anch'essi variabili, ossia le resistenze periferiche, la gettata cardiaca, la velocità di accorciamento delle fibre, e così via.

In effetti i dati della letteratura suggeriscono che nell'ipertensione la massa del ventricolo sinistro è modulata da numerosi stimoli: i più importanti sono rappresentati, oltre che ovviamente dall'aumento dei valori pressori, dall'aumento della gettata sistolica e del volume di riempimento ventricolare, oltre che da una diminuita contrattilità sul piano dell'inotropismo e, per quanto riguarda i fattori extracardiaci, vanno ricordate anche l'obesità, l'eccesso di sale e l'aumento della viscosità ematica, situazioni spesso collegate tra loro. Questo può spiegare perché l'ipertrofia del ventricolo sinistro non si riduca più di tanto se i valori pressori diminuiscono, ma senza una concomitante riduzione del carico di volume o dell'inotropismo.



LA DIAGNOSTICA

Al giorno d'oggi, i mezzi strumentali di valutazione dell'ipertrofia cardiaca sono diventati oltremodo precisi e attendibili, e oltre a una corretta valutazione dell'architettura del ventricolo sinistro consentono anche raffinate valutazioni funzionali e dinamiche (Tabella 1).

La base di ogni studio riguardante l'ipertrofia ventricolare sinistra è rappresentata dall'esame elettrocardiografico, che consente di ottenere un primo screening delle condizioni del cuore – anche dal punto di vista prognostico – ma che ha comunque una sensibilità piuttosto bassa, trattandosi di un segnale elettrico indiretto che può essere influenzato da un gran numero di variabili che nulla hanno a che fare con l'effettiva struttura ventricolare sinistra (si pensi, ad esempio, alla presenza di disturbi di conduzione, alla pre-eccitazione ventricolare, ma anche alle varianti del normale).

L'ecocardiogramma-Doppler è oggi lo strumento diagnostico che offre la miglior valutazione qualitativa e quantitativa sulle dimensioni, la massa e la funzione del ventricolo sinistro; attualmente, però, si stanno affacciando importanti progressi tecnologici della metodica, come l'ecocardiografia tridimensionale e l'analisi tessutale, destinati senza ombra di dubbio a migliorare l'accuratezza diagnostica della metodica in modo significativo.

La funzione sistolica è un altro grande aspetto dell'architettura dinamica del ventricolo sinistro che può essere agevolmente studiata con l'ecocardiografia-Doppler: qui, più che gli indici della fase eiettiva, che in presenza di ipertrofia concentrica tendono a sovrastimare la performance sistolica, è preferibile usare la frazione di accorciamento. Anche la funzione diastolica può essere valutata con precisione, e in questo caso è particolarmente utile l'analisi Doppler del flusso mitralico e delle vene polmonari, integrata con le nuove metodiche del Doppler tessutale e del color-Doppler M-mode. Per quanto riguarda i casi di coesistente patologia coronarica sarà ovviamente necessario associare tecniche di cardiologia nucleare, come la scintigrafia perfusiva miocardica, ma anche in questo caso l'ecocardiografia ci viene in aiuto mediante l'eco-stress, che risulta essere il test più specifico in quanto non è soggetto ai falsi positivi provocati dall'ipertrofia e dalla patologia del microcircolo.

La risonanza magnetica nucleare ha anch'essa un ruolo di precisazione dell'esatta entità dell'aumento di massa ventricolare, ed è particolarmente utile nella valutazione dell'eventuale regressione dell'ipertrofia ventricolare sinistra.



LA PROGNOSI

L'aumento della massa ventricolare sinistra rappresenta anche un potente fattore prognostico, potendo fornire indicazioni sul grado di rischio nei confronti di eventi cardiovascolari indesiderati.

