

Cuore & Salute

N. 1-2 GENNAIO-FEBBRAIO 2016

Per leggere
Cuore & Salute online
collegati a
www.cuoreesalute.com

CUORE & SALUTE • N. 1 - 2 GENNAIO - FEBBRAIO 2016

ANNO XXXIV • Poste Italiane SpA - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) - art. 1, comma 1, Aut.C./RM/07//2013

Il cuore al tempo delle polveri sottili

Una pubblicazione del:  Centro per la Lotta contro
l'Infarto

Ogni mese una *newsletter* sulla salute del tuo *Cuore*

DONA ORA

DIVENTA
SOCIO DEL CLU

LA MOSTRA
RICERCA

SOSTIEMI IL CLU
CON IL TUO SK1000

ARCHIVIO
NEWSLETTER



Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

NEWSLETTER

Capire per prevenire

di Antonella Labellarte



LA NITROGLICERINA, L'OSSIDO NITRICO E IL RONDÒ

di Antonella Labellarte

Il Rondò è una forma musicale caratterizzata dal ripetersi di un tema principale lungo l'intero svolgimento di una composizione. Il tema ricompare, si alterna a diversi motivi melodici e mantiene l'unità del brano musicale.



UNA TAZZA DI TÈ ?

di Claudio Ferri

Un antico adagio dice che una mela al giorno toglie il medico di torno.



GASTROPROTEZIONE E TERAPIA ANTIAGGREGANTE

di Valera d'Ovidio

La terapia antiaggregante piastrinica è un cardine del trattamento delle malattie cardiovascolari e neurovascolari, ma può essere causa di emorragie digestive per cui vi è consenso, nei soggetti con fattori di rischio emorragico, ad associare una terapia di gastroprotezione con inibitori di pompa protonica (IPP).

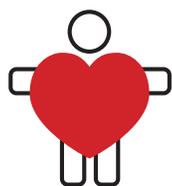
PER RICEVERE LA NEWSLETTER OGNI MESE CLICCA QUI



INVIA AD UN AMICO



www.centrolottainfarto.org



Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Presidente
Francesco Prati

Presidente onorario
Mario Motolese

Il **Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus**, nato nel 1982 come Associazione senza fini di lucro, dopo aver ottenuto, su parere del Consiglio di Stato, il riconoscimento di personalità giuridica con decreto del 18 ottobre 1996, si è trasformato nel 1999 in Fondazione, ricevendo in tale veste il riconoscimento governativo. È iscritto nel registro Onlus.

Il **Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus** riunisce popolazione e medici ed è sostenuto economicamente dalle quote associative e dai contributi di privati, aziende ed enti. Cura la diffusione nel nostro paese dell'educazione sanitaria e della cultura scientifica ai fini della prevenzione delle malattie di cuore, in particolare dell'infarto miocardico, la principale causa di morte. Per la popolazione ha allestito la mostra **Cuorevivo** che ha toccato tutti i capoluoghi di regione, ha pubblicato l'*Almanacco del Cuore* e pubblica la rivista mensile **Cuore & Salute**. Per i medici organizza dal 1982 il congresso annuale **Conoscere e Curare il Cuore**. La manifestazione, che si tiene a Firenze e che accoglie ogni anno diverse migliaia di cardiologi, privilegia gli aspetti clinico-pratici sulla ricerca teorica.

Altri campi d'interesse della Fondazione sono le indagini epidemiologiche e gli studi di prevenzione della cardiopatia ischemica in Italia. In particolare negli ultimi anni ha partecipato con il "Gruppo di ricerca per la stima del rischio cardiovascolare in Italia" alla messa a punto della "Carta del Rischio Cardiovascolare", la "Carta Riskard HDL 2007" ed i relativi software che permettono di ottenere rapidamente una stima del rischio cardiovascolare individuale.

La Fondazione ha inoltre avviato un programma di ricerche sperimentali per individuare i soggetti più inclini a sviluppare un infarto miocardico. Il programma si basa sull'applicazione di strumentazioni d'avanguardia, tra cui la Tomografia a Coerenza Ottica (OCT), e di marker bioematici.

Infine, in passato, la Fondazione ha istituito un concorso finalizzato alla vincita di borse di studio destinate a ricercatori desiderosi di svolgere in Italia un programma di ricerche in ambito cardiovascolare, su temi non riguardanti farmaci o argomenti di generico interesse commerciale.

S O M M A R I O

n. 1-2/2016

4 • **Il cuore al tempo delle polveri sottili** Filippo Stazi

8 • **Vino, diabete e cuore [E.P.]**

9 • **Casualità e casualità in medicina** Eligio Piccolo

12 • **Quaderno a Quadretti** Franco Fontanini

- *Le malattie di Gian Gastone*

- *Vita*

- *Thailandia*

- *La spinta*

17 • **Incrociare le dita riduce il dolore [F.S.]**

18 • **Qualche secondo di buon umore**

19 • **Ecologia della mente**

Ottimismo: fattore di prevenzione cardiovascolare? Bruno Domenichelli

24 • **Curiamo i sani? Riflessione di un ipertensivologo pentito [Toni Giovanzana]**

25 • **I maghi del pallone** Massimo Pandolfi

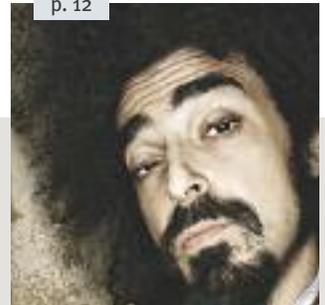
28 • **La stretta di mano 2.0, un altro punto di vista** Salvatore Milito

32 • **Quadri & Salute** Filippo Stazi

33 • **Pillole di romanesca saggezza [F.S.]**

34 • **Fino a che punto ridurre la pressione arteriosa negli ipertesi?
I consigli dello studio SPRINT** Vito Cagli

p. 12



p. 28



www.centrolottainfarto.it - www.cuoreesalute.com - cuoreesalute@centrolottainfarto.it

Direttore Responsabile
Franco Fontanini

Direttore Scientifico
Filippo Stazi

Vice Direttori
Eligio Piccolo
Francesco Prati

Coordinamento Editoriale
Marina Andreani

Redazione
Filippo Altilia
Vito Cagli
Bruno Domenichelli
Antonella Labellarte
Salvatore Milito
Mario Motolese

Massimo Pandolfi
GianPietro Sanna

Editore
Centro per la Lotta contro l'Infarto - Srl
Via Pontremoli, 26 - Roma

Ufficio abbonamenti e pubblicità
Maria Teresa Bianchi

Progetto grafico e impaginazione
Valentina Girola

Realizzazione impianti e stampa
Varigrafica Alto Lazio Srl - Nepi
(VT)

Anno XXXIV
n. 1-2 Gen - Feb 2016
*Poste Italiane SpA - Spedizione
in abbonamento postale - D.L.
353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art 1, comma 1,
Aut.C/RM/07//2013
Pubblicazione registrata al Tribunale
di Roma il 3 giugno 1983 n. 199*
Associata Unione Stampa Periodica
Italiana



Abbonamento annuale
Italia € 25,00 - Estero € 35,00

**Direzione, Coordinamento
Editoriale, Redazione di Cuore e
Salute**
Tel. 06.6570867
E-mail: cuoreesalute@centrolottainfarto.it

Amministrazione
*Centro per la Lotta contro
l'Infarto - Srl*
Via Pontremoli, 26 - 00182 Roma
Tel. 06.3230178 - 06.3218205
Fax 06.3221068



36 • *Su la morte* [Angelo Lotti]

37 • **La palla di Tiche**
L'uomo e le grandi epidemie

Antonio Pasquale Potena

42 • **Lettere a Cuore & Salute**

- *Come prevenire la demenza?* Eligio Piccolo

- *Quali farmaci assumere avendo due stent,* Francesco Prati

- *Il blocco di branca destra,* Filippo Stazi

46 • *Obesi di pancia o di fianchi* [E.P.]

47 • **Il cuore fa gli esami: l'Holter** Filippo Stazi

50 • *Sgarbi, intelligente e spavaldo anche nell'ischemia* [Eli Piccolo]

51 • **I diavoli di Benvenuto Cellini** Paola Giovetti

53 • **Il colesterolo e la memoria** Eligio Piccolo

55 • *Niente di nuovo sotto il sole* [F.S.]

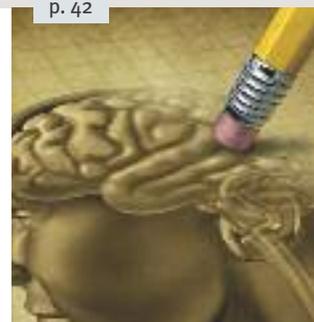
56 • **Conoscere e Curare il Cuore 2016**

60 • **News**

Aggiornamenti cardiologici Filippo Stazi

62 • **Aforismi** Franco Fontanini

p. 42



p. 53



“ Nota ai lettori di cuore e salute

di Filippo Stazi

Durante le feste natalizie Babbo Natale ha portato in dono una nuova veste grafica per Cuore & Salute. L'auspicio è di mantenere intatto il rigore scientifico e l'attendibilità degli argomenti trattati, confezionandoli però con una veste più leggera e di più facile lettura. Speriamo che il nuovo “vestito” incontri il gusto dei lettori e possa avere lo stesso successo di quello che per molti anni ha caratterizzato la nostra rivista. ”

LA COLLABORAZIONE A CUORE E SALUTE È GRADITA E APERTA A TUTTI. LA DIREZIONE SI RISERVA IL DIRITTO DI APPORTARE TAGLI E MODIFICHE CHE VERRANNO CONCORDATE CON L'AUTORE. I TESTI E LE ILLUSTRAZIONI ANCHE NON PUBBLICATI, NON VERRANNO RESTITUITI.

L'Editore si scusa per eventuali omissioni o inesattezze delle fonti delle immagini, dovute a difficoltà di comunicazione con gli autori.

di **Filippo Stazi**

Il cuore al tempo delle polveri sottili

Il problema dell'inquinamento delle nostre città è in questi giorni nei titoli di testa di tutti i notiziari. Milano è costretta al blocco totale della circolazione dei veicoli, Napoli ne deve seguire l'esempio, a Roma si va avanti da settimane a targhe alterne ma tutto questo sembra non sortire alcun effetto. L'inquinamento dell'aria, espresso dalla concentrazione delle famigerate polveri sottili, sembra infatti infischiarci di tutte queste manovre e non accenna minimamente a ridursi. Le polemiche infuriano e nel frattempo siamo ridotti alla danza della pioggia nella speranza che Giove pluvio riesca lì dove gli uomini hanno fallito e ci doni aria più respirabile.

Molti di noi brontolano dovendo rinunciare ad utilizzare la propria auto e rabbriviscono alla sola idea di ridurre un po' il riscaldamento del proprio appartamento ma l'inquinamento dell'aria è un enorme problema di





salute pubblica a livello globale. Nel mondo occidentale l'attenzione che ormai da alcuni decenni si ha riguardo le problematiche dell'inquinamento ha portato a un graduale miglioramento della qualità dell'aria e ciò ha molto contribuito alla sostanziale riduzione della mortalità cardiovascolare cui si è assistito negli ultimi cinquant'anni. Si stima che il ridotto inquinamento abbia da solo indotto un aumento di circa 6 mesi della speranza di vita delle popolazioni del mondo occidentale. Numerose altre parti del mondo sono però molto in arretrato su questo tema. Le megalopoli di Asia, Africa e America Latina destano grande preoccupazione perché i loro livelli di inquinamento ambientale sono in costante aumento per effetto della crescita dell'industrializzazione e del numero dei veicoli circolanti e

questo si traduce in un conseguente incremento della mortalità cardiovascolare. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha calcolato, ad esempio, che nel solo 2010 l'inquinamento dell'aria sia stato responsabile di 800.000 morti premature in tutto il mondo. Nonostante i miglioramenti cui abbiamo prima accennato, anche nel ricco nord America l'inquinamento dell'aria è ancora al quattordicesimo posto della *black list* delle cause che contribuiscono al rischio complessivo di malattia, dopo fattori di rischio ben riconosciuti come fumo di sigaretta, obesità, ipertensione, diabete, uso di alcool o droghe, ipercolesterolemia e sbagliate abitudini alimentari. Quando si parla delle ripercussioni sulla salute dell'inquinamento dell'aria tutti quanti pensiamo alle conseguenze a carico dell'apparato respiratorio

e ciò è sicuramente vero ma l'inquinamento ha effetti anche a carico dell'apparato cardiovascolare, aumentando il rischio d'infarto, ictus ed aritmie cardiache, particolarmente in quelle persone che sono già di per sé a rischio per queste condizioni. L'inquinamento dell'aria è dovuto ad un mix di gas e particelle sottili che originano da fonti naturali o create dall'uomo. La componente dell'inquinamento che sembra essere maggiormente nociva per l'apparato cardiovascolare è rappresentata proprio dalle polveri sottili che derivano dagli scarichi delle macchine, dei camion, delle industrie nonché dei riscaldamenti domestici. Anche l'ozono, che si forma a livello del terreno a causa delle reazioni chimiche cui sono soggetti i gas inquinanti in presenza di caldo e luce solare, è però in grado di facilitare in



