

ASSOCIAZIONE
GRUPPO CUORE NUOVO
O.D.V. MILANO

Pubblicazione O.D.V. MILANO "GRUPPO CUORE NUOVO" di Milano - Via Agostino De Pretis, 13 - 20142 Milano
NOTIZIARIO INFORMATIVO PER I SOCI - NON IN VENDITA - Composizione, stampa e diffusione in proprio.

Aderente a: CONACUORE



Coordinamento Nazionale Associazioni del Cuore

ANNO XXVII - N. 2
2019



Carissimi Soci,

un altro anno se ne sta andando, sotto il punto di vista burocratico direi abbastanza impegnativo e complicato, infatti come già sapete c'è stato il grande cambiamento per le Associazioni di Volontariato da ONLUS a ETS - tutto ciò ha comportato un grande lavoro, per la regolarizzazione e la stesura del

nuovo statuto.

Inoltre nel mese di Novembre come ogni tre anni accade, ci sono state le nostre votazioni per il rinnovo degli organi collegiali dell'Associazione.

Purtroppo, come sappiamo il mondo del volontariato si assottiglia sempre più, ed è sempre più difficile reperire persone nuove da accogliere tra le nostre fila. Comunque abbiamo avuto una richiesta di adesione al gruppo di membri del consiglio direttivo è stata Gianni Nicoli, al quale diamo un grosso benvenuto!!!

A tutti gli altri ormai collaudati è stato riconfermato il mandato, quindi auguro a tutto il gruppo un periodo di buon lavoro.

Colgo l'occasione come sempre per scrivervi un messaggio di augurio, Natale sta per arrivare e questa splendida festa comincia a farsi sentire in tutto ciò che ci circonda, nelle decorazioni che abbelliscono le nostre città, nell'albero e presepe che vengono addobbati nelle nostre abitazioni, e nei regali che verranno posti vicino ad essi.

Comunque nell'atmosfera magica che si respira in questi giorni, resta la festa più sentita e che infonde un'atmosfera magica.



*A voi e alle vostre famiglie
tanti auguri di Buon Natale
e Buon Anno... di cuore !!!*

Luisa Cattaneo





L'INFARTO NELLA DONNA: UNA REALTÀ DIVERSA?

Dott. Alberto Lomuscio - Ospedale San Paolo, Divisione di Cardiologia



dott. Alberto Lomuscio

INTRODUZIONE

E' ben noto che nel mondo occidentale la cardiopatia ischemica rappresenta la prima causa di mortalità, ben superiore alle patologie oncologiche. Questo vale non solo nel maschio, ma anche nella femmina, nella quale le caratteristiche della patologia assumono connotazioni differenti.

In primo luogo la malattia, sostenuta da una sottostante aterosclerosi coronarica ostruttiva nella maggior parte dei casi, nella donna si rende palese con un infarto miocardico o con episodi di angina instabile (e più frequente è anche l'evento coronarico acuto a coronarie normali, compresa la sindrome di Takotsubo), mentre nel maschio sono più frequenti la morte improvvisa coronarica, l'angina stabile da sforzo e la sindrome coronarica acuta non-infartuale (NSTEMI-SCA).

La malattia coronarica in generale resta comunque più frequente nel sesso maschile, almeno fino alla menopausa, quando i fattori protettivi della donna cominciano ad affievolirsi, provocando un progressivo allineamento di incidenza di malattia nei confronti dell'uomo. Nello scorso decennio i dati della Regione Lombardia indicano che, a differenza del maschio, l'infarto nelle donne si presenta nel 50 per cento circa dei casi in età piuttosto avanzata (nell'ottava decade di vita), e questa maggiore età spiega in buona parte la maggiore incidenza di effetti collaterali nella donna.

Nell'uomo, infatti, l'età media d'insorgenza dell'infarto è molto più bassa, fino a toccare punte estreme nella quinta decade di vita, quando i casi di infarto femminile sono appena il 20 per cento di quelli del maschio.



CAUSE DELL'INFARTO NELLA DONNA

Ovviamente, la prima causa dell'infarto e della malattia ischemica di cuore in generale, è l'aterosclerosi coronarica.