La letteratura sull'argomento suggerisce che la riduzione dell'ipertrofia ventricolare sinistra che si ottiene con un'adeguata terapia anti-ipertensiva, consente di diminuire in modo significativo la percentuale di complicanze, anche se sono ancora necessari studi approfonditi per confermare in modo definitivo queste affermazioni e per meglio definire la relazione matematica esistente tra la riduzione della massa ventricolare sinistra e le cardiopatie conseguenti. Se questa correlazione verrà confermata in modo inequivocabile, la massa ventricolare sinistra potrebbe raggiungere un'importanza notevole sia dal punto di vista clinico, che dal punto di vista della ricerca su vasta scala, quale quella basata sui grossi trial multicentrici che abbisognano di "end-point" affidabili. Vi sarebbero pure importanti ricadute sul piano prognostico, in quanto si potrebbe impostare la prevenzione, la terapia, nonché la ricerca sperimentale sui nuovi farmaci tenendo conto che l'obiettivo fondamentale è rappresentato non solo e non tanto dai valori pressori, ma anche – e soprattutto – dai valori di massa ventricolare sinistra.

IPERTROFIA E SCOMPENSO

In presenza di ipertensione arteriosa, lo scompenso ventricolare sinistro è un'evenienza oltremodo frequente, qualora la terapia sia insufficiente; oggi come oggi, però, la possibilità di prevenire o limitare marcatamente l'insorgenza di scompenso cardiaco si basa sull'uso di farmaci in grado di controllare adeguatamente i valori pressori, spezzando così il circolo vizioso rappresentato dal sovraccarico emodinamico che causa aumento dello stress parietale che poi si automantiene per la dilatazione ventricolare, in grado di perpetuare il sovraccarico emodinamico anche quando i valori pressori sono rientrati nella norma.

La prevenzione dello scompenso consiste pertanto nella corretta e precoce terapia antiipertensiva, e i farmaci di prima scelta sono gli Ace-inibitori e gli antagonisti dell'angiotensina, oltre ai beta-bloccanti, eventualmente associati ai diuretici. Tra l'altro, l'associazione di un ace-inibitore (o di un antagonista dell'angiotensina) con un beta-bloccante (eventualmente unito a un nitrato) è la più razionale in caso di concomitante coronaropatia, mentre l'uso dei calcio-antagonisti nell'iperteso scompensato è da evitare: nel caso non si riesca a raggiungere un adeguato controllo pressorio e si debba per forza usare un calcio-antagonista, è opportuno orientarsi sull'amlodipina. Da notare che i farmaci citati, e segnatamente gli inibitori dell'angiotensina, sono particolarmente utili anche nella terapia della disfunzione diastolica.





GIORNATA DI PREVENZIONE A LODI VECCHIO

Alcuni momenti dello screening organizzato dall'Avis: i cittadini dapprima hanno effettuato i test per glicemia e colesterolo, poi i risultati sono stati discussi insieme ai medici dell'ospedale San Paolo.



L'Avis di Lodi Vecchio ha fatto di nuovo centro. La campagna di prevenzione gratuita contro i rischi cardiovascolari promossa domenica 23 ottobre, in collaborazione con l'associazione **"Gruppo Cuore Nuovo Onlus" di Milano**, ha riscosso un ampio successo.

La cittadinanza ha risposto in massa, ben 148 sono state le visite effettuate presso le sale del centro sociosanitario di via IV Novembre. *"Un numero davvero elevato – ha affermato Giacomo Della Valle, presidente della sezione ludevegina dell'Avis – se si considera il fatto che lo screening è*



avvenuto nella sola mattinata di domenica. I cittadini hanno capito che prevenire è meglio che curare ed hanno compreso l'importanza di sottoporsi a controlli periodici". Da anni il direttivo avisino è infatti impegnato in attività di sensibilizzazione ed informazione per salvaguardare la salute dei cittadini. Un impegno encomiabile





che si è tradotto in numerose campagne di prevenzione: contro le patologie tumorali, contro l'obesità e le malattie del cuore.