persone a rischio la comparsa di infarto o ictus. Infine, pure gli ambienti chiusi possono risultare inquinati per effetto, ad esempio, del fumo di sigaretta o del riscaldamento a legna o con biomasse. Tutti noi siamo chiaramente esposti all'azione dannosa degli agenti inquinanti. Il rischio per una persona sana è per fortuna accettabilmente basso mentre diventa molto più elevato in chi è, come detto, già di per sé ad elevata probabilità di eventi cardiovascolari come coloro che hanno già avuto un infarto, quelli che soffrono di angina, i pazienti con scompenso cardiaco, con storia di aritmie o i diabetici. In analoga condizione sono anche tutti coloro che, pur non avendo ancora avuto un problema cardiaco, hanno più di 65 anni o presentano numerosi fattori di rischio, ossia i fumatori, gli ipertesi, gli ipercolesterolemici e quelli con familiarità precoce per malattie cardiache. Davanti al problema dell'inquinamento le potenzialità del singolo soggetto sono limitate mentre fondamentali sono le strategie a

livello governativo e internazionale. Quello che però ogni individuo può fare è da un lato diminuire il proprio profilo di rischio cardiovascolare, dall'altro cercare di ridurre la propria esposizione agli elementi inquinanti. Si ribadisce, perciò, l'importanza di tutti quei consigli che sempre vengono ripetuti, anche dalle pagine di questa rivista: smettere di fumare, controllare la pressione, tenere sotto i giusti livelli il colesterolo, calare di peso, fare un'attività fisica regolare. Oltre a questo bisogna però anche essere sempre informati ed attenti ai livelli d'inquinamento ambientale. A volte la cattiva qualità dell'aria si rende visibile sotto forma di nebbiolina o smog e in condizioni estreme ci può essere irritazione della gola o degli occhi ma molto spesso l'inquinamento non può essere percepito anche quando ha ampiamente superato i livelli di sicurezza, ne deriva perciò l'importanza di consultare costantemente i mezzi d'informazione per conoscere lo stato dell'aria. Ovviamente il rischio d'inquinamento è maggiore nelle aree urbane, specialmente durante le ore di punta e in prossimità delle strade ad alto scorrimento o vicino alle industrie, però le pol-

veri sottili viaggiano molto e possono essere trasportate per lunghe distanze e pertanto non c'è zona che ne sia sicuramente al riparo.

È quindi necessario cercare di regolare la propria attività sulla base di quando e dove i massimi livelli di inquinamento sono previsti. Nei periodi di allerta bisogna ridurre il più possibile la permanenza all'aperto ed evitare di fare attività fisica nelle ore di punta e nelle zone di maggior traffico, dove superiore è la concentrazione delle sostanze nocive. È sicuramente importante continuare a fare attività fisica ma questa deve essere svolta al coperto specie se con le finestre chiuse. Gli irriducibili amanti dell'attività all'aperto dovrebbero per lo meno ripiegare sul camminare piuttosto che sul fare jogging, in quanto in questa maniera, diminuendo il rit-

mo respiratorio, si riduce la quantità di polveri che viene inspirata. Al momento non vi sono invece dati certi sull'efficacia di quelle mascherine antigas che nelle nostre città sono

indossate da un numero sempre maggiore di persone; in caso di loro utilizzo è comunque consigliabile il ricorso a quelle marchiate FFP (prodotto fac-

ciale filtrante) 2 o 3, in quanto le altre sembrano purtroppo incapaci di filtrare proprio le pericolose polveri sottili.

È ovvio che nessuna di queste misure ci mette al sicuro, è ovvio che siamo davanti ad un'ennesima prova di come il progresso non sia sempre e solo benefico, è ovvio che assistiamo

ad un'ulteriore prova di come spesso sia l'uomo la causa dei suoi mali, è ovvio che nessuno, come già detto, ha la possibilità di risolvere da solo il problema ma è altrettanto ovvio che ciascuno di noi non si può esimere dal doppio dovere di, da un lato, fare il possibile per ridurre il suo contributo individuale all'inquinamento del pianeta e, dall'altro, di porre in atto tutte quelle misure che possono diminuire gli effetti negativi sulla propria salute dell'inquinamento dell'aria. Come diceva il vecchio adagio: si faccia quel che si deve, accada quel che può!



“

VINO, DIABETE E CUORE

A raccogliere quanto si è scritto da sessant'anni a questa parte sugli effetti benefici, dannosi o indifferenti del vino, bianco o rosso, e delle altre bevande alcoliche credo non basterebbe la Marciana di Venezia. Se poi riandassimo alla Bibbia e al Vangelo o ai “nunc est bibendum” di oraziana memoria e alle libagioni cantate nei poemi omerici e orientali ci perderemmo ulteriormente nel dubbio sugli effetti esaltanti o deprimenti del vino e affini. Non è facile fare la sintesi di tutti gli studi condotti con più o meno rigore nelle varie popolazioni ma credo rimanga abbastanza valida la conclusione che era emersa in una delle prime ricerche nella vecchia Jugoslavia. Da questa risultava che sia gli astemi che i grandi bevitori correvano più rischio di mortalità cardiovascolare anticipata rispetto ai moderati consumatori di alcol, che godevano invece di un migliore futuro. Dopo questa prima indagine epidemiologica ne seguirono molte altre e soprattutto si scatenarono gli esegeti del metabolismo alla ricerca del fattore che condizionava quella specie di curva a U dove solo i moderati cultori di

Bacco, adagiati sulla concavità della U, venivano premiati,

mentre i beoni e gli ignavi erano penalizzati.

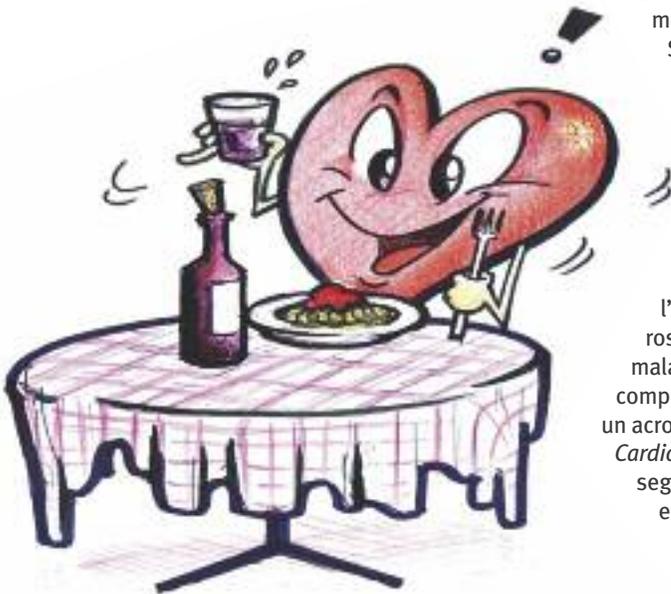
Se ne individuano almeno due di questi indicatori benefici: l'aumento del colesterolo “buono”, l'HDL, e l'influenza positiva di moderata quantità di alcol sulla coagulazione nella prevenzione dei trombi.

L'ultima ricerca interessante ci viene ora da Israele, precisamente dalla Ben-Gurion University del Negev, e riguarda l'influenza benefica di dosi moderate di vino rosso o bianco nei diabetici, nei quali la malattia metabolica complica un po' tutto, compresa l'attività cardiovascolare. Lo studio ha un acronimo CASCADE, che deriva dal suo titolo, *Cardiovascular diabetes and ethanol*, e ha seguito per due anni 224 pazienti di età fra i 45 e i 75 anni, tutti aderenti alla dieta mediterranea. Essi furono randomizzati in tre gruppi secondo la bevuta durante la loro cena di 150 cc di acqua minerale o di vino rosso o di vino bianco. Al

consuntivo dei due anni di osservazione i medici hanno potuto constatare che l'equilibrio generale del metabolismo zuccherino, ossia del diabete, era migliore nei bevitori di vino che in quelli di acqua. Il vino rosso, inoltre, aumentava il colesterolo “buono” HDL, riducendo anche il rapporto fra colesterolo totale e HDL, mentre il bianco determinava una maggiore riduzione della glicemia e della resistenza all'insulina. Insomma una buona sinergia tra Prosecco e Chianti o fra Nebbiolo e Traminer. Come dicono in Veneto: “bianco e rosso meneme a casa”.

E.P.

”



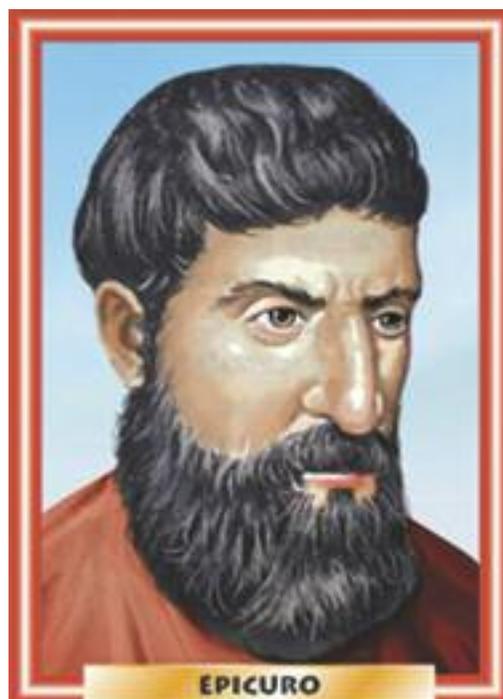


di Eligio Piccolo

Causalità e casualità in medicina

Non sono un bisticcio di parole, ma due precisi concetti che si intrecciano quando ci ammaliamo, e anche quando ci dobbiamo adoperare, medico e paziente, per star bene e prevenire le patologie. Che poi tanto precisi, quando tentiamo di spiegarli al popolo, questi concetti non lo sono affatto, perché alcuni si compongono dei molti fattori comportamentali o predisponenti, così difficili da ricondurre in una semplice linea retta; mentre altri sembrano avere fin dall'inizio un rapporto diretto fra la causa e l'effetto. I primi, quelli che da molti anni ci vengono proposti come fattori di rischio dei nostri mali, apparentemente regolati dal caso, prevalgono sui secondi, che invece appaiono come la conseguenza lineare di una causa ben precisa. Diceva il filosofo greco Epicuro, a proposito della casualità, che “di tanto in tanto i percorsi normalmente rettilinei degli atomi nell'universo piegano un poco, così da deviare la loro traiettoria”, una specie di misteriosa mutazione, si potrebbe anche definirla, attribuibile al caso, all'imprevisto.

In medicina sembra rettilinea la causa ad effetto di un batterio che entra nel nostro corpo, poniamo la *spirocheta pallida*, e vi determina una lesione luetica della valvola aortica, oppure di un farmaco di per sé benefico, ma capace in particolari circostanze di provocare un'aritmia seria. Tutti e due sono esempi di





Giulio Andreotti

rapporti solo all'apparenza lineari poiché subito dopo averli osservati dobbiamo constatare l'imprecisione del loro determinismo. Infatti, non tutti coloro che si ammalano di sifilide subiscono la lesione valvolare e non tutti quelli che ingeriscono quel farmaco vanno incontro all'aritmia pericolosa. La causa quindi in loro s'intreccia con il caso. Ci sono però anche situazioni in cui la causa non perdona, come quando un microrganismo ad alta potenzialità patogena, quale il tetano, entra in un corpo non vaccinato e lo infetta, o quando un maschio eredita dalla madre il gene dell'emofilia diventando inesorabilmente emofilico. In questi casi i fattori casuali, se ci sono, hanno poca o punta influenza. Per converso, ci sono molte altre situazioni nelle quali prevalgono i fattori comportamentali o ambientali, cioè la casualità, che dominano sulla causa vera e propria. Come l'infarto o il tumore polmonare nei fumatori, l'ipertensione negli obesi e le malattie cardiovascolari in genere nei sedentari o nei marcati dal colesterolo. Tutte evenienze nelle quali la statistica, pur essendo inesorabile sulle sue conclusioni, offre anche uno spazio di rivalsa ai peccatori del fumo, della gola o dell'accidia. Questi citano volentie-

ri i famosi compagni di viaggio che l'hanno fatta franca, come Winston Churchill, obeso e fumatore di sigari, vissuto fino ai novanta; o Giulio Andreotti, giudicato gracile alla visita di leva e, che si sappia, non dedito ad attività ludiche, arrivato con mente lucida ai novantaquattro.