Nella donna, però, come già accennato più sopra, si osservano casi d'infarto a coronarie normali più spesso che nel maschio. Una forma particolare di sofferenza del cuore che si presenta spesso in modo indistinguibile da un infarto acuto è la cosiddetta sindrome di Takotsubo: il nome proviene dal mondo dei pescatori giapponesi, i quali per catturare i polpi utilizzano una trappola a forma di vaso (vedi figure 1 e 2), che ha un'aspetto identico a quello che assume il ventricolo sinistro colpito dalla sindrome (una volta chiamata "di crepacuore"), a causa del "tallonamento" apicale conseguente alla grave alterazione cinetica (acinesia-discinesia), la stessa che si avrebbe potuto manifestarsi nel caso di un esteso infarto anteriore. Nell'80 per cento dei casi la sindrome di Takotsubo colpisce le donne, e la causa è





un intenso stress con marcata attivazione del sistema neurovegetativo simpatico e del sistema ormonale del surrene con immissione di adrenalina e altri ormoni simili nel sangue che sono in grado di provocare spasmi delle piccole ramificazioni coronariche o dei loro rami maggiori, ma anche un danno diretto sulle cellule cardiache (la cosiddetta necrosi catecolaminica tanto approfondita dagli studi del compianto Prof. Baroldi negli ultimi decenni del se-

colo scorso). Le donne sono più colpite nel periodo successivo alla menopausa, verosimilmente perché la diminuzione degli ormoni estrogeni postmenopausale rende il cuore più sensibile all'azione lesiva dell'adrenalina e simili, con maggiore sensibilità anche all'azione del calcio sulle miofibre cardiache che provoca aumento del consumo di ossigeno e di contrattilità, tutti fattori che favoriscono gli spasmi arteriosi e le turbe cinetiche ventricolari.

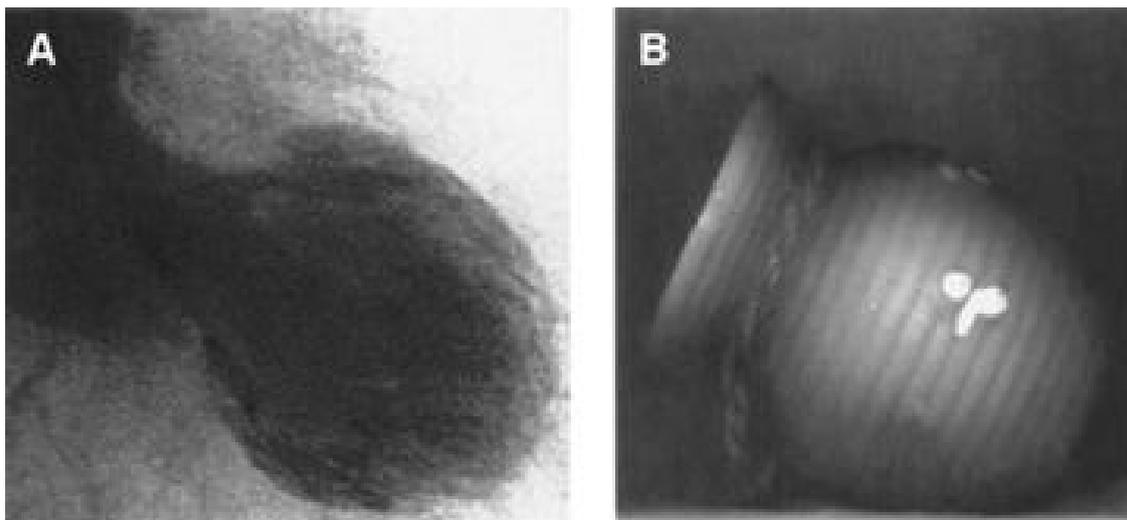


FIGURA 1

A destra, tipica trappola per polpi dei pescatori giapponesi chiamata "takotsubo", che consente l'entrata dell'animale che poi non riesce più a uscire; a sinistra, l'aspetto tondeggiante del ventricolo sinistro colpito dalla sindrome di Takotsubo, che all'angiografia si presenta di forma pressoché identica alla trappola per polpi.