Lo screening si è svolto a tutto ritmo e senza intoppi, grazie anche ad un'organizzazione impeccabile ed ai tanti volontari che si sono resi disponibili nel coadiuvare il lavoro di medici ed operatrici sanitarie: a turno, coloro che sono riusciti a prenotarsi per effettuare i test, sono stati chiamati dapprima al controllo dei valori del colesterolo e dell'indice glicemico attraverso l'analisi computerizzata di una goccia di sangue; poi, alla misurazione della pressione arteriosa alla presenza dei medici

dell'ospedale San Paolo di Milano. "Quest'anno – ha sottolineato Della Valle – abbiamo avuto ben quattro medici: **il dott. Diego Tarricone, la dott.ssa Loredana Frattini, il dott. Marco Cesarano ed il dott. Lorenzo Fiorista. Le operatrici sanitarie Nella, Carla e Mary. Ringraziamo il Gruppo Cuore Nuovo per il prezioso sostegno**".



"Le malattie cardiovascolari – commenta il dott. Dario Zanoncelli, direttore sanitario Avis Lodi Vecchio - rappresentano la prima causa di morte in Italia: un'alta percentuale di decessi registrati nel nostro Paese negli ultimi anni è causata da tali patologie. Non tutti ancora sanno che i principali fattori di rischio accertati sono legati agli stili di vita non adeguati: fumo di



tabacco, ridotta attività fisica, elevati livelli di colesterolemia e di pressione arteriosa in parte attribuibili ad una alimentazione non corretta".

"Intendiamo ripetere questa importante iniziativa – annuncia infine il dottor Zanoncelli, – anche a Salerano sul Lambro, in occasione della festa della Candelora, poiché molti residenti sono iscritti alla nostra sezione. A tal proposito è stata anche aperta lo scorso 13 settembre una sede "staccata" dell'Avis di Lodi Vecchio in via Diaz, 3".





DOPO L'ANGIOPLASTICA



dott. Diego Salerno Uriarte

VIA FEMORALE

Se il pz entra in ospedale per un infarto o sindrome coronarica acuta (SCA) solitamente per i primi giorni verrà ricoverato in UTIC (unità terapia intensiva coronarica).

Sia in UTIC che in reparto di cardiologia (se procedura elettiva/programmata) dopo l'angioplastica solitamente viene lasciato un tubicino (introduttore) in arteria nel caso di una puntura dell'arteria femorale. Il pz al letto deve stare fermo sdraiato senza muovere la gamba. Dopo ca 4-6 h il tubicino viene rimosso e si comprime l'area di inserzione generalmente con un sistema meccanico di compressione o

manualmente. A seguire viene applicato un bendaggio compressivo che dovrà esser mantenuto per 12 h con il pz fermo sdraiato per tutto il tempo.

Tale manovra generalmente viene eseguito dal personale infermieristico specializzato afferente all'equipe dell'emodinamica, talvolta con la supervisione di un medico Cardiologo nei casi in cui l'infermiere ne faccia richiesta. La manovra è fastidiosa ma non dolorosa.

In alternativa l'introduttore può essere rimosso alla fine della procedura e la ferita chiusa con un sistema chiamato ANGIO SEAL o Exoseal

Angioseal è un semplice dispositivo per la chiusura del foro dell'introduttore utilizzato nei pazienti sottoposti a coronarografia (raramente) o angioplastica (più frequentemente). Dopo il suo posizionamento resta all'interno dell'arteria una piccola "ancora" di materiale biodegradabile che si riassorbe per idrolisi in 20 giorni circa. L'arteria viene chiusa da un tappo di collagene il quale si riassorbe in 60/90 giorni. Il paziente che rientra in Reparto o UCC, subordinatamente ad altre indicazioni cliniche, dopo attento controllo del sito di applicazione di angioseal da parte del personale sanitario di reparto, potrà venire mobilizzato con i seguenti tempi.

La mobilizzazione è consentita dopo 4-5 ore dal posizionamento di angio seal (previa valutazione medico-infermieristica)

Si raccomanda inoltre, ai portatori di Angioseal di effettuare per 2/3 giorni dopo la dimissione la doccia anziché il bagno.