Ma è anche vero che la ricerca di personaggi da citare quali eccezioni alla regola non è poi così agevole e appare sempre più ardua a misura che dalle abitudini tossiche, quali la nicotina o la cocaina, passiamo ai fattori meno precisi come l'aria inquinata o il sovrappeso. Oppure a quello recentemente denunciato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità relativo all'uso di certe carni. La segnalazione ha tutti i crismi della serietà scientifico-epidemiologi-

ca, non solo per la fonte autorevole da cui proviene, ma anche perché deriva dal consuntivo di numerosi studi controllati su decine di migliaia di cittadini. La "condanna" riguarda soprattutto gli insaccati e le carni rosse, meno la selvaggina e quelle bianche, ed è riferita in particolare al rischio di tumori del tubo digerente. Siamo ancora a livello di una segnalazione, statisticamente sicura, ma ancora imprecisa sul percorso che compie la carne per arrivare al tumore, sul perché certe carni sì e altre no, sulla quantità di questa abitudine alimentare nelle varie età e su tutte quelle analisi più sofisticate che gli esperti stanno studiando. Analisi che per ora ci prospettano un rapporto fra casualità e causalità troppo alto per poter quantificare il rischio che corrono i carnivori benché noi di Cuore & Salute siamo da sempre per la dieta mediterranea.

Concluderei questa analisi citando ancora l'ineffabile Epicuro, antesignano della casualità, il quale, anticipando Monsieur de la Palisse, ci rassicurava: "...la morte non è nulla per noi, perché quando ci siamo lei non c'è, e quando lei c'è, noi non ci siamo più".



Winston Churchill

Quaderno a Quadretti



di Franco Fontanini

Le malattie di Gian Gastone

Non c'è nessun giallo celato nella sua tomba, trovata vuota, quasi per caso, sotto le Cappelle Medicee. Attraverso una botola, scendendo otto scalini bui, gli scopritori hanno raggiunto una cripta segreta dove c'erano otto corpi non previsti, mummificati, ammucchiati disordinatamente dalla piena dell'Arno.

Oltre ai resti di Gian Gastone, l'ultimo dei Medici, le altre otto salme erano tutte di bambini, una di neonato, appartenenti quasi sicuramente alla dinastia de' Medici.

Qualcuno ha subito avanzato il sospetto che non si trattasse di morti per causa naturale, ma Franco Cardini, autorevole medioevalista, ha fugato ogni dubbio. Nessun thriller: Gian Gastone morì nel 1737 e a quel tempo era frequente che ai morti delle famiglie regnanti venissero erette tombe monumentali, per perpetuarne il nome, che restavano quasi sempre vuote, perché le spoglie venivano deposte in ossari più intimi, insieme a quelle dei parenti e spesso anche di amici.

Gian Gastone non aveva certamente meriti, forse sarebbe stato meglio cancellarne il ricordo, tuttavia era un Medici



Gian Gastone

ed ebbe anche lui il suo cenotafio. Gli altri resti sono tutti di bambini della famiglia. Il “fanciullo coronato”, che dopo cinque secoli indossa ancora l’abito di raso rosso e la coroncina che è stata spostata dall’alluvione a metà vita come un’hula-hoop, dovrebbe essere un figlio di Cosimo I morto a nove anni.

Non si può escludere, data la straordinaria prolificità del primo Granduca di Toscana, che anche gli altri lo siano. Si ricorda che quando Eleonora, la bellissima consorte del Granduca, accompagnava i figli nelle passeggiate alle Cascine raccomandava loro di salutare gli altri bambini “perché potrebbero essere tutti vostri fratelli”. Il professor Fornaciari, paleopatologo dell’università di Pisa, al quale si devono gran parte delle nostre conoscenze intorno al cuore dei faraoni, ha detto che gli esami del DNA, quelli istochimici e la Tac ci potranno far conoscere molte cose sulla vita dei Medici e soprattutto sulle loro malattie. Campione migliore di Gian Gastone non si potrebbe trovare.

L’ultimo Granduca fu un condensato di malattie genetiche e acquisite, organiche e psichiche, ed era dedito a tutti i vizi, che di più non si potrebbe.



Cappelle Medicee

La Signoria dei Medici non avrebbe potuto estinguersi in modo peggiore.

Come tutti i membri della dinastia soffriva di gotta che lui esacerbava con i continui banchetti. La malattia era così diffusa che se un giovane Medici non presentava segni di iperuricemia veniva considerato spurio.

Il padre di Gian Gastone vedendo quel suo sciagurato figlio ipocondriaco, inetto, estraneo a tutto, sempre triste, rallegrato solo dalla compagnia di giovanotti dall’aspetto equivoco che frequentava nella villa di Lappoggi in compagnia dello zio Francesco Maria, omosessuale, era molto preoccupato per la successione.

In mancanza di alternative, prevedendo non lontana la propria fine, Cosimo III, costrinse il figlio riluttante a sposare Anna Maria

Francesca di Sassonia Lauenburg vedova di Filippo Guglielmo Augusto del Palatinato.

Fu un’operazione assai faticosa, ma ce la fece. Anna Maria era una donna rozza, bruttissima, piccola, grossa, informe, pelosa, che amava le stalle e i cavalli più degli uomini, era ancor più recalcitrante di Gian Gastone al matrimonio perché il suo confessore l’aveva messa in guardia dicendole che tutte le mogli dei Medici morivano avvelenate.

Gian Gastone, sempre succubo del padre, la sposò e accettò di andare a vivere in un tetro villaggio boemo che durante l’inverno lo fece sprofondare più che mai nella depressione. Unici svaghi il vino e l’amicizia di un palafreniere che aveva portato con sé da Firenze.

A primavera fuggì dalla moglie facendo perdere ogni speranza



Cortile interno di Palazzo Pitti che dà sul giardino con l'anfiteatro

di eredi al padre, Cosimo III, il quale ebbe un'idea ancor più infelice: fece abbandonare al fratello Francesco Maria l'abito talare per sposare la giovanissima Eleonora Gonzaga.

Per propiziare il matrimonio di Gian Gastone, Cosimo III era andato in pellegrinaggio a Loreto portando in dono un candelabro d'oro del peso di 18 libbre, per quello di Francesco Maria che a cinquant'anni mai aveva accostato una donna, ricorse a pozioni afrodisiache e a filtri magici.

La depressione di Gian Gastone, sempre più estraneo a tutte le cose dello stato, si aggravò progressivamente. Conservò qualche interesse solo per la botanica e l'antiquariato oltre all'attaccamento al vino e al palafreniere, il "sordido" Dani che aveva trasformato la reggia in un "ostello di sozzure e di infamie".

Anche le condizioni economiche di Firenze, in caduta libera, lasciavano completamente indifferente il Granduca.

Ad una manifestazione di donne della zona di Camaldoli, rimaste senza lavoro per la chiusura delle filande, che sotto le finestre di Palazzo Pitti chiedevano pane e lavoro, fece rispondere che lui non faceva il setaiolo.

Sempre più inebetito dal vino, tormentato dalla gotta, trascorse a letto otto anni, gli ultimi della sua vita, circondato da cani, con le finestre della camera sempre chiuse per paura di immaginari attentati.

Ceste di fiori venivano ammassate nella stanza per attenuare il puzzo dell'ambiente.

Alla fine era diventato incapace di qualunque movimento. Si dice che fosse anche luetico, ma non c'è la certezza che la lue nel '700

fosse già arrivata a Firenze.

Nella notte, poco prima che morisse, i fiorentini avevano affisso ai muri di Palazzo Pitti un manifesto con scritto: “Affittasi in quest’anno, che i Medici se ne vanno”.

Alla sua morte le potenze europee avevano già raggiunto l’accordo secondo il quale, il Granducato di Toscana passava alla casa di Lorena.

Vita

Diceva Lichtenberg: dimentico la maggior parte di quello che ho letto, come di quello che ho mangiato, so però che ciò non di meno entrambe le cose, contribuiscono a mantenere in vita il mio spirito e il mio corpo.

Thailandia

C’è stato il periodo dei chirurghi filippini che facevano miracoli nel guarire i mielolesi per traumi da surf, ci fu poi quello dei chirurghi indiani che operavano il fegato con le mani compiendo, stando ai racconti, guarigioni straordinarie.

Oggi sono in grande auge quelli thailandesi diventati famosi per gli interventi sul pene. Fanno miracoli nel migliorarne l’estetica e nell’accrescerne le dimensioni, ma dove fanno mirabilie è nel recupero delle capacità in coloro che hanno avuto ferite, traumi o amputazioni e sono diventati impotenti.

In occidente si cominciò a parlare dei chirurghi thailandesi al tempo dell’incidente del sergente Bobbit, al quale molti ben informati consigliarono già allora di recarsi appunto in Thailandia. Si apprese in seguito che erano da tempo maestri di questa peculiare chirurgia, in virtù della grande esperienza. Molti chirurghi thailandesi hanno raccolto casistiche senza eguali al mondo e ciò è dovuto al fatto che le donne thai-



George Christof
Lichtenberg



Bobbit

landesi in caso di tradimento, di norma, si vendicano amputando il pene al marito infedele. Quando il taglio è netto la riparazione viene bene e il recupero funzionale è pieno in più della metà dei casi.

Il guaio è che molte di queste donne tradite sono senza pietà e dopo aver asportato l'organo ne fanno scempio, facendolo beccare dalle canarine, l'immergono nell'acqua bollente, lo buttano nel water o lo tagliuzzano per renderlo irrecuperabile.

Il motivo dell'inferire è spiegato con l'importanza simbolica attribuita al pene in Thailandia. Da molte donne viene addirittura venerato. È considerato il simbolo del potere, della forza, dell'autorità, della fertilità, del benessere.

I mercatini sono pieni di falli propiziatori, in legno o in pietra, da porre sulla porta delle case, sui battelli, sulla prua delle navi.

Il dottor Surasak, uno dei chirurghi più affermati, avverte i suoi pazienti: "Se avete un amante, vostra moglie sarà folle di rabbia, perciò state in guardia perché è sempre pronta a mutilarvi in ogni momento". Ai mariti a rischio consiglia

di tenere sempre con sé un thermos con del ghiaccio, in modo da mettervi dentro l'organo amputato che deve essere sempre recuperato con la massima sollecitudine, impegnandosi sempre nell'impedire che venga martoriato. Consiglia inoltre di conoscere un buon chirurgo pronto al bisogno e al quale ricorrere nel minor tempo possibile.



Caparezza

La spinta

Dice Caparezza, cantautore pugliese, in giro per l'Italia:

Vuoi fare il cantante? Ti servirà una spinta.

Vuoi fare l'assessore? Ti servirà una spinta.

Vuoi fare carriera? Ti servirà una spinta.

Sull'orlo del burrone: avrò bisogno di una spinta.

“

Incrociare le dita riduce il dolore

Quante volte nella tensione della prova, nella paura dell'insuccesso, abbiamo incrociato le dita delle mani, gesto razionalmente inutile ma scaramanticamente di conforto. C'è chi lo fa pubblicamente, c'è chi lo fa di nascosto ma l'usanza è ampiamente diffusa. Il gesto di incrociare le dita sembra avere origini religiose. Sin dal Medio Evo si utilizzava tale mossa



per tenere lontano il diavolo, il malocchio e la sfortuna. Si riteneva infatti che il diavolo raggiungesse le anime delle persone attraverso le dita. Incrociarle ne ostacolava quindi il passaggio. Secondo altri invece incrociare le dita serviva a richiedere la protezione divina dato che questo gesto altro non era che un modo semplificato per fare il segno della croce. Nell'iconografia cristiana troviamo infatti spesso l'immagine di Cristo che tiene la mano destra in posizione "pantea" dove pollice, indice e medio sono tesi a raffigurare la Trinità mentre mignolo ed anulare sono ripiegati. Un gesto utilizzato soprattutto nella tradizione cristiana ortodossa da cui sarebbe evoluto l'attuale modo di incrociare le dita.

Un recente studio condotto in collaborazione dall'Università di Verona e l'University College di Londra fa però balenare l'ipotesi che incrociare le dita possa invece influenzare il modo in cui il cervello elabora la sensazione di dolore e permetterne in alcuni casi la riduzione. La ricerca suggerisce cioè la possibilità che il dolore possa essere modulato applicando altri stimoli sul corpo e modificando la posizione della parte del corpo dolorante.

Tale ipotesi potrebbe quindi scientificamente spiegare il successo attraverso i secoli di questo apparentemente banale gesto. Come a dire che se qualcosa si tramanda nei secoli in fondo un valido motivo ci deve essere.

F. S.

”

Qualche secondo di buonumore

*Sapete perché massimo è sempre in ritardo?
Perché tutti dicono: venite per le 8, massimo 8.15!*

Ho talmente sonno che appena ho chiuso gli occhi una pecora mi ha detto "Senti, io le altre neanche le chiamo".

Metti il piede destro sulla bilancia ed è tutto ok, poi appena metti l'altro sei sovrappeso. Ma quanto pesa il piede sinistro?



Il radiologo è l'unica persona a cui interessa se sei bello dentro!