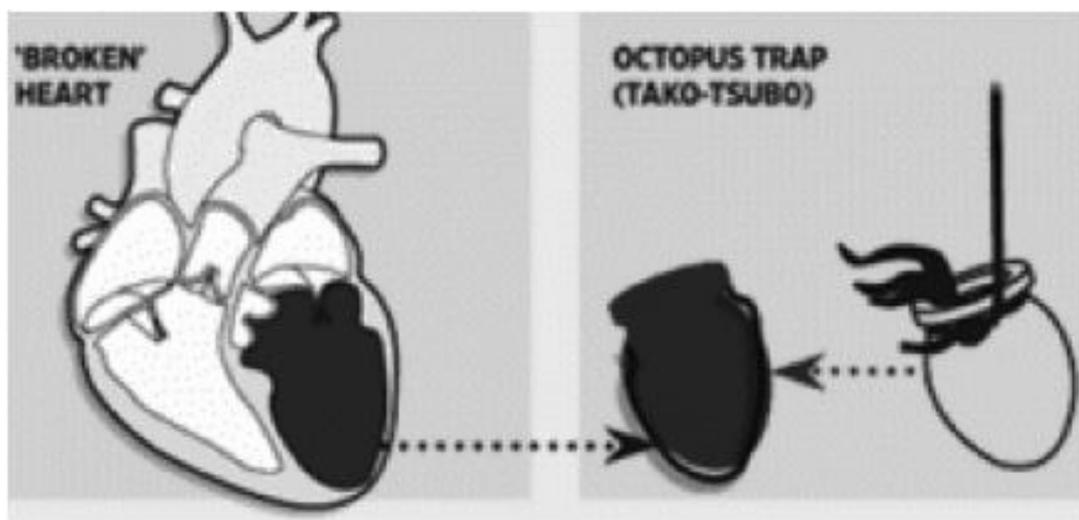


FIGURA 2

A sinistra, disegno schematico di un cuore il cui ventricolo sinistro, a causa della discinesia apicale provocata dalla sindrome, assume una forma "a vaso", del tutto simile alla trappola per polpi disegnata a destra, definita dai giapponesi "takotsubo".





Quando invece vi sono alterazioni ostruttive coronariche, la placca che ne è alla base può erodersi (più lentamente) o rompersi rapidamente: nel rimo caso, più frequente nella donna, la placca si fissa provocando una piccola emorragia interna alla zona necrotica della placca, il che determina minor effetto trombogeno e di conseguenza una sindrome coronarica più orientata a forme cliniche come l'angina instabile, che appunto è più frequente nella femmina. Nel maschio, invece è più frequente la rottura improvvisa della placca con massiva ostruzione trombotica, il che determina una sindrome coronarica molto più pericolosa, tanto è vero che la morte improvvisa coronarica è più frequente nel maschio.

Nel sesso femminile, poi, vi sono anche casi di occlusione coronarica su base non aterosclerotica, come è il caso della dissezione coronarica senza motivo apparente, che colpisce le donne 4-5 volte più degli uomini (spesso subito prima o subito dopo il parto).

Sempre rimanendo nelle forme che, pur essendo rare, sono tuttavia più frequenti nella donna, abbiamo la trombo-embolia coronarica causata dalla assunzione di ormoni a scopo anticoncezionale o anche per contrastare alcuni disturbi della menopausa, in quanto tali ormoni favoriscono episodi microtrombotici e microembolici che talora possono provocare occlusioni coronariche.

ASPETTI CLINICI DELL'INFARTO NELLA DONNA

La minore incidenza dell'infarto nell'età fertile della donna è legata all'azione protettiva degli estrogeni nel sesso femminile, ma è possibile che giochino anche altri fattori: l'ipertensione, infatti, che come fattore di rischio è più frequente nelle donne, compare e sviluppa i suoi effetti pro-ischemici in età più avanzata, e così pure il diabete mellito (le donne soffrono più degli uomini di diabete). Nel maschio dominano maggiormente fattori di rischio legati ad abitudini voluttuarie, come il fumo e l'alcool, nonché l'ipercolesterolemia, tutti fattori che sono in grado

di produrre i loro effetti sfavorevoli in età più precoce. Dal punto di vista delle complicanze dell'infarto, si è già detto in precedenza che la maggiore incidenza nelle donne è senza dubbio dovuta alla loro maggiore età media al momento dell'evento coronarico (in genere dieci anni più degli uomini). La mortalità, in particolare, è marcatamente maggiore nelle donne. In più, va ricordato che nell'ultimo decennio la mortalità coronarica si è ridotta significativamente nei maschi, mentre nelle femmine è rimasta pressoché invariata. Sono state avanzate alcune ipotesi per spiegare questo dato: si è visto che le donne tendono a giungere in ospedale più tardi dei maschi, probabilmente per la maggiore incidenza di sintomi meno classici ed eclatanti, per cui gli interventi te-



rapeutici, sia farmacologici che interventistico-chirurgici, risultano più tardivi e quindi meno efficaci: se nel maschio, infatti, è più frequente la presentazione con dolore precordiale o toracico tipico, nelle donne possono esserci sintomi aspecifici o fuorvianti, come malessere generale, lieve dispnea, lipotimie, vertigini e altro (è chiaro quanto sia pericoloso avere un infarto senza sintomi o con sintomi lievi, in