VIA RADIALE

Subito dopo la procedura si rimuove il tubicino e si applica un bendaggio compressivo che solitamente consiste in un polsino plastificato che si gonfia e comprime il punto di fuoriuscita del sangue.

La mano può gonfiarsi un pochino e si potrebbe avvertire un certo formicolio.

Dopo un paio di ore si riduce la compressione sgonfiando il polsino compressivo

Dopo 4-5 ore il polsino può essere rimosso.

LA MOBILIZZAZIONE DEL PZ E' CONSENTITA SUBITO DOPO LA PROCEDURA SE IL PZ E' RICOVERATO IN REPARTO DI CARDIOLOGIA

SE RICOVERATO IN UTIC PROBABILE CHE LE SUE CONDIZIONI SIANO PIU' DELICATE E QUINDI IL COMPORAMENTO DA SEGUIRE SARA' IDENTICO A QUELLO DA TENERE CON LA VIA FEMORALE (vedi sopra)

Dopo l' esame per tutti i pazienti:

ossibile cenare (cena leggera).

Per ogni necessità è possibile chiamare gli infermieri.

E' normale avvertire una leggera dolenzia in sede di puntura.

Spesso si avverte anche un leggero dolore anginoso al petto che nelle ore successive tende a diminuire. Questo è dovuto allo stress delle arterie in seguito al posizionamento dello stent nella parete del vaso o alla chiusura dopo impianto di stent (frequente) di piccolissimi rami collaterali che nella quasi totalità dei casi si riaprono spontaneamente).

SE IL DOLORE ANGINOSO CRESCE E PERSISTE CHIAMARE SUBITO L'INFERMIERE.



I giorno dopo:

Viene eseguito un elettrocardiogramma di controllo e gli esami del sangue del caso.

Dopo alcuni giorni se non vi sono complicanze si può tornare a **casa!!!**

COSA DEVE SAPERE IL PAZIENTE UNA VOLTA A CASA

Se ricompare un dolore oppressivo (angina pectoris) a riposo persistente chiamare subito il 118

Non recarsi mai da soli al pronto soccorso né accompagnati, perché potrebbe essere pericoloso per voi e per gli altri.

Chiamando invece il 118, arriverà a casa vostra un'ambulanza in pochissimi minuti e nei casi più





pochissimi minuti e nei casi più gravi accompagnata da un' auto medica con medico a bordo. In tempi brevi sarete portati all' ospedale più vicino (non è detto che sia quello in cui siete state curati!!) ma soprattutto con letti liberi e con sala di emodinamica urgente disponibile.

E' consigliabile un periodo di riposo di un paio di settimane.

State assumendo una doppia terapia antiaggregante per prevenire la trombosi (chiusura) dello stent con aspirina + PLAVIX e/o EFIENT.

Può capitare quindi di veder piccole emorragie durante il lavaggio dei denti o la rasatura della barba, oppure notare piccole macchie blu sulla pelle (ematomi). E' importante segnalare questi episodi al medico, ma non ci si deve allarmare soprattutto non dovete sospendere la terapia se non specificato dal cardiologo.

Le domande più frequenti:

Posso fumare?

Assolutamente NO!!!! E' fondamentale comprendere a fondo che se prima eravate fumatori quello che vi è capitato è praticamente al 99% imputabile al fumo di sigaretta. Ricominciare vorrebbe dire ritrovarsi a breve in situazioni simili di ricovero e forse anche peggio!!



DOVETE CAPIRE CHE AVER SUBITO UN'ANGIOPLASTICA CORONARICA SIA PROGRAMMATA CHE IN CORSO DI INFARTO MIOCARDICO ACUTO (soprattutto!!) SIGNIFICA AVERE RISCHIATO LA VITA!!!

Esistono anche centri specializzati antifumo. Convieni parlarne con il vostro Medico Curante e con il vostro Cardiologo di fiducia.