Recenti studi confermano che il girovita ricorda cosa hai mangiato anni e anni prima. Tutto memorizzato su LARD DISK.

Ci sono distanze che solo il cuore può colmare, tipo quella fra il polmone destro e il polmone sinistro...

Non tutti sanno che se una mucca cade supina... Pina muore.

*"Da dove vieni?" "Dall'ex Jugoslavia, Montenegro. E tu?"
"Dalla Calabria, amaro del capo".*





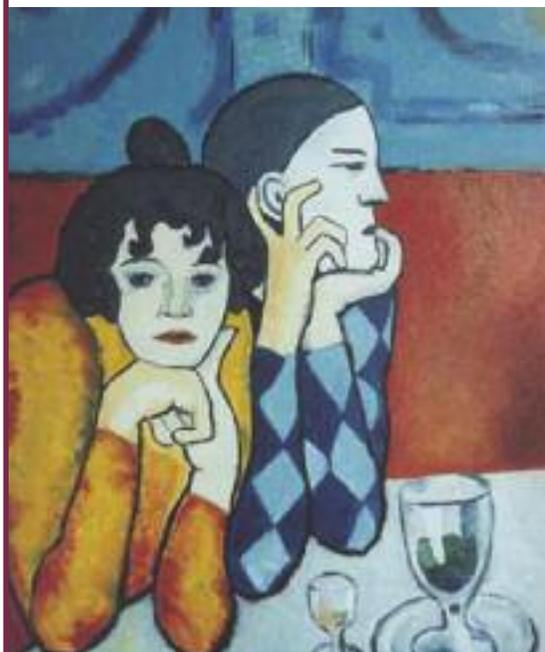
di Bruno Domenichelli

Ottimismo: fattore di prevenzione cardiovascolare?

Nel numero di aprile 2014 di Cuore & Salute, un nostro articolo, dal titolo: “Guarir dal ridere” apriva una promettente finestra sulla possibilità che affrontare le difficoltà dell’esistenza con buon umore potesse favorire positive prospettive di salute cardiovascolare e allungare la vita.

Nell’argomentare i motivi di questo ipotetico effetto della disponibilità al buon umore avevo citato pensieri ed aforismi di varia provenienza, dalla

Bibbia ai proverbi della saggezza popolare. Ma nonostante l’apparente... autorevolezza delle fonti citate, come medico, abituato per cinquant’anni ad un approccio scientifico alla ricerca e alla pratica professionale, non potevo certo ritenermi soddisfatto delle conclusioni e sapevo che i lettori di Cuore & Salute avrebbero potuto criticare il mio articolo per la sua discutibile scientificità. Ho allora pensato che, per adeguarmi alle tradizioni di serietà scientifica della rivista, avrei dovuto affrontare un excursus nel vastissimo campo della letteratura psicosomatica, per verificare l’esistenza



P. Picasso. *Arlecchino e la sua compagna (1901)*

La ricerca psicosomatica degli ultimi anni ha dimostrato le pericolose conseguenze sulla salute cardiovascolare delle situazioni psicologiche negative, come la depressione nervosa o problemi esistenziali di varia natura.



di qualche attendibile ricerca che potesse offrire serie documentazioni sul fatto che buonumore e ottimismo fossero veramente valide ricette per una buona salute cardiovascolare. È stato così che una revisione degli ultimi dieci anni della letteratura psicosomatica mi ha consentito di scoprire, con mia grande sorpresa, l'esistenza di una vasta documentazione scientifica in proposito.

La letteratura psicosomatica è in effetti da tempo ricca di dati sui legami negativi fra salute cardiovascolare e specifiche situazioni psicologiche NEGATIVE, come depressione nervosa, ostilità/rabbia, isolamento sociale, stress lavorativi (demotivazione, disoccupazione, frustrazione ecc.), problemi economici e familiari, mancanza di supporto sociale, tipi di personalità predisponenti ecc. È sta-

to ipotizzato che tutte queste situazioni convergano in un unico fattore psicosomatico negativo sull'apparato cardiovascolare, sinteticamente identificabile come AFFETTIVITÀ NEGATIVA (negative affect).

I soggetti che affrontano gli eventi esistenziali con elevata

affettività negativa si caratterizzano per la generale tendenza a provare senso di insoddisfazione, incertezza comportamentale, disagio sociale, angoscia, disperazione, fino a vere e proprie sindromi ansio-depressive.

J. Denollet ha fin dal 1996 identificato su questa linea la PERSONALITÀ DI TIPO D, della quale ha rilevato la valenza di fattore predisponente per malattie ischemiche cardiache e che si caratterizza per la combinazione di:

A - AFFETTIVITÀ NEGATIVA: Tendenza a preoccuparsi, ad assumere una visione pessimistica della vita, ad essere irritable, ansiosi e infelici ed in ge-



Il riso fa buon sangue (Autore sconosciuto, da internet)

La saggezza popolare è convinta che vivere all'insegna del buonumore possa predisporre alla buona salute. Negli ultimi anni la ricerca medica si è occupata di verificare, per mezzo di vaste ricerche epidemiologiche, il reale significato di questa idea così diffusa nell'immaginario popolare.

nerale a provare meno emozioni positive.

B - INIBIZIONE SOCIALE: Tendenza ad avere poche amicizie, a sentirsi a disagio in presenza di persone estranee, a non condividere le proprie emozioni negative per il timore di essere rifiutati o disapprovati.

Negli ultimi anni l'attenzione della ricerca psicosomatica si è viceversa spostata sui favorevoli effetti del **BENESSERE PSICOLOGICO**. Si è focalizzata così l'attenzione sull'esperienza soggettiva del benessere, **BENESSERE SOGGETTIVO PERCEPITO**, nei suoi significati affettivi di soddisfazione nei confronti della propria vita, di ottimismo, di "salute mentale positiva" e come "elevato livello percepito di godimento della vita". La ricerca psicosomatica degli ultimissimi anni sta quindi valorizzando sempre più le **EMOZIONI POSITIVE**, accumulando dati epidemiologici suggestivi del ruolo protettivo sulla salute cardiovascolare dell'**AFFETTIVITÀ POSITIVA**.

Gli articoli che si sono occupati del rapporto fra ottimismo e salute cardiovascolare sono ormai centinaia. Varrà la pena di citarne almeno alcuni dei più rappresentativi.

Va premesso che per descrive-

re i tratti psicologici "positivi" dei pazienti arruolati nelle ricerche, i diversi autori, oltre al termine di "ottimismo", hanno usato di volta in volta una grande varietà di termini genericamente assimilabili, fra cui: felicità, affettività positiva, entusiasmo vitale, soddisfazione esistenziale, speranza e gioia di vivere.

Nell'accezione più comune possiamo definire l'ottimismo come la disposizione a considerare la vita in una prospettiva positiva, a prevedere e a giudicare positivamente il corso degli eventi e a considerare la realtà nel suo modo migliore.

La grande maggioranza delle ricerche citate, epidemiologiche, cliniche e sperimentali, hanno dimostrato comunque, numeri alla mano, che affrontare la vita con ottimismo poteva significativamente migliorare la salute cardiovascolare e allungare la vita del cardiopatico. Non era quindi senza fondamento il detto popolare che "il riso fa buon sangue"!

Per avere un'idea di queste ricerche è particolarmente utile una recente revisione della letteratura effettuata nel 2012 da Bohem e Kubzansky, le quali hanno preso in esame oltre 200 recenti studi sull'argomento. Nel presentare questo lavoro di metanalisi l'autorevole Bollettino dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) dell'aprile 2012 così ne espone sinteticamente i risultati: "Gli individui più ottimisti hanno il 50% in meno di probabilità di subire un evento cardiovascolare rispetto ai loro coetanei meno ottimisti". Sentimenti posi-



K. Hering

Prescrivi felicità! Insegnare l'ottimismo ai propri pazienti rientra nelle strategie di educazione sanitaria, come nuovo ed efficace strumento del bagaglio terapeutico del medico.

tivi come l'ottimismo, la gioia, la soddisfazione e l'entusiasmo hanno quindi effetti positivi sulla salute cardiovascolare. Il commento dell'AIFA prosegue ipotizzando che l'ottimismo agisce verosimilmente in quanto spinge i soggetti ad impegnarsi in comportamenti più sani come lo sport e una dieta equilibrata.

Simili sono i risultati dello studio di China e Steptoe (2008) che esaminando i risultati di 45 studi su soggetti sani e cardiopatici, su complessivamente circa 50 mila soggetti, osservano mediamente una riduzione della mortalità cardiovascolare fra il 19% e il 28%, nei soggetti ottimisti.

“Non preoccuparti, cerca di essere felice”, titola lo studio canadese del Nova Scotia (2010), che ha seguito per 10 anni circa 1700 soggetti sani, rilevando che l'affettività positiva esercita un effetto positivo sulla mortalità coronarica.

La disposizione all'ottimismo costituisce un buon fattore di protezione cardiovascolare anche in **popolazioni di soggetti anziani**. Lo dimostra lo Zutphen Elderly Study (2006) che nei soggetti di età avanzata più ottimisti rileva un significativo aumento della

longevità, almeno nei soggetti sotto gli 80 anni. Ad analoghi risultati perviene lo studio di Bouwe e coll. (2011) che hanno seguito per sette anni soggetti di età superiore a 61 anni.

L'ottimismo si conferma buon fattore di protezione anche nel **sexo femminile**. È quanto risulta da uno studio apparso nel 2009 sull'autorevole *Circulation*, condotto su 97 mila donne sane, seguite nel tempo, nelle quali si è osservato un 30% di riduzione della **mortalità coronarica** in coloro che affrontavano la vita con maggior ottimismo. Nello stesso senso vanno i risultati del Women's Health Study del 2012, che, valutando con il Mental Health Index circa 30mila donne sane di mezza età, ha rilevato che una condizione di felicità (happiness) riduce del 30% il rischio di comparsa di nuovi casi di **fibrillazione atriale**, tanto da far titolare suggestivamente l'articolo: *“Sii felice: è meglio del Coumadin!”* (Un farmaco che riduce le complicanze emboliche della fibrillazione).

I correlati biologici dell'ottimismo

Assodato il lato epidemiologico del problema, era interessante indagare attraverso quali meccanismi l'ottimismo protegge il



H. Matisse. *La danza* (1909)

Sospesi fra cielo e terra, i giovani danzanti di Matisse sembrano mettere in scena, tutti i sentimenti che rendono “positivo” lo stare dell'uomo sulla terra; gioia di vivere, felicità, entusiasmo vitale, desiderio di godere insieme l'avventura della vita. Un'allegoria dell'ottimismo.

cuore. Numerosi sono i lavori clinici e sperimentali che hanno studiato i possibili meccanismi psicobiologici che possono essere coinvolti in questi effetti protettivi. Numerosi sono i lavori che dimostrano che gli ottimisti hanno **livelli più bassi di cortisolo plasmatico e di catecolamine circolanti**. I soggetti ottimisti presentano mediamente livelli inferiori alla media di **pressione e di frequenza cardiaca**, condizioni che sappiamo favorire una buona salute cardiovascolare.

Altri studi hanno rilevato che gli ottimisti sono caratterizzati da un migliore equilibrio neurovegetativo, con **riduzione dell'attività simpatica ed aumento del tono vagale**.

Un ulteriore contributo nello studio delle relazioni fra i correlati psicobiologici dell'ottimismo e una migliore salute cardiovascolare è venuto da alcuni studi (Circulation, 2013) che ipotizzano che la minore mortalità cardiovascolare degli ottimisti possa essere in relazione ad una **propensione ad una maggiore attività fisica** che sappiamo costituire un fattore protettivo nei confronti delle malattie ischemiche del cuore.

I medici e l'educazione all'ottimismo

Sulla base dei risultati di tutte

queste ricerche, potevo ritenermi soddisfatto sulla reale consistenza clinica delle raccomandazioni empiriche della **saggezza popolare che affermavano che "Il riso fa buon sangue"**.

Gli insegnamenti appresi da questa rassegna hanno importanti ricadute sulla prevenzione cardiovascolare e contribuiscono ulteriormente a motivare l'impegno di noi cardiologi nell'accertamento e nelle cure delle basi psicosomatiche delle cardiopatie.

Un modo pessimistico di impostare la propria esistenza deve essere considerato come fattore di rischio cardiovascolare al pari dell'ipercolesterolemia, dell'ipertensione arteriosa, dell'abitudine al fumo, della sedentarietà fisica e dell'obesità e deve quindi essere combattuto con idonee strategie psicoterapeutiche.

"Prescrivi felicità"! Un lavoro del 2005 consiglia al medico di famiglia di tenere sempre presente questa raccomandazione e di spingere i propri pazienti alla pratica dei principi della *psicologia positiva*, che si propone una maggiore conoscenza degli effetti sulla salute della felicità e all'ottimismo e di additare la strada per seguirne gli insegnamenti.