quanto è come avere un sistema interno di allarme, il dolore, che non fa il suo dovere). Non si dimentichi poi che le donne tendono a tenersi in disparte per quanto riguarda la propria salute, in quanto il loro ben noto altruismo le porta a preoccuparsi di più (e prima) dei familiari e della casa, il che le porta a vedere con fastidio la possibilità di un ricovero ospedaliero. Si assiste spesso, nelle donne, a un minor utilizzo di procedure di ripercussione coronarica, a una minore ospedalizzazione in Unità Coronarica, a una maggiore incidenza di complicanze inotrope (shock, scompenso cardiaco), a una maggior presenza di patologie collaterali extra-cardiache. Tutta questa serie di motivi rende ragione della maggiore mortalità femminile conseguente all'infarto.

Anche la prognosi, nella donna, è peggiore.

Perlomeno la prognosi legata alla performance del miocardio, nel senso che, se dopo alcuni anni dall'infarto uomini e donne hanno sostanzialmente la





stessa incidenza di mortalità e recidive di infarto, le donne subiscono invece molti più ricoveri per scompenso cardiaco recidivante, soprattutto a causa della disfunzione diastolica. Sembra inoltre che nella donna l'ostruzione delle coronarie sia più pericolosa in quanto il tessuto miocardico femminile è più sensibile all'ischemia, oltre al fatto che il precondizionamento ischemico sia minore nella femmina: il precondizionamento ischemico è quel meccanismo compensatorio per cui episodi ischemici ripetuti rendono meno sensibile il miocardio ad insulti ischemici più massivi, come se "preparassero" o "vaccinassero" (se posso concedermi un esempio fantasioso) il tessuto del cuore contro nuovi insulti ischemici di maggiore entità.

Da quanto detto, è auspicabile che venga fatto ogni sforzo per divulgare i consigli più semplici e esaurienti da seguire in caso di disturbi potenzialmente coronarici, nonché nel caso vi siano fattori di rischio cardiovascolare o comportamenti a rischio in tal senso, come ad esempio l'associazione di ormoni contraccettivi al fumo di sigaretta e alla sedentarietà.

BIBLIOGRAFIA

- Akashi YJ et Al: Takotsubo cardiomyopathy: a new form of acute, reversible heart failure. *Circulation* 2008, 118:2754
- Anand S et Al: Risk factor for myocardial infarction in women and men insights from the INTERHEART study. *Eur Heart J* 2008
- Andreotti F et Al: Women and coronary disease. *Heart* 2008, 94:108
- Canto JG et Al: Association of age and sex with myocardial infarction symptom presentation and in-hospital mortality. *JAMA* 2012,307:813
- Chieffo A et Al: ACS and STEMI treatment: gender-related issues. *Eurointervention* 2012, 8:P27
- Falket Al: Update on acute coronary syndromes: the pathologist's view. *Eur Heart J* 2013, 34:719
- Pilote L et Al: A comprehensive view of sex-specific issues related to cardiovascular disease. *CMAJ* 2007, 176: S1-44
- Presbitero P. Il cuore della donna: differenze di sesso o di genere? OGM ed., Milano, 2014
- Pu J et Al: Gender differences in epicardial and tissue-level reperfusion inpatients undergoing primary angioplasty for acute myocardial infarction. *Atherosclerosis* 2011,215:203
- Ruiz-Garcia J et Al: Age and gender related changes in plaque composition in patients with acute coronary syndrome: the PROSPECT study. *Eurointervention* 2012, 8:929
- Shaw LJ et Al: Impact of ethnicity and gender differences on angiographic coronary artery disease prevalence. and in-hospital mortality in the American cardiovascular data registry. *Circulation* 2008, 117:1787
- Vaccarino V et Al: Sex differences in mortality after acute myocardial infarction. *Arch Intern Med* 2009, 169:1767





APNEE OSTRUTTIVE DEL SONNO

Dott. ROBERTO ROZZA Responsabile Reparto di Odontoiatria per la Disabilità
ASST SANTI PAOLO E CARLO

La sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (Obstructive Sleep Apnea Syndrome, OSAS,) è un disturbo respiratorio caratterizzato da episodi ripetuti di completa o parziale ostruzione delle vie aeree superiori con segni e sintomi che possono determinare l'insorgenza di importanti disfunzioni e complicanze sistemiche che conducono ad una significativa riduzione della qualità della vita.

Negli ultimi anni si è assistito ad un progressivo incremento dell'incidenza di tali disturbi, che ha consentito di classificarli tra le sindromi epidemiologicamente rilevanti, con conseguente aumento dell'impegno del clinico nella loro diagnosi e trattamento.