Cosa devo e non devo mangiare?

Prediligere la dieta mediterranea che consiste nel consumo di pesce, carne bianca, frutta e verdura di stagione, carboidrati. Evitare o ridurre al minimo il consumo di carni rosse, salumi, cibi fritti, formaggi, latte intero, uova e dolci. Moderare il consumo di sale.



Posso bere gli alcolici?

Un consumo ragionevole e moderato di alcolici non è vietato ma anzi consigliabile, poichè sembra avere un effetto benefico sulle coronarie.

In particolare prediligere il vino rosso (NON SUPERARE IL SINGOLO BICCHIERE AI PASTI!!). Anche il consumo moderato della birra sembra avere un effetto benefico.



Posso fare sport?

Si consiglia una graduale ripresa dell' attività fisica per il primo mese.

E' importante riprendere a camminare, nuotare, ballare, andare in bicicletta. Prediligere gli sport aerobici evitando i pesi, gli sforzi intensi soprattutto se fa freddo.



(segue)





Posso fare il bagno dopo l'angioplastica?

Preferire per le prime 72 h h dopo la dimissione la doccia ed evitare i bagni caldi soprattutto se il medico vi ha posizionato il sistema di chiusura "angio seal" o simili. Il rischio è che il calore creando vasodilatazione provochi la riapertura della ferita.

Posso fare attività sessuale?

Sì. Una normale attività sessuale corrisponde ad uno sforzo fisico aerobico di moderata entità. Si consiglia di evitare situazioni che comportano eccessivi stress emotivi. Prima di assumere farmaci adiuvanti l'attività sessuale (es Viagra) si consiglia di parlarne con il proprio cardiologo di fiducia.

Posso fare viaggi in aereo (metal detector??)

Nessuna controindicazione. Preferire per le prime settimane i viaggi a breve e medio raggio. Evitare lunghi viaggi.

Posso fare RMN?

Sì perché gli stent di ultima generazione non sono ferromagnetici. Si consiglia comunque se possibile di aspettare 8 settimane.

Posso subire altri interventi chirurgici?

Non subito poiché state assumendo una duplice terapia antiaggregante (cardioaspirina e Plavix o Efient). La durata di tale terapia è specificata nella lettera di dimissione e PER NESSUN MOTIVO va modificata o sospesa senza il parere del Cardiologo. Vi preghiamo quindi di darci la possibilità di poter metterci in contatto con il vostro chirurgo o dentista per pianificare insieme l'intervento chirurgico in questione.

Posso andare in montagna o al mare?

Nessuna controindicazione alle vacanze al mare. Qualche accorgimento in più per la montagna:

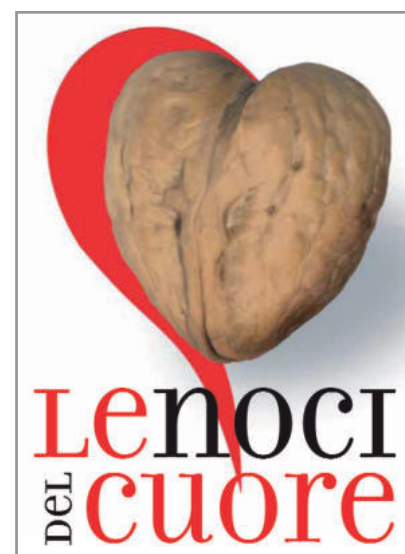
Non superare quote oltre i 2500 mt soprattutto se avete intenzione di svolgere un'attività fisica intensa (alpinismo, arrampicate). Nessun problema a svolgere passeggiate in quote comprese tra i 1500 e i 2000 mt dopo circa 1 mese dal ricovero.





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 11 e 18 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





dott. Diego Tarricone

Un bilancio dell'esperienza

“Un cardiologo al tuo fianco”

Quando abbiamo deciso di iniziare questa nuova esperienza, cioè quella di incontrare, nell'ultimo mercoledì del mese, i pazienti cardiopatici e i loro familiari per parlare dei loro problemi e rispondere ai loro quesiti, non sapevamo bene cosa avremmo dovuto affrontare.