L'insegnamento dell'ottimismo rientra quindi nelle strategie di educazione sanitaria e può essere considerato come nuovo strumento nel bagaglio terapeutico di un medico sensibile alla prevenzione.

Numerose sono le strategie psicoterapeutiche specialistiche proposte dagli psicologi per migliorare gli atteggiamenti *positivi* nell'affrontare l'esistenza. Ricordo fra queste le terapie cognitivo-comportamentali, la well-being therapy (terapia del benessere), la psicologia positiva e le terapie di attivazione comportamentale.

Si tratta generalmente di approcci terapeutici di pertinenza di psicologi specialisti. Ma ogni cardiologo, ormai consapevole dell'importanza prognostica dell'ottimismo, potrà nella sua pratica quotidiana impostare con i propri pazienti un semplice colloquio una-



no e psicologico, allo scopo di scoprire eventuali radici psicosomatiche o comportamentali alla base della patologia cardiovascolare da cui questo è affetto. Anche senza essere psicologi specialisti, nel corso della sua attività clinica quotidiana, il cardiologo potrà empiricamente farsi un'idea sul livello dell'affettività più o meno positiva del malato e sul grado di ottimismo con cui affronta la vita, attraverso l'osservazione della sua mimica ed in particolare della capacità del soggetto di sorridere durante il colloquio clinico o mediante semplici domande-sti-

molo sulla propensione ad affrontare gli aspetti della vita quotidiana traendone o meno sensazioni di piacere.

Sulla base di queste empiriche osservazioni, dettate dall'esperienza, dallo spirito di osservazione e dalle capacità di empatia, potrà essere compito anche del cardiologo suggerire al paziente alcune semplici strategie comportamentali per aiutarlo a capire che mezzo bicchiere d'acqua potrà vantaggiosamente essere definito "mezzo pieno" piuttosto che "mezzo vuoto".

Un invito quindi all'ottimismo,

come salutare operazione di ecologia della mente, nella prospettiva di proteggere il cuore e farlo vivere meglio. Ma nel contempo anche un impegno esistenziale, uno stile di vita che costituisce una predisposizione mentalmente necessaria per poter sfruttare al meglio i "talenti" che la sorte ci ha concesso.

Così inteso l'ottimismo assume dimensioni che trascendono le buone norme dell'educazione sanitaria e si carica di valenze esistenziali, sulle quali ci proponiamo di riflettere insieme in uno dei prossimi numeri di *Cuore & Salute*.

“

Curiamo i sani?

Riflessione di un ipertensivologo pentito.

Il dato epidemiologico relativo all'acquisizione del target pressorio 140/90 nei pazienti in terapia è sconcertante. Le cause di questo insuccesso sono molte. Una di queste potrebbe essere individuata dalla conversazione che Don Milani ebbe negli anni '50 con l'allora responsabile del dicastero dell'Istruzione Pubblica Guido Gonella: "Caro Ministro, nell'istruzione pubblica ci comportiamo come si fa negli Ospedali, noi insegniamo solo ai più dotati, loro preferiscono curare i sani..."

Avendo collaborato per 25 anni con due importanti Centri per lo Studio dell'Ipertensione, faccio mea culpa: una stragrande maggioranza dei pazienti hanno frequentato i Centri per un periodo superiore ai 7/10 anni, precludendone quindi ad altri l'accesso.

Risultato: questi privilegiati avrebbero potuto aprire uno studio con la targa: ipertensivologo esperto. Ma gli altri?!

Toni Giovanzana

”



di Massimo Pandolfi

I maghi del pallone

Lo confesso: sono interista. È più facile dichiararlo in questo momento in quanto chi vince sempre è antipatico e chi perde, al contrario, diventa almeno tollerato. Se poi è l'Inter a perdere, ne guadagna indubbiamente l'umorismo collettivo, come dimostrano le barzellette che da un anno a questa parte cominciano a rifiorire.

Comunque, non lo sono dalla nascita, come proclamano tanti tifosi nerazzurri nei vari forum, ma da quei mitici anni 60 in cui la squadra del biscione dominava in Italia e nel mondo. Chi, come me, era un bambino in quegli anni, aveva imparato a mente, come una filastrocca, la formazione. "Sarti, Burgnich, Facchetti, Bedin, Guarneri, Picchi...".

Che nostalgia! Il condottiero di quella mitica squadra era uno strano e buffo personaggio, dall'italiano incerto in quanto di origini franco-argentine, il mago Herrera.



Mazzola ed Herrera

Aveva strani metodi di allenamento, tattiche esoteriche ma efficaci e seppe portare la mia squadra del cuore sul tetto del mondo, fino a che, in quella che pareva essere la migliore annata dell'Inter, improvvisamente perse il tocco magico e con questo la capacità di vincere.

Il suo ciclo tramontò tra maggio e giugno del 1967, quando perse prima la finale della Coppa dei Campioni a Lisbona contro il Celtic Glasgow e subito dopo lo scudetto a Mantova con la colossale "papera" del grande Giuliano Sarti su un innocuo cross dell'ex Di Giacomo.

Passò alla Roma e quando ritornò all'Inter, oramai malato, seppe vivere solo di ricordi, fino alla morte che avvenne nella città più affascinante e decadente del nostro paese, Venezia.

Ma i maghi non erano presenti solo nel dorato mondo del calcio; un altro tipo di pallone dette fama e soddisfazioni, forse superiori a quelle del terreno erboso degli stadi, a un altro personaggio, più serio ma non per questo meno affascinante di Helenio Herrera. Parlo di Andreas Roland Gruentzig, l'inventore dell'angioplastica. Era un tedesco di Dresda, serio, metodico, lavoratore. Ave-

va passioni extralavorative, tra le quali quella per il volo che, come vedremo alla fine, sarebbe stato meglio che non l'avesse mai avuta.

Durante un soggiorno di studio a Engelskirchen aveva appreso la tecnica che Charles Dotter aveva portato in auge nella terapia delle vasculopatie periferiche. Questi durante un'angiografia aveva casualmente fatto passare un catetere attraverso un'arteria iliaca completamente occlusa e l'inconveniente gli aveva fatto balenare l'idea che in questo modo poteva tentare di riaprire arterie





Andreas Roland Gruentzig

che altrimenti avrebbero beneficiato solo dell'intervento chirurgico. Affascinato dall'idea il giovane medico si trasferì all'Ospedale di Zurigo e lì, nel 1974, assieme ad un ingegnere dell'Università, il Professor Hopf, realizzò il primo catetere a palloncino usando una sostanza, il polivinilcloride (PVC) che, riscaldata, permetteva una correlazione tra diametro e pressione interna.

Seguì una lunga fase di prove sugli animali, fino a che l'allora trentottenne Gruentzig sperimentò la metodica su un assicuratore, quasi a lui coetaneo, che soffriva di angina da sforzo per una stenosi prossimale della discendente anteriore. L'intervento non fu privo di emozioni, anche se durante la dilatazione il paziente rimase tranquillo e asintomatico, senza sviluppare aritmie minacciose o segni di ischemia. Il pro-

blema furono i palloncini che uno dopo l'altro scoppiarono durante la prova. Con l'ultimo strumento a disposizione fu eseguita la procedura e da allora il mondo della cardiologia interventistica si popolò di proseliti e di risultati a dir poco eccezionali. Il brillante medico aspettò a rendere pubblico il risultato, frenando l'entusiasmo del paziente stesso che aveva già avvertito la stampa. Calmare i giornalisti fu più difficile che eseguire l'angioplastica e solo dopo cinque consecutivi successi i risultati furono presentati al congresso del 1977 all'American Heart Association.

Il brillante cardiologo si trasferì ad Atlanta, alla *Medical School di Emory* dove, nonostante le controversie e le difficoltà, passò il resto della sua breve vita ad insegnare.

Il destino beffardo nell'ottobre del 1985 ne interruppe in tutti i sensi il volo, facendolo precipitare, assieme alla moglie Ann, in un tragico incidente con l'aereo che lui stesso pilotava.

Di Gruentzig, come epitaffio, ricordiamo le parole profetiche: "Ho lasciato un segno nella medicina. Ho dimostrato che è possibile operare all'interno delle coronarie con il paziente sveglio e comodamente sdraiato".

Hai lasciato più di un segno, Andreas: hai aperto una strada che, velocemente, ha migliorato la cura dell'ischemia miocardica in tutto il mondo, hai insegnato un modo diverso di fare medicina. Come Helenio che, con il suo "taca la bala" mostrò un modo nuovo di intendere il calcio.

Entrambi maghi, ma soprattutto grandi professionisti, figure degne di essere ricordate con stima e simpatia nella lunga e splendida storia dell'Uomo.



di **Salvatore Milito**

La stretta di mano 2.0, un altro punto di vista

In un recente Cuore & Salute il Prof. Eligio Piccolo ci ha proposto una sagace riflessione sulla stretta di mano quale metodo per valutare il rischio individuale di malattie cardiovascolari e mortalità per tutte le cause. Lo spunto era stato uno studio sul tema pubblicato su Lancet.

Argomento vasto, la stretta di mano, che si presta a mille considerazioni, anche stando al solo ambito medico. Tra queste colgo quella contenuta in una risposta del Prof. Pier Luigi Prati ad un lettore, anch'egli medico (Cuore e Salute, settembre 2004, "Piccole grandi cose: la stretta di mano in medicina").

Il lettore scriveva (sintetizzo): "Continuo ad essere insoddisfatto della mia capacità di affrontare in modo spontaneo, disinvolto, il contatto con l'ammalato e con i suoi familiari. Cosa fare per uscire dal mio perenne imbarazzo?".

Nella sua risposta Prati loda la sensibilità del collega, sottolinea l'importanza del "contenuto umano del colloquio medico-ammalato" e cita una frase di un libro di Robert Brackman ("How to break bad news"): "Studenti o medici dovrebbero iniziare ogni colloquio con una stretta di mano". Nella citazione del grande clinico non era in ballo la stretta di mano quale spia o presagio di malanni prossimi venturi. L'intento era di evidenziare il significato umano di quel gesto, tralasciando i rischi di trasmettere agenti infettivi.



Insomma, si trattava di tranquillizzare il collega “in perenne imbarazzo” nei suoi contatti con l’ammalato; rincuorarlo sull’esistenza di una via d’uscita dalla frustrazione che lo aveva spinto, lui “laureato in medicina da parecchi anni”, a chiedere aiuto con una lettera alla rubrica “Lettere a Prati”; indicare nella stretta di mano col paziente (alla faccia - almeno in quel frangente - di virus e morbi vari) una soluzione efficace all’assillo del collega lettore. Diversamente da Prati, un certo Dr. Dave Whitworth, università di Aberystwyth, Inghilterra, auspica l’adozione del cameratesco ma più igienico *fist bump* al posto della stretta di mano, potenziale “ricetrasmittente” di agenti infettivi. Il *fist bump* è un fugace colpetto fra i pugni chiusi di due che s’incontrano (una sorta di cenno di complicità fra tipi in vena di goliardate). Lo usano personaggi famosi, in segno di informale, ancorché fuggevole intesa: il presidente Obama, sportivi famosi, attori, rapper, perfino il Dalai Lama. Dati questi prestigiosi *testimonial* è probabile che questa mossa, da qualcuno tradotta “batti il pugno”, si diffonda presto anche da noi. Ma resistiamo. Meglio tenerci stretta, finché possiamo, la



veneranda, collaudata... stretta di mano. Resistiamo ma non illudiamoci: non ci siamo forse invaghiti della anglosassone Halloween? Tra questa e le nostre ben più antiche, radicate e suggestive manifestazioni popolari per commemorare i defunti, non c’è partita. Ha vinto, tranne che in ambiti loco-regionali, la “notte delle streghe” tipicamente *yankee*. Ma lasciamo alla loro sorte il *fist bump* e la festa della cucurbita e torniamo alla veneranda stretta di mano. La mano, l’abbiamo detto, è un efficace veicolo di diffusione di agenti infettivi. Lo è soprattutto negli ambienti medici, tant’è che in Gran Bretagna le autorità sanitarie raccomandano cinque misure importanti per prevenire le infezioni nosocomiali: “prima di tutto lavarsi le mani, lavarsi le mani, lavarsi le

mani, indossare un camice a maniche corte, rinunciare all’orologio da polso”. Ma nonostante la palese apprensione suscitata dal saluto “pelle a pelle”, da un’indagine pubblicata da Archives of Internal Medicines risulta che il 78% dei pazienti intervistati “vorrebbe che il medico stringesse loro la mano”. Sarebbe insomma auspicabile e... sano (almeno sotto l’aspetto relazionale) stringere, senza pensarci troppo, tante mani quante sono le volte in cui ci si imbatte in un braccio teso in segno di pace verso di noi. Chiarito il possibile azzardo di trasmettere infezioni dal medico al paziente, che dire del rischio nell’altro senso? Beh, qui c’è poco da dire. È il rischio della professione, bellezza! Nel dubbio, che fare? Declinare l’invito al saluto mentre l’altro insiste nel porgere la sua mano? Si

può, ma non senza abbozzare, subito dopo, un pretesto credibile, magari sermoneggiando sulle insidie microbiche in agguato dietro quella che per l'innocente paziente è solo un segno d'animo ben disposto.