L'utilizzo sempre più frequente di indagini strumentali dedicate (monitoraggio cardiorespiratorio completo notturno e polisonnografia) ha successivamente chiarito che i disturbi respiratori del sonno rappresentano una patologia diffusa.

Se associata con il sesso maschile, l'età avanzata ed l'obesità comporta un importante rischio cardiometabolico.

La patologia risulta essere fortemente sottostimata e attualmente viene trattato solo il 2-4% della popolazione.

In realtà, un recente studio epidemiologico condotto in Svizzera ha dimostrato una incidenza globale della patologia del 23% nella popolazione femminile e del 50% in quella maschile nella fascia di età compresa tra i 45 e gli 80 anni. Nel sesso femminile, inoltre, dopo la menopausa, l'incidenza aumenta progressivamente fino ad equipararsi ai valori riscontrati nel sesso maschile.

Dai risultati ottenuti si stima che, attualmente, in Italia, vi sono più di 2 milioni di pazienti affetti da OSAS.

Inoltre, per ciò che attiene la diagnosi e la cura di tale patologia nella popolazione adulta, il recepimento da parte dell'Italia della normativa europea n° 2014/85/UE, riguardante la patente di guida e, avente come obiettivo quello di limitare

gli incidenti che derivano da disturbi respiratori che generano sonnolenza durante il giorno, ha imposto un netto incremento dei soggetti da sottoporre ad accertamenti in merito a tale sindrome.

SINTOMI

Uno dei sintomi più frequenti delle apnee ostruttive del sonno che induce spesso il paziente a sottoporsi ad una visita specialistica è rappresentato dal russamento. Questo fenomeno, generalmente, risulta essere molto rumoroso, persistente e, a volte, è interrotto da pause. Queste ultime sono spesso seguite da una ripresa improvvisa del respiro durante la quale il paziente ansima e boccheggia spesso senza svegliarsi. Generalmente, i famigliari sono i primi ad accorgersi del problema sia per il fastidio generato dal forte russamento, sia per la sensazione di soffocamento che il paziente presenta durante il sonno.

Altro sintomo estremamente significativo è la stanchezza e la sonnolenza diurna, frutto di un sonno poco ristoratore che genera una riduzione delle capacità cognitive con conseguente mancanza di concentrazione durante le attività lavorative e sonnolenza alla guida di autoveicoli.

(Tabella 1)

CLASSIFICAZIONE

Nel soggetto adulto i criteri di severità dell'OSAS vengono generalmente definiti in funzione dell'indice di apnea/ipopnea (Apnea/Hipopnea Index-AHI), ossia il numero di apnee o ipopnee per ora di sonno. Con il termine di apnea si intende una riduzione del flusso di aria maggiore del 90% per un periodo uguale o superiore a 10 sec., mentre per ipopnea si intende una riduzione del flusso di aria superiore al 30% per un periodo





SINTOMI DIURNI	SINTOMI NOTTURNI
Sonnolenza (Ipersonnia)	Russamento abituale (tutte le notti) e persistente (da almeno 6 mesi)
Sonno non ristoratore	Apnee testimoniate dal partner
Cefalea al risveglio	Chocking (risvegli con sensazione di soffocamento)
Astenia	Sonno frammentato
Alterazioni psichiche (deficit attentivi, mnesici, difficoltà di concentrazione)	Xerostomia
Disfunzioni sessuali (riduzione della libido e disfunzione erettile)	Nicturia
Disturbi dell'Umore (aggressività, depressione)	Diaforesi

Tabella 1 Sintomi associati all'apnea ostruttiva nel sonno dell'adulto

di almeno 10 sec. associato ad una desaturazione emoglobinica uguale o superiore al 4%.

In base a tale parametro i gradi di severità risultano essere i seguenti:

- di grado lieve se l'AHI è ≥ 5 e < 15 eventi per ora di sonno
- di grado moderato se l'AHI è ≥ 15 e ≤ 30 eventi per ora di sonno
- di grado grave se l'AHI è > 30 eventi per ora di sonno

L'indicazione ad eseguire una terapia è presente se l'OSA è di grado moderato-severo (AHI ≥ 15) o quando è associata ad una sintomatologia invalidante. Nel caso in cui il paziente presentasse una forma lieve ma associata a problematiche cardiologiche e/o neurologiche di particolare severità, è necessario trattare il problema respiratorio poiché si è osservata una importante riduzione del rischio di recidiva di eventi di natura vascolare e/o aritmogena.