Adesso, dopo circa due anni di esperienza, possiamo dire che siamo contenti di aver preso quest' iniziativa che cerca di colmare quel difetto di comunicazione medico-paziente che spesso si stabilisce durante il ricovero ospedaliero o le visite ambulatoriali.

Durante il ricovero il paziente è teso, angosciato per la situazione, a volte non è in grado di comprendere bene dato che preferisce ascoltare soltanto il lato positivo del discorso, rifiutandosi di porre l'attenzione sulla comunicazione negativa circa lo stato di salute. Non accetta la prospettiva di un impegno caratteriale e di cambiamenti relativi allo stile di vita.

Sono parecchie le “paure” dei cardiopatici. Hanno paura di tutto: fare esercizio fisico o un test da sforzo, guidare l'auto, fare una buona mangiata, andare in aereo, dormire poco o molto, riprendere insomma una vita normale... Spesso le precauzioni che adottano “per il cuore” peggiorano non poco la loro esistenza e di rado prendono in considerazione un supporto psicologico fondamentale in queste situazioni. Oltre la paura compaiono forme ansiogene, frustrazione, depressioni, tutto ciò può aggravare le condizioni psicofisiche già compromesse.

Non è facile stabilire un contatto col cardiopatico durante la degenza, anche per colpa dei medici, concentrati più sulla pressione arteriosa che non su quella psicologica che i pazienti stanno affrontando durante il ricovero.

Durante le visite ambulatoriali, poi, il cardiologo ha a disposizione solo pochi minuti per pazienti che vorrebbero sapere mille cose, ma che spesso dimenticano esami, terapia, documenti precedenti, e che costringono il medico ad affannarsi a ricostruire in pochi minuti l'anamnesi, eseguire la visita, la lettura dell'ECG, controllare la terapia e infine (come desidererebbero il medico curante e il paziente stesso) scrivere anche l'impegnativa per un controllo successivo, se non addirittura prenotare la visita annuale...

L'iniziativa “Un cardiologo al tuo fianco” cerca di venire incontro ai pazienti permettendo un dialogo col medico che non è viziato dai ritmi della corsia né dai tempi stretti di una visita ambulatoriale, uno scambio di esperienze utile non solo ai cardiopatici ma anche ai medici stessi, che hanno così modo di confrontarsi e di verificare quanto viene percepito del proprio operato.

Quando siamo partiti, Loredana, Alberto ed io, insieme a Luisa, Presidente del Gruppo Cuore Nuovo e i suoi infaticabili collaboratori Pinuccia e Guido, ai nostri incontri venivano 3-4 persone: adesso i partecipanti sono almeno triplicati, sempre attenti, pignoli, con domande argute, precise. C'è anche chi porta gli appunti preparati a casa, o testi opportunamente sottolineati per evidenziare dati che necessitano una puntualizzazione. C'è chi viene con il coniuge... è simpatico scoprire quanto può essere diversa la percezione dello stesso problema da parte di due persone che si conoscono e vivono sotto lo stesso tetto da tanti anni. Mi piacerebbe che ne venissero altri, che il dialogo si espandesse, che nuove forze, nuove esperienze e nuove domande ci venissero poste da ulteriori simpatizzanti. Non è necessario essere iscritti all' Associazione per partecipare, tuttavia non nascondo che noi contiamo anche su quest'iniziativa per farci conoscere, oltre che (spero) apprezzare. Vista la simpatia che essa sta riscuotendo, forse abbiamo centrato l'obiettivo.





DOMANDA DI UN LETTORE

Ho 67 anni e mi è stato diagnosticato di recente un aneurisma dell'aorta addominale, scoperto per caso con una TAC che il mio medico mi aveva consigliato avendomi trovato una forte pulsazione all'addome. Sono iperteso in cura conCosa mi devo aspettare? Roberto S.