Sarebbe un'occasione persa. È pur vero che quel breve contatto palmare può traghettare germi e virus ma è un potente *database* semiotico che del paziente può dirci molte cose, utili anche a fini di diagnosi e cura (vedi quanto riportato da Eligio Piccolo).

Esiste infatti una stretta di mano per ogni sfaccettatura della commedia umana: c'è quella del timido, incerta, evasiva; quella ossequiosa, con calcolata flessione del capo; quella ribalda, pesantemente inanellata, del guappo; quella quasi evanescente del "Sono apparso alla Madonna"; quella spocchiosa

degli *yuppies* in carriera, che sprizza smodata intraprendenza; quella del rampante realizzato che stritola le altrui nocche in segno di *machismo*; quella rigida del diffidente, che concede con ritrosia dita sguscianti; quella dell'(ex)blasonato, dal palmo languidamente diretto in giù, memore degli antichi baciamani; quella torpida, svegliata, del "chissenefrega"; quella di chi ti sequestra la mano e la molla solo dopo averla a lungo sbatacchiata su e giù come fosse la leva del pozzo di una volta; quella del politico in campagna elettorale, quanto mai sincera, calorosa e devota, *sisignore!* Devota, ma solo fino al voto; quella del Pinocchio che promette cose che mai saranno; quella dalle movenze solenni, quasi un incedere verso chissà quale consacrazione; quella ga-

ribaldina, che ti smonta il braccio; quella stentata, pudica, che concede solo le dita, e nemmeno tutte; quella cauta e felpata del pianista o del chirurgo ansiosi di proteggere il loro strumento di lavoro; quella gagliarda e callosa del lavoratore manuale poco avvezzo a dosare la morsa in cose che non sappiano di fatica.

Ecco: da un estremo all'altro della vasta gamma, dalla stretta più dimessa a quella più vigorosa, infiniti sono i modi in cui quel gesto, così ordinario eppure così espressivo, può influire sul seguito di un incontro.

Ricordate la stretta di mano fra Rabin e Arafat sul prato della Casa Bianca (13 settembre 1993), promessa di un processo di pace che poi, purtroppo, non si avverò? E, prima ancora, all'opposto, quella negata da un livido Hitler a Jesse Owens, atleta nero americano che demolì la folle teoria della superiorità della razza ariana vincendo quattro medaglie d'oro alle Olimpiadi di Berlino del 1936?

Stringere la mano o rifiutarsi di stringerla: potente mezzo *a-tecnologico* per comunicare e per scambiarsi informazioni. In medicina è, in un senso, *pre-anamnestico*; nell'altro, quello diretto dal medico al paziente, serve





(con un breve quanto ineludibile contatto visivo) a rompere il ghiaccio, a stabilire un'alleanza, ad esprimere disponibilità; volendo, anche dinamismo, che è segno di sapersi muovere nella giusta direzione, ma senza alcun intento di voler dominare la scena con la propria scienza dell'“Io sono io e tu non sei un c...”.

Forse un giorno la stretta di mano scomparirà dal catalogo degli indicatori di civiltà inventati per smussare l'aggressività e la diffidenza, per avvicinare i discordi, per comunicare partecipazione. Forse scomparirà. Come è quasi scomparso dai nostri usi

l'appellativo “Signore”, sostituito dai dozzinali, impersonali, straripanti “Dicaaa!”, “Che volevaa ?!”, “Dotto’!”, ecc.

Se un giorno questo arcaico ma nobile modo di salutarsi dovesse però tramontare, perché non igienico o ormai obsoleto, il rischio è che gli subentri il *fist bump* o il “dammi il cinque” o un riesumato *Augh!* degli Apaches o, in caso di brutta piega, il celebre, grifagno *Haka* dei rugbisti All Blacks neozelandesi.

Tanto vale, allora, optare da subito per il gentile, aggraziato e asettico saluto a mani giunte, tipico delle popolazioni orientali, evocato da Eligio Piccolo.

tra i libri ricevuti

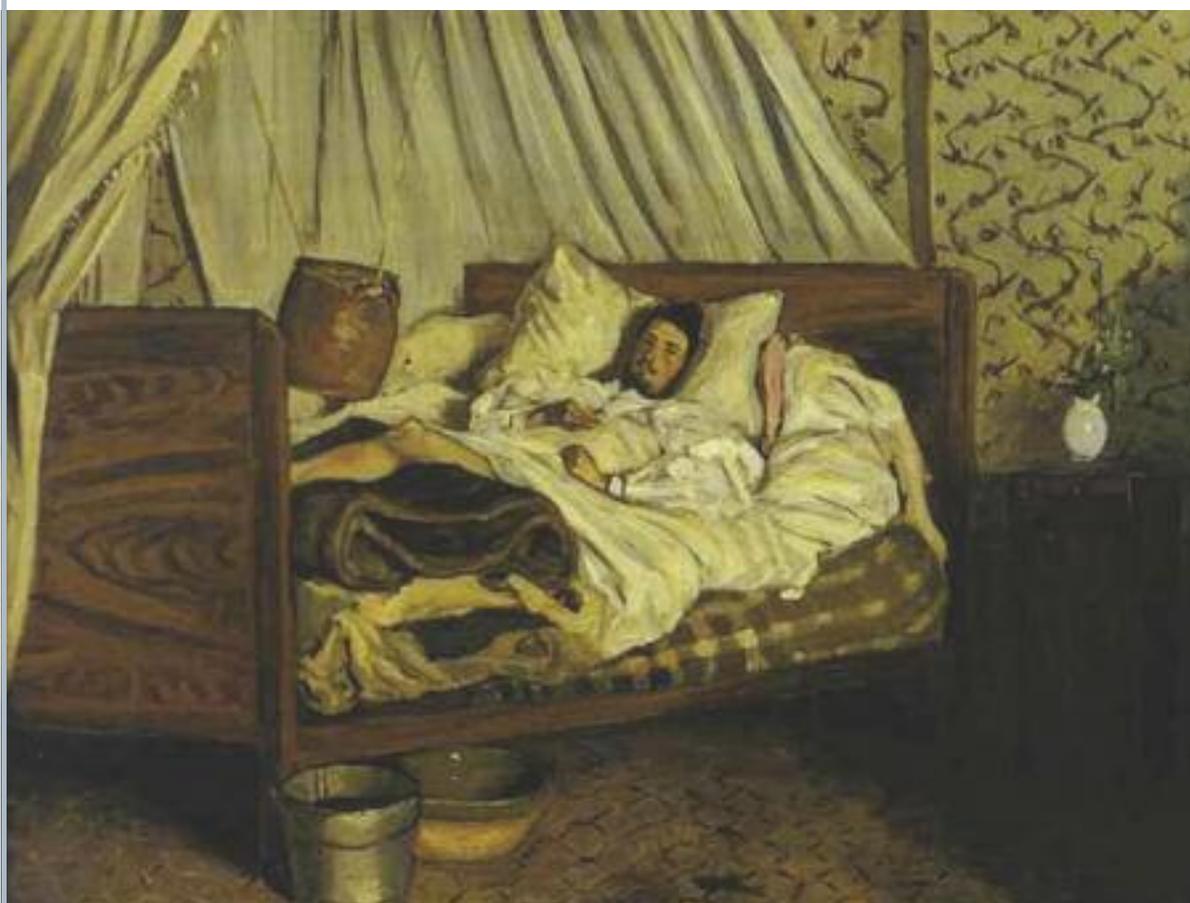
Quando un aritmologo di razza, di quelli che hanno vissuto il boom della cardiologia nel crogiolo di maestri e di colleghi illustri, lascia l'ospedale dove la routine, le emergenze e gli obblighi organizzativi lo tenevano imprigionato in quel “sistema esecutivo centrale”, che l'“omonimo” Daniel Levitin della Stanford University definiva l'impegno attivo del lavoro quotidiano, e va in quiescenza, ma senza abbandonare gli interessi culturali di una vita, egli si ritrova finalmente in quel “sogno ad occhi aperti” nel quale, sempre secondo Levitin, si riordinano le idee e si può tramandare la propria esperienza. È quanto ha realizzato Daniele Bracchetti di Bologna nel suo “LE ARITMIE NELLA PRATICA CLINICA”, pubblicato recentemente dall'editore PICCIN di Padova; un manuale certamente utile ai cardiologi e agli studenti, che se lo possono portare in corsia o in ambulatorio come un agile pocket-book.

E.P.



di Filippo Stazi

Quadri & Salute



L'ospedale da campo improvvisato, Jean-Frederic Bazille

“L’ospedale da campo improvvisato” è un olio su tela di 48 x 65 cm, dipinto dal pittore francese Jean-Frederic Bazille nel 1865. Figlio di una ricca famiglia protestante di produttori di vini, Jean-Frederic Bazille nasce a Montpellier nel 1841. Successivamente si trasferisce a Parigi per studiare medicina ma ben presto abbandona gli studi, contro la volontà della famiglia, per dedicarsi alla pittura. Nel 1862 conosce e stringe un forte legame d’amicizia con Sisley, Monet, Renoir e Manet. Grazie alla sua disponibilità economica Bazille aiuta gli amici nelle difficoltà dell’inizio carriera, spesso li ospita nel suo studio e procura loro il necessario per dipingere. Le stanze del suo atelier, situato alle Batignolles, diventano pertanto punto di incontro per questi artisti e il loro sodalizio, poi sfociato nel grande movimento impressionista, viene per tale motivo chiamato “Scuola delle Batignolles”. Allo scoppio della guerra franco-prussiana del 1870 Bazille si arruola volontario in un reggimento di Zuavi; inviato a Philipperville viene ucciso, a solo 29 anni, il 28 novembre del 1870, durante i combattimenti a Beaune-la-Rolande.

Nella primavera del 1865 Claude Monet si reca a Chailly, nella foresta di Fontainebleau, per eseguire degli studi en plein air per la sua “Colazione sull’erba” e chiede insistentemente a Bazille di raggiungerlo per fargli da modello. Pochi giorni dopo l’arrivo dell’amico, Monet rimane però vittima di un incidente e deve sospendere il lavoro.

Il quadro raffigura appunto Monet bloccato a letto da una ferita alla gamba. I protagonisti delle opere di Bazille sono spesso raffigurati fermi, a volte, come in questo caso, addirittura immobilizzati. Il gu-

sto del pittore per la staticità ben si coniuga quindi con questa specifica circostanza in cui Monet ferito, è rappresentato mentre giace inerte nella sua camera d’albergo. Dal dipinto si deduce che Bazille, forse memore dei suoi brevi studi di medicina, ha cercato di alleviare le sofferenze dell’amico, improvvisando una sorta di ospedale da campo. Un recipiente, che funge da contrappeso, è sospeso all’estremità di due corde, mentre alcune coperte, poste una sopra l’altra, servono a tenere sollevata la gamba ferita.

L’opera raffigura realisticamente la situazione. Nel disordine del letto, si distingue chiaramente la ferita rosseggiante sulla tibia di Monet mentre il viso dell’artista esprime la prostrazione per l’immobilità forzata. L’intimità della scena, infine, testimonia il legame di amicizia che unisce i due uomini.

“

Pillole di romanesca saggezza

Chi a’bon cavallo in stalla, nun se cura d’annà a piedi
La donna è come la castagna, bella de fora e drento ha la magagna
Gallina che nun becca ha già beccato
Voll’acqua er prato e vvò la donna amore
Occhio nun vede, core nun dole

F. S.

”



di Vito Cagli

Fino a che punto ridurre la pressione arteriosa negli ipertesi?

I consigli dello studio SPRINT

Da anni si ripete un balletto di cifre che ci lascia confusi e talora persino storditi. Queste diverse cifre vogliono rispondere a una domanda importante che, semplificando, possiamo esprimere così: fino a quali valori va ridotta negli ipertesi la pressione sistolica? Sotto 140, come consigliato da più tempo? O sotto 130, se ci sono complicazioni d'organo? Oppure sotto 120, come nello studio HOT di alcuni anni fa? O semplicemente seguendo lo slogan *lower is better* ("più bassa è meglio è")?

Eppure, va ribadito, il vero problema, quello più importante, è che vi sono ancora molti ipertesi indagnosticati, non pochi curati insufficientemente, e un numero non trascurabile che, semplicemente, non si cura affatto.

L'unica cosa certa, questo sì, è che l'abbassamento della pressione arteriosa elevata riduce il numero delle malattie e delle morti per cause cardiovascolari (Fig.1) e rallenta la progressione dell'insufficienza renale causata dagli alti valori della pressione arteriosa. In questo quadro s'inserisce lo studio SPRINT, pubblicato recentemente sul prestigioso *New England Journal of Medicine* (2015;373:2103-2116).