Va, infine, ricordato che i sintomi associati all'OSAS (Tabella 1) sono aspecifici e pertanto possono essere l'espressione di altre condizioni morbose (neurologiche, psichiatriche, cardiologiche ecc.), che devono essere indagate ed escluse prima di iniziare una terapia specifica, soprattutto se tali sintomi non sono supportati da un riscontro poligrafico/polisonnografico.

TRATTAMENTO DELLE OSAS

Il trattamento dei pazienti affetti da OSAS è specifico e dipende dalla storia clinica, dai risultati della polisonnografia e dalla presenza di comorbidità.

Il primo approccio riguarda comunque la modifica degli stili di vita come calo ponderale, in caso di sovrappeso, abolizione di fumo e alcolici e l'uso di farmaci ipnoinducenti. In alcuni pazienti, che in posizione supina hanno un numero di episodi ipo-apnoici patologico mentre in posizione laterale non presentano apnee, viene consigliata una terapia "posizionale" con l'utilizzo di dissuasori che permettano a questi di poter dormire sul fianco. (Fig.1)

CPAP

CPAP è l'acronimo di Continuous Positive Airway Pressure, ovvero pressione positiva continua delle vie aeree ed è attualmente il trattamento di elezione per questo tipo di patologia. La CPAP, attraverso una maschera che il paziente deve portare tutta la notte, forza l'aria ambientale nelle vie aeree ed evita il collasso delle stesse. Elimina anche il russamento dovuto alla vibrazione dei tessuti molli. L'utilizzo necessita, ovviamente, di





Fig. 1 Dispositivo elettronico per mantenere la posizione laterale



Cuscino per mantenere la posizione laterale

una titolazione che permetta di stabilire la pressione ideale per il paziente in base ai dati raccolti attraverso l'anamnesi e i risultati della polisonnografia.

Gli effetti positivi della CPAP migliorano la qualità del sonno normalizzandone la struttura con la scomparsa dei fenomeni di desaturazione.

La CPAP ha effetti estremamente positivi anche a livello cardiovascolare prevenendo tachicardie e bradicardie ed evitando i repentini aumenti pressori che si osservano durante i microrisvegli e che sono legati a scariche del sistema simpatico che permettono al paziente di poter riprendere la respirazione dopo l'episodio apnoico.

Dopo un periodo di terapia di alcuni mesi si osserva anche una riduzione dello stress ossidativo documentata da un abbassamento dei valori dei mediatori infiammatori. Il reflusso gastro-esofageo tende a diminuire o risolversi se associato ad una riduzione del calo ponderale. La nicturia, che nei pazienti OSAS è legata ad un aumento della produzione di ormone natriuretico, diminuisce o si risolve dopo la terapia con CPAP.

L'aderenza alla terapia con CPAP da parte dei pazienti non risulta essere, però, particolarmente elevata e, a volte, dopo un periodo più o meno lungo, viene abbandonata. (Fig.2)

MAD

I dispositivi ad avanzamento mandibolare (MAD) possono dare degli ottimi risultati e sono spesso tollerati meglio della CPAP. La loro funzione principale è quella di aumentare il diametro retrolinguale e prevenire il collasso delle vie aeree superiori.

La principale indicazione al trattamento con apparecchi ad avanzamento mandibolare è per apnee di grado lieve e moderato o quando si è



FIG. 2 Maschera CPAP





verificato il fallimento delle terapie comportamentali, come la terapia posizionale o la perdita di peso. L'utilizzo dei MAD è anche indicato in caso di forme gravi, quando il paziente non tollera la CPAP e in coloro nei quali non trova indicazione la chirurgia di pertinenza otorinolaringoiatrica o maxillofacciale.

I MAD variano in funzione del tipo di materiale, dal disegno, dalla possibilità di permettere movimenti di lateralità e dalla gradualità dell'avanzamento.

Questi possono essere distinti in due tipi principali. Possono essere non regolabili (monoblocco) o bimascellari, costituiti da due splint con meccanismi che permettono l'avanzamento graduale della mandibola.

Attualmente, vengono quasi esclusivamente utilizzati MAD bimascellari regolabili. Questi vengono confezionati su misura e permettono spostamenti di lateralità e di apertura delle arcate.

Possono essere ribasabili in caso di perdita di elementi dentari.

Con questo tipo di dispositivi la regolazione dell'apparecchio può essere stabilita a seconda delle caratteristiche dell'articolazione temporo mandibolare, della muscolatura e del sesso del paziente.