IL CARDIOLOGO RISPONDE



dott. Giuseppe Occhi

L'aneurisma consiste nella dilatazione di un tratto di arteria a causa dell'assottigliamento e della perdita di elasticità delle pareti. Nel suo caso l'arteria interessata è l'aorta - nel tratto addominale - che è il vaso più comunemente colpito.

L'ipertensione sicuramente ha avuto un ruolo nel determinare la malattia.

Mi chiede cosa si deve aspettare per il futuro. Molto sintetica e generica la risposta, non avendo dati circa le dimensioni ed altri dettagli riguardanti l'aneurisma di cui è portatore.

Con il tempo si può assistere ad una progressiva dilatazione del tratto di arteria interessato ed alla formazione, nel suo interno, di trombi. Le principali complicanze: la rottura dell'aneurisma, la compressione delle strutture vicine, gli eventi tromboembolici,

L'evento più temibile è la rottura dell'aneurisma.

Cosa fare? Per gli aneurismi dell'aorta addominale più piccoli (diametro < 4 cm) è indicato un controllo ecografico o con TAC ogni 2-3 anni; per quelli di 4-5,5 cm ogni 6-12 mesi. Se il diametro supera i 5,5 cm vi è indicazione all'intervento chirurgico di riparazione.

Quello che le posso indicare è di controllare con cura la sua pressione arteriosa e di affidarsi ad uno specialista di fiducia che la consiglierà per il meglio.

DOMANDA DI UN LETTORE

Anni orsono ho avuto un infarto. Lo scorso mese mi sono sottoposto a visita di controllo e nella risposta è scritto: "necrosi miocardica". Cosa significa tale termine?

(RG, Trezzano SN)

IL CARDIOLOGO RISPONDE

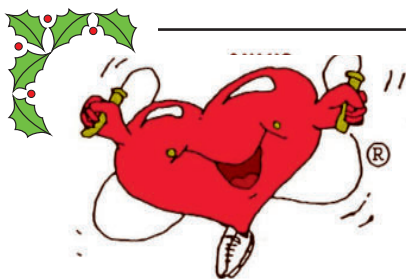
dott. Giuseppe Occhi

Necrosi è un termine che deriva dal greco e significa "morte". Per necrosi miocardica si intende la morte, ossia un danno permanente, di un'area più o meno ampia del muscolo cardiaco (miocardio) come si verifica nell'infarto. I due termini sono spesso usati come sinonimi.

Quando l'occlusione di un'arteria coronarica (causata generalmente da un trombo che si forma a seguito della rottura di una placca aterosclerotica) persiste per un periodo di tempo prolungato (generalmente superiore ai 30 minuti), le cellule del territorio a valle non ricevendo più sangue vanno incontro a morte per rottura delle loro membrane, venendosi così a realizzare un infarto miocardico. Il tessuto muscolare necrotico (morto) viene sostituito nel tempo da tessuto cicatriziale.

Se la necrosi ha interessato un'area del cuore a tutto spessore, persisteranno negli anni modificazioni dell'elettrocardiogramma a testimonianza di quanto avvenuto.





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

Caro Socio,
ti segnalo la possibilità per aiutarci a far progredire la nostra Associazione, senza alcuna spesa da parte tua:
IL 5 PER MILLE. Da alcuni anni, infatti, si può scegliere di devolvere una quota pari al 5 per mille dell'Irpef a **GRUPPO CUORE NUOVO** (senza rinunciare all'8 per mille per le confessioni religiose).

Basta compiere due semplici operazioni al momento della compilazione del modello integrativo CUD 2010, del modello Unico Redditi Persone Fisiche o del Modello 730; apporre la propria firma nel riquadro "Sostegno delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale..." e inserire nello spazio dedicato, il Codice Fiscale di Associazione **GRUPPO CUORE NUOVO** che è il seguente: **92007430140.**

SEDE LEGALE E 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

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.