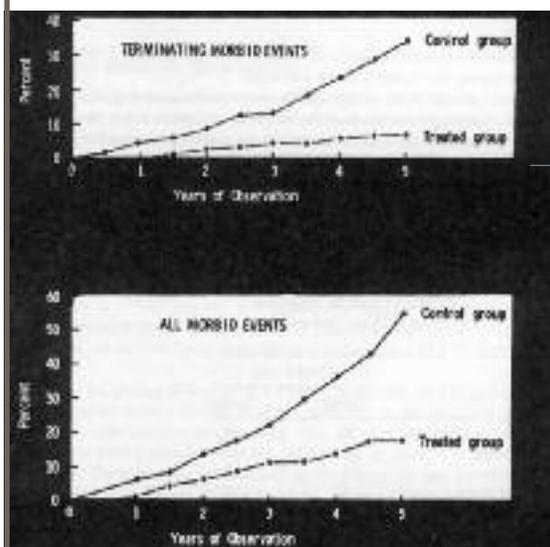


Fig. 1 - La figura mostra i dati del primo studio della Veterans Administration, pubblicati su JAMA nel 1967. Si tratta della prima dimostrazione, in assoluto, del vantaggio di ridurre la pressione arteriosa negli ipertesi. È evidente la riduzione delle morti (riquadro superiore) e delle malattie cardiovascolari (riquadro inferiore) nel gruppo dei soggetti trattati con anti-ipertensivi, rispetto al gruppo di controllo non trattato.

Lo studio ha coinvolto 9361 ipertesi (il 31% afroamericani), con età media di 67.9 anni, a rischio elevato per la presenza di malattie cardiovascolari cliniche o subcliniche (ictus escluso), o con insufficienza renale cronica (filtrato glomerulare stimato, tra 60 e 20), ma non diabetici. I pazienti furono divisi in due gruppi omogenei sotto ogni aspetto, l'uno assegnato al raggiungimento di pressione sistolica inferiore a 120, *trattamento intensivo*, e l'altro al raggiungimento di pressione sistolica inferiore a 140, *trattamento standard*, da ottenersi con terapia anti-ipertensiva condotta senza vincolo dei farmaci da impiegare.

Dopo un periodo medio di trattamento di poco più di tre anni, lo studio venne interrotto, in quanto era emerso un beneficio significativo (Fig.2) nel gruppo che era stato tenuto a un valore di pressione sistolica mediamente pari a 121.4 mmHg, rispetto a quello con valore di 136.2. Nel gruppo a più bassi valori le riduzioni maggiormente significative delle complicanze riguardavano l'insorgenza di primo infarto miocardico, sindrome coronarica acuta, ictus, insufficienza cardiaca, morte per causa cardio-vasco-

lare. Nel loro insieme questi eventi furono 243 (5%) nel gruppo con trattamento intensivo, contro 319 (6.8%) nel gruppo con trattamento standard. I decessi, da qualunque causa determinati, furono meno numerosi nel gruppo trattato intensivamente rispetto al gruppo con trattamento standard (155 contro 210).

Va segnalata però nel gruppo in trattamento intensivo la frequente riduzione del filtrato glomerulare in pazienti precedentemente non affetti da insufficienza renale. Queste modificazioni del filtrato glomerulare sarebbero da attribuire, secondo gli autori, agli effetti sulla circolazione sanguigna a livello dei glomeruli renali, determinati dal maggior uso di diuretici e inibitori dell'angiotensina nei pazienti in trattamento intensivo.

Tra gli effetti avversi vengono segnalati, con incidenza maggiore

tra i pazienti in trattamento intensivo, l'insufficienza renale acuta (204 casi = 4.4% contro 120 = 2.6%), una sodiemia inferiore a 130 mmol (180 casi = 3.8 % contro 100 = 2.1%) e l'ipotensione arteriosa (110 casi = 2.4 % contro 65 = 1.4%).

Questi i dati principali che, in sostanza, mostrerebbero qualche vantaggio a tenere la pressione arteriosa al di sotto dei valori comunemente consigliati, anche pagando il prezzo di inconvenienti, peraltro non troppo gravi e non troppo frequenti.

Ci sia concesso, tuttavia, di avanzare qualche non trascurabile riserva, al di là di quella, sempre necessaria, che riguarda la profonda differenza tra le popolazioni dei trial ed i pazienti della

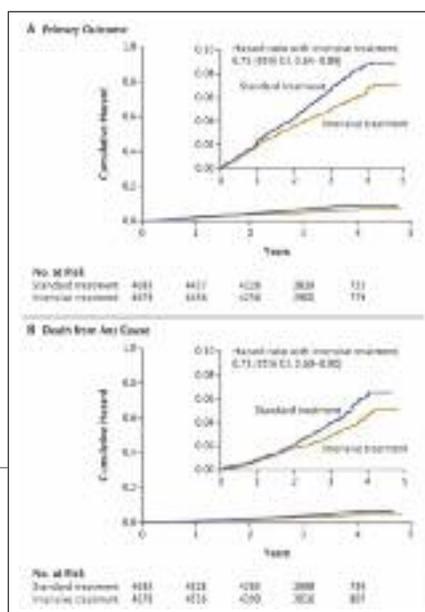


Fig. 2 - Risultati dello studio SPRINT. Nel riquadro in alto la linea inferiore evidenzia il minor numero di malattie cardiovascolari intervenute nel gruppo dei pazienti a trattamento intensivo, rispetto alla linea superiore che riguarda il gruppo a trattamento standard. Nel riquadro in basso si evidenzia il minor numero di morti per qualsiasi causa nel gruppo a trattamento intensivo (linea inferiore), rispetto al gruppo a trattamento standard (linea superiore).



comune attività medica. La riserva principale concerne le caratteristiche etniche dei soggetti inclusi nello studio SPRINT, solo per 57.7 % rappresentati da bianchi (i restanti essendo qualificati come «neri», «ispanici» o come «altri»). Ora, almeno per gli afroamericani è nota la grande sensibilità ai diuretici che distingue questa popolazione dagli europei e evidenzia la preponderanza nei primi delle ipertensioni volume-dipendenti.

Torna utile pertanto considerare lo studio SPRINT anzitutto come richiamo a trattare l'ipertensione arteriosa, a condurre il trattamento in modo continuativo e a mantenere valori ridotti significativamente rispetto a quelli di partenza.

Quanto al raggiungimento di valori predeterminati di pressione arteriosa, va sempre tenuto conto di quei suggerimenti che il buon senso, il decorso e l'attenta sorveglianza dei pazienti possono consigliare. Il che, tradotto in comportamenti, significa che soltanto laddove sia possibile un accurato e frequente controllo dei malati a

più elevato rischio cardiovascolare ci si può proporre un abbassamento di pressione quale lo studio SPRINT suggerisce, avendo sempre a mente che il colloquio con

il malato e l'attenzione al suo benessere sono elementi di decisione altrettanto importanti quanto i valori della pressione arteriosa e

quanto i controlli strumentali e di laboratorio, peraltro sempre indispensabili.

“

Su la morte

Se poi devo morì famme morì, ma pè piacere nu me fa soffrì; me rivorgo ar Signore che è in Cielo e che quando ch'è toccato proprio a Lui è stato avvolto in quel famoso telo bianco come la neve, di gran lino, la Sacra Sindone che adesso sta a Torino.

Tu l'hai sentite le lance ner costato, inferte da li sbirri del Console Pilato, del dolore che provasti su la croce; di ar Padre Tuo, dijelo a gran voce, che se decida a emette sta sentenza!

“E' un editto che mando per futuro, è un pensiero che sento ormai maturo: tutti quelli alla fine della vita se questa è stata piena de valori, se devono pentì senza timori, devono lassà er monno senza strazio o malatia che fa soffrì parecchio. Ma devono morì 'n pace e BONANOTTE AR SECCHIO!”

Angelo Lotti

”

a cura di **Franco Fontanini**



La palla di Tiche

Tiche, imperscrutabile figlia di Zeus, amava giocare. Chi veniva colpito dalla sua palla moriva perchè il suo cuore cessava di battere.

*Nella rubrica **La palla di Tiche** viene ricordato un personaggio del nostro tempo o del passato, illustre o sconosciuto, morto d'infarto. I medici e i lettori sono invitati a segnalarci casi di loro diretta conoscenza che presentino peculiarità meritevoli di essere conosciute.*

L'uomo e le grandi epidemie (Preistoria-Storia-Arte)

di **Antonio Pasquale Potena**

Nel suo andare nel tempo, l'uomo è sempre stato accompagnato da grandi epidemie, dette pesti, perché quasi sempre ferali. Saltellando lungo i secoli, proviamo a ricordarne alcune delle più note.

La Bibbia narra nel primo libro di Samuele della pestilenza inviata da Dio ai Filistei, colpevoli d'aver rubato l'Arca dell'Alleanza Ebraica.

Nel primo libro dell'Iliade Omero narra che il dio Apollo, per punire Agamennone, durante l'assedio di Troia, "Mala peste fé nascere nel campo degli Achei.... e di continuo le pire dei morti ardevano fitte". L'antefatto: Criseide, figlia di Crise, sacerdote di Apollo, viene rapita dai Greci e data in dono ad Agamennone, capo supremo. L'amor di padre spinge Crise a recarsi, con ricchi doni, nell'accampamento degli Achei per richiederne la restituzione, ma viene malmenato e scacciato. Cosa gli resta da fare se non pregare il suo Dio e chiedere una severa punizione per Agamennone ed i suoi? Apollo lo esaudisce prontamente e comincia a dardeggiare con dardi pestiferi l'accampamento, seminando morti e rovine.



Agamennone



tutti al Pireo, di modo che si sparse tra di loro la voce che gli Spartani avessero gettato dei veleni nelle cisterne” (l. 47-48) Plutarco nelle “Vite Parallele”:
“iniziarono ad ingiuriarlo, sobbillati anche dai nemici, i quali sostenevano che la peste fosse nata a causa dell’arrivo in città degli abitanti del contado”. (Pericle-34).

Dopo nove giorni di pestilenza, per placare l’ira di Apollo, l’indovino Calcante ed i capi greci invitano Agamennone a restituire Criseide al padre. Agamennone acconsente, ma pretende in cambio la bella Bri-seide della tenda di Achille, scatenandone l’ira funesta. Criseide viene restituita con ricchi doni propiziatori e la peste cessa immediatamente.

Potenza della preghiera, il cui bugiardino non scade mai. Un bel salto e siamo ad Atene, nell’anno 430 a.c.

Stratego della città è il grande Pericle, il quale si trova ad affrontare tutta una serie di problematiche che, fatte le dovute considerazioni, sono le stesse che affliggono anche la nostra società. La riforma delle istituzioni, il problema degli extra-polis (extracomunitari), il riconoscimento delle coppie di fatto. (Avendo ripudiato la moglie, egli stesso è convivente della

bella e colta Aspasia). Supera tutti gli ostacoli, ma soccombe alla peste che imperversa in città.

Della peste di Atene ci riferiscono diversi autori.

Tucidide ne “La guerra del Peloponneso” dice: “da pochi giorni essi, gli Spartani, erano nell’Attica, quando ad Atene cominciò la pestilenza e gli uomini ne furono colpiti numerosi

Lucrezio nel “De rerum Natura”, libro sesto, tratta della peste di Atene ed esprime conoscenze mediche alquanto avanzate. “Etiam suspensa manet in aere ipso. E la forza della pestilenza rimane sospesa nella stessa aria”. Quindi non peste manufacta, provocata dagli uomini, e non peste astrologica o divina. Da Atene a Roma, anno 165-66.



Pericle e Aspasia

Al ritorno della campagna militare contro i Parti, le armate romane vincitrici diffondono una terribile pestilenza, in seguito conosciuta come peste di Galeno o peste Antonina, che in un ventennio decima la popolazione dell'impero. Un'epidemia oggi ritenuta di Vaiolo. Gli imperatori Lucio Vero e Marco Aurelio Antonino le vittime più illustri.

In Oriente è da poco tempo terminata, con la vittoria di Giustiniano, anno 535-553, la guerra bizantino-gotica e, anche in questa circostanza, alla guerra si associa una terribile epidemia di peste bubbonica.

“Cominciarono a nascere negli inguini degli uomini ed in altre parti molto delicate del corpo delle ghiandole grosse come noci o datteri, cui seguiva un ardore febbrile intollerabile, sicché l'uomo in tre giorni moriva. La pestilenza, chiamata peste di Giustiniano, si estese per tutta l'Italia, dalle terre romane fino alla regione degli Alemanni e dei Bavari”. (Paolo Diacono, *Historia Longobardorum*, lib. sec.4)

“Dico comunque che già erano gli anni della fruttifera incarnazione del figliolo di Dio al numero pervenuti di milletrecentoquarantotto, quando nella egregia città di Firenze, oltre



ogni altra bellissima, pervenne la mortifera pestilenza...”.