Gli effetti collaterali che si possono osservare sono principalmente rappresentati da:

- ✓ Iperscialorrea
- ✓ Xerostomia
- ✓ Indolenzimento dentale (bruxisti)
- ✓ Sintomatologia ATM (l'indolenzimento dell'ATM insorge, di solito, nel primo periodo di trattamento ed è di natura muscolare e transitoria)
- ✓ Insonnia
- ✓ Cefalea al risveglio

L'efficacia del MAD è valutabile con un esame polisonnografico, per poter considerare il valore dell'indice di AHI con MAD in situ. (FIG. 3)

TRATTAMENTO CHIRURGICO

Il trattamento chirurgico dei pazienti affetti da OSAS interessa gli esperti in chirurgia otorinolaringoiatrica ed in chirurgia maxillo faciale.

E' necessario sottolineare che la scelta di trattare chirurgicamente un paziente OSAS e' secondaria al fallimento delle terapie precedentemente illustrate. Il motivo e' legato al fatto che un trattamento chirurgico, in genere, risulta essere immancabilmente penalizzato da un approccio necessariamente invasivo a seconda della tipologia di intervento che viene effettuato.

Questo e' essenzialmente il motivo per cui la chirurgia deve far seguito all'insuccesso delle terapie comportamentali, della CPAP o del MAD. Compito della specialista otorinolaringoiatra, infatti, è quello di valutare il paziente ed individuare i cosiddetti siti ostruttivi che sono all'origine del problema. Con tale obiettivo, si applica un protocollo diagnostico che comprende: esame obiettivo standard, esame rinofibrolaringoscopico, DISE (drug induced sleep endoscopy).

Attualmente le tecniche chirurgiche si sono particolarmente raffinate e i risultati sono soddisfacenti per la maggior parte dei pazienti.

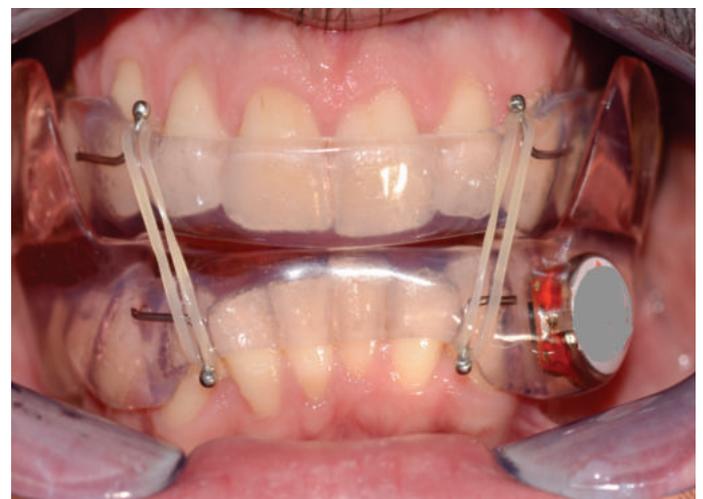


Fig. 3 Esempio di un apparecchio ad avanzamento mandibolare





GIORNATA MONDIALE DEL CUORE 2019

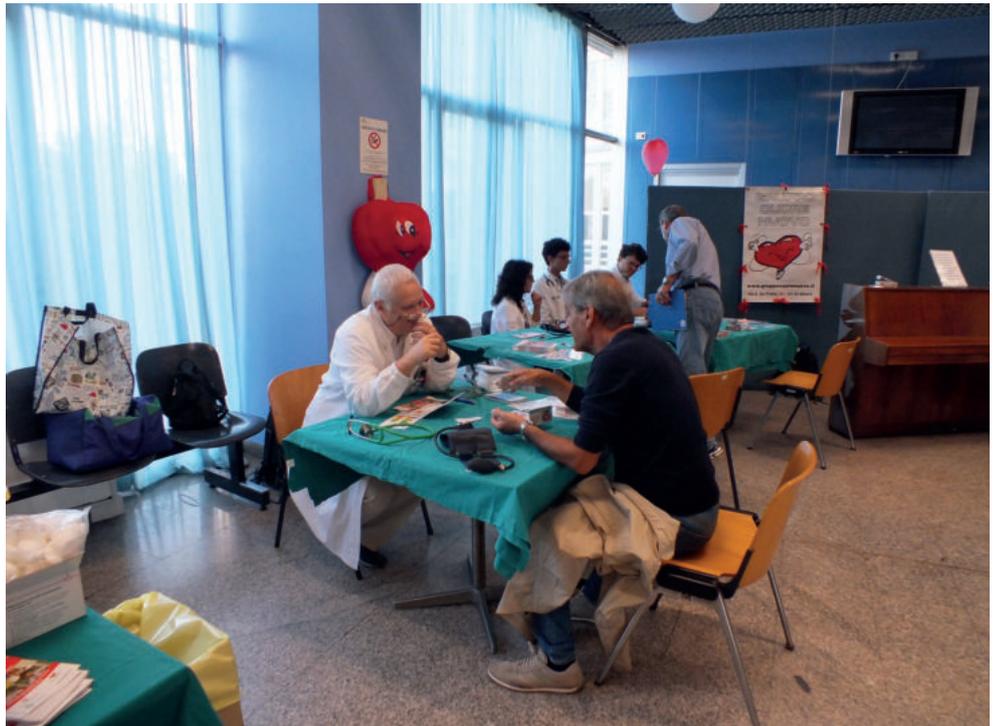


dott. Diego Tarricone

E' dall'inizio del nuovo millennio che si celebra ogni anno, il 29 settembre, in Italia e nel mondo, la Giornata Mondiale per il Cuore (GMC) che per il nostro Paese è coordinata dalla Fondazione Italiana per il Cuore, membro attivo e rappresentante nazionale della World Heart Federation, in stretta collaborazione con Co.Na.Cuore, partner storico di questa iniziativa e con il Patrocinio di numerosi Enti e di Società scientifiche nazionali.

La GMC ha lo scopo di sensibilizzare le persone a prendersi cura della salute del proprio cuore: infatti, il tema della campagna verte sulle promesse da fare e da mantenere per la salute del cuore.

L'obiettivo principale è quello di prevenire le malattie cardiovascolari soprattutto a partire dalla giovane età, promuovendo insieme azioni collettive al fine di stimolare le Istituzioni nazionali e locali a focalizzarsi sulla prevenzione cardiovascolare e ad attivarsi concretamente per ridurre la mortalità, prevenire decessi prematuri e salvare vite



umane. La GMC 2019 si inserisce nel percorso di raggiungimento dell'obiettivo posto dall'OMS nella Campagna "25by25", con la riduzione del 25% di mortalità precoce per malattie non trasmissibili, come le malattie del cuore e dei vasi, e il diabete, entro il 2025.





“FAI UNA PROMESSA AL TUO CUORE E MANTIENILA” era il tema della Giornata Mondiale per il Cuore 2019, deciso con la World Heart Federation, da evidenziare con forza durante la “Giornata” allo scopo di diffondere il messaggio della prevenzione.

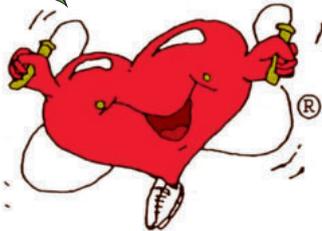
Nell’ambito di tali iniziative, Domenica 29 Settembre 2019, dalle ore 9.00 alle ore 12.00, presso l’atrio dell’Ospedale San Paolo, è stata effettuata la valutazione del Rischio Cardiovascolare Globale con l’offerta delle seguenti prestazioni a tutti i soggetti: misurazione della glicemia, della colesterolemia totale, della pressione arteriosa. E’ stata garantita al pubblico la disponibilità di medici strutturati e specializzandi dell’U.O.C. di Cardiologia, i quali, dopo la misurazione dei vari parametri ad opera di Infermieri della Cardiologia e di volontari del Gruppo Cuore Nuovo, hanno eseguito il calcolo del rischio individuale e risposto ai vari quesiti posti sui metodi per la correzione dei vari fattori di rischio cardiovascolare.

Erano inoltre presenti le dietiste del Servizio Dietetico dell’Ospedale, per una valutazione della massa corporea, del peso-forma e per dispensare utili consigli dietetici in base alla patologia del soggetto, e la Dott.ssa Mariani, Psicologa del Centro Antifumo, per fornire informazioni utili sui metodi migliori per potersi liberarsi dal vizio del fumo.



Anche quest’anno sono state oltre 100 le persone che hanno usufruito gratuitamente dei prelievi e delle successive prestazioni elargite dai volontari dell’Ospedale San Paolo e da quelli del Gruppo Cuore Nuovo: a tutti loro va il nostro più sentito ringraziamento.





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 UNICREDIT AGENZIA 08201 - PIAZZA NAPOLI, 15 - MILANO
CONTO CORRENTE N° 102958998
CODICE IBAN: IT 72 I 0200801673 000102958998
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.