Siamo dunque a Firenze nell'anno 1348 ed il Boccaccio dedica quasi tutta l'introduzione al Decamerone alla peste che colpisce la città, soffermandosi soprattutto sulla descrizione dei bubboni, sull'inutilità delle terapie, sullo sconvolgimento sociale, sull'abbandono delle campagne, sulla desolazione dei palazzi vuoti. È il “Trionfo della morte” di Pieter Bruegel. (El Prado-Madrid). Di peste muore, nello stesso anno in Avignone Laura de Noves, maritata de Sade, l'amata ispiratrice del Petrarca.” Benedetto sia ‘1 giorno, 1 mese, e l'anno, e la stagione, e ‘1 tempo, e l'ora, e ‘1 punto, e ‘1 bel paese

e ‘loco ov'io fui giunto da due begli occhi che stregato m'anno. Chiare fresche e dolci acque ove le belle membra pose colei che solo a me par donna”. (Il Canzoniere - F. Petrarca)

La peste che colpisce Firenze e tutta l'Europa ha origini lontane. Nasce in Cina e attraverso la via della seta e la via marittima, raggiunge la città di Kaffa sul Mar Nero, assediata dal Khan mongolo Djanisberg, il quale, non riuscendo ad espugnarla, fa catapultare cadaveri di militari morti di peste oltre le mura della città. Le galere genovesi, ivi in rapporti commerciali, salpano precipitosamente ma, così facendo, diffondono la peste in tutti i porti di



Cecilia e sua madre

approdo e in tutta Europa, ove diventa endemica e con devastanti recrudescenze.

Geoffrey Chaucer, diplomatico inglese in Italia, dopo aver visitato alcune città, ne narra nei suoi *Racconti di Canterbury*.

Degna di menzione è una particolare forma di epidemia, del tutto sconosciuta ai medici del tempo, che inizialmente colpisce Napoli e la Campania e che in seguito si diffonde in Italia ed in Europa.

La prima descrizione della malattia viene fatta dal medico della scuola di Padova Alessandro Benedetti, presente alla

battaglia di Fornovo, 6 luglio 1495, tra le truppe mercenarie di Carlo VIII e le truppe delle città confederate: “al momento in cui pubblico la mia opera, tramite contatto venereo è giunta a noi dall’occidente una malattia nuova, o quantomeno sconosciuta ai medici che ci hanno preceduto, il Mal Francese. Tutto il corpo acquista un aspetto ripugnante, e le sofferenze sono così atroci, soprattutto la notte, che questa malattia sorpassa in orrore la lebbra, generalmente incurabile, o l’Elefantiasi, e la vita è in pericolo”. Mal Francese, morbo Gallico, perché i Napoletani e gli Spagnoli ritengono che sia stato il re francese Enrico VIII, col suo esercito di mercenari e con al seguito ottocento meretrici, a diffonderla durante la sua campagna in Italia del 1494. I Francesi, invece, la chiamano Mal Napolitain, Vèrole de Naples, e la ritengono importata dai marinai di Cristoforo Colombo, che l’hanno contratta nell’isola di Hi-

spaniola, Haiti, ove la liberalità delle pratiche sessuali della popolazione avrebbe facilitato il contagio. La diatriba non sembra ancora risolta. Certo è che nel napoletano si usa ancora, in modo dispregiativo, l’appellativo di ‘mbranzsat’ francesizzato e che la diffusione rapida della malattia è stata facilitata dalla frequente pratica del meretricio. Si narra che all’epoca operavano a Roma circa seimila “libellule” e che a Venezia queste portavano, come segno di distinzione, un fazzoletto giallo al collo. Mal Napolitain, Vèrole de Naples, Mal Francese, Morbo Gallicus, oggi Lue (Epidemia) e Sifilide. Quest’ultimo termine è usato per la prima volta dal medico e scienziato veronese Girolamo Fracastoro, che nel 1530 scrive in lingua latina il “Siphilis sive Morbo Gallicus”, richiamandosi alla leggenda di Sifilo, giovane pastore che, per aver offeso il dio Apollo, viene da questi punito con la malattia che ne deturpa la bellezza. L’unica terapia del tempo è a base di mercurio: unzioni, frizioni, lavande, impiastri, pillole, mutande antiveneree spalmate di mercurio, naturalmente italiane, con gravi effetti collaterali, onde la facile ironia popolare: una notte con Venere, tutta la vita con Mercurio.



Autoritratto post-influenzale di E. Munch

“Scendeva da uno di quegli usci, e veniva verso il convoglio ... Portava essa in collo una bambina di forse nov’anni, morta.....E disse l’ultime parole, Addio Cecilia. Riposa in pace. Stasera verremo anche noi, per restare sempre insieme...” Corre l’anno 1629-30, in tutta la pianura padana imperversa la peste; il Manzoni, seguendo il

giovane Renzo Tramaglino nelle sue peripezie per le strade della Milano dei monatti e degli untori, dipinge il toccante e tragico quadro della piccola Cecilia e di sua madre.

È d’obbligo ricordare che durante la peste di Hong Kong del 1884, il medico svizzero Alexander Yersin ed il giapponese Shibasaburo Kitasato ne sco-

prono l’agente causale, il Gram-negativo *Pasteurella Pestis*, in seguito denominato *Yersinia*. Un ultimo saltello per entrare nel ventesimo secolo, il secolo delle due grandi epidemie influenzali: la Spagnola (1918) e l’Asiatica (1957). Di esse si è detto e scritto di tutto. Per la Spagnola una sola postilla: ne fu illustre sopravvissuto il grande pittore della Tristezza, il norvegese Edvard Munch. Il suo autoritratto post-influenzale, dai capelli scompigliati, evidenzia l’aspetto consunto ed emaciato. Ma il ventesimo è anche il secolo della nascita del grande scrittore francese Albert Camus, premio Nobel per la letteratura (1957) ed autore, fra l’altro, del famoso romanzo *La Peste*.

A questo punto è doveroso fermarsi, perché finisce la storia ed inizia la cronaca. Di certo a tutti nota.

Nives Piccolo aspettava sempre con gioia il nuovo numero di *Cuore & Salute* per leggersi, il fratello e i suoi amici.



Foto di Giorgia Magnoni

Lettere a Cuore e Salute

DOMANDA

Come prevenire la demenza?

Ho 67 anni ed ho sempre goduto di discreta salute. Circa 10 anni fa, in occasione di un piccolo incidente stradale mi veniva effettuata una TAC cranio che evidenziava la presenza di alcune piccole lesioni di tipo ischemico cronico. Accertamenti successivi dimostrarono che sono portatrice della mutazione del gene che codifica la protrombina in forma eterozigote ed un noto Centro Trombosi mi consigliò l'assunzione cronica di una cardioaspirina al dì e l'esecuzione di una RMN cranio "basale". Quest'ultima da ripetere tutti gli anni per vedere se la terapia funzionava. Le RMN via via dimostravano: "...le lesioni ischemiche appaiono numericamente e morfologicamente invariate..."

Stanca di tutto ciò per circa 3-4 anni ho interrotto l'esecuzione delle RMN ma ultimamente su consiglio dei familiari che, avevano notato in me delle anomalie, quali perdita di memoria, parole "sbagliate" o mancanti, cibo troppo spesso di traverso, ho di nuovo eseguito una RMN che evidenziava: "...lesioni ischemiche nettamente incrementate di numero..., alcune anche confluenti tra loro..., concomita una lieve atrofia cisternale..."

Nel frattempo il colesterolo totale era salito a 329 mg/dl ed era comparsa una placca occludente al 45% di una caro-

tide, prima normale. Preoccupata mi sono rivolta ad un neurologo il quale diagnosticava un' iniziale forma demenziale su base vascolare; secondo lui nulla era da fare se non consultare un cardiologo. Quest'ultimo concludeva la visita dicendo che avendo la pressione bassa e non alta non poteva darmi farmaci antiipertensivi, che avrebbero ridotto il rischio di ischemie/ictus, e quindi non si poteva far altro che sperare in un non progredire della situazione. Il medico di famiglia non soddisfatto di ciò mi ha invece prescritto terapia ad alte dosi con statina, atorvastatina 40 mg, continuando la cardioaspirina ed aggiungendo qualche integratore ad azione antinfiammatoria; mi ha inoltre consigliato di fare attività fisica almeno 3 volte a settimana. Tutte cose che sto facendo, sempre meglio che "sperare che non arrivi la demenza vascolare!"

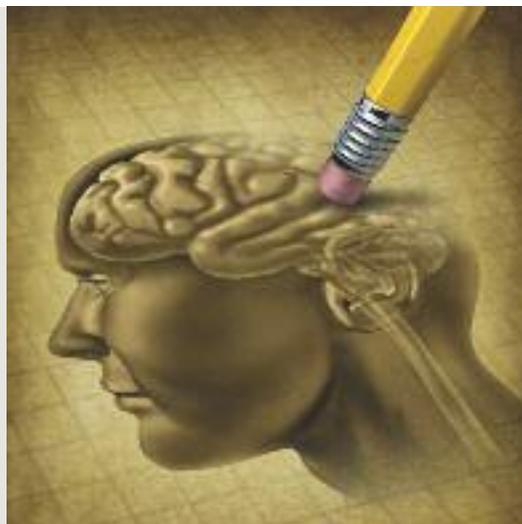
Prof. Piccolo a Lei che è un luminare chiedo: hanno ragione i Suoi colleghi oppure il mio giovane e umile medico di famiglia? Immagini la disperazione di una persona che è sempre stata sana nel constatare che una malattia sta arrivando e non si può far nulla! Ma è proprio vero che non si possa fare nulla? Cordiali saluti.

Marcella I., Siena

RISPOSTA

Gentile Signora Marcella,

ho letto con attenzione la sua lunga lettera e mi scuso se nella rivista la si è dovuta ridurre per ragioni di spazi editoriali. Posso dirle che, nonostante le sue numerose perplessità e critiche, il comportamento e la competenza dei colleghi che hanno seguito le tappe del suo problema sono stati all'altezza delle attuali conoscenze, benché la sua attenzione e intelligenza abbiano contribuito efficacemente agli opportuni controlli. Corretta la terapia con l'aspirina, sebbene l'eterozigosi della mutazione genetica della protrombina escluda che questa mutazione sia nociva. Quindi bene per lei. Corretta anche





la terapia statinica perché i valori del colesterolo erano effettivamente molto elevati; forse potrà rivalutare il dosaggio per vedere se dosi di 20 mg in combinazione con la dieta siano comunque sufficienti. Rimangono tuttavia i due problemi, quello di certe manifestazioni sulla memoria e sulla prontezza di associazioni mnemoniche e il riscontro nell'ultima RMN di un ampliamento delle lesioni ischemiche croniche. Data l'età, superiore ai 60 anni, l'epidemiologia ci impone di vigilare anche su un'altra possibile causa di ischemia cerebrale, la comparsa di aritmie atriali (fibrillazione, extrasistoli frequenti), che sono facili da individuare quando sono già presenti nell'ECG della visita cardiologica ma che spesso per essere scoperte richiedono l'esecuzione di uno o più Holter in successione. Le consiglio quindi questo esame che, se dimostrasse l'aritmia, imporrà la sostituzione dell'aspirina con un anticoagulante. Il suo cardiologo sarà certamente in grado di seguire bene questo possibile problema. Quanto agli integratori non ho obiezioni, male certamente non fanno. Con i più cordiali saluti.

Eligio Piccolo

DOMANDA

Quali farmaci assumere avendo due stent

Caro Professore, sono un vecchissimo iscritto al Centro per la Lotta contro l'Infarto. Conoscevo bene suo padre e diventai anche suo cliente.

Fui colpito da un infarto anteroseptale nel 1998 trattato con procedura trombolitica. Nel 2000 ebbi un episodio di FA parossistica. Nel 2001 lei mi eseguì un'angioplastica con impianto di stent per ostruzione prossimale dell'arteria coronarica discendente anteriore. Nel 2006 fui sottoposto ad un'altra angioplastica con impianto di stent Cypher sulla circonflessa medio-distale. Nel 2010 ho avuto un TIA. Dal 2012 a seguito di alcuni episodi aritmici mi è stata prescritta una terapia a base di Cordarone. Debbo dire che da quella data il mio quadro clinico è normale, avendo pure effettuato periodicamente i controlli cardiologici necessari. Alla terapia col Cordarone si unisce quella con Cardioaspirina alla dose di una compressa giornaliera dopo pranzo. In breve, la mia situazione clinica si è stabilizzata e sto abbastanza bene, tranne una forma di ipertrofia prostatica benigna. Caro Prof. Prati, ho quasi 89 anni e sinceramente mi sento abbastanza bene. Il quesito che mi permetto di sottoporre è il seguente: dalla esecuzione delle angioplastiche sono rispettivamente trascorsi 13 ed 8 anni.

I periodici controlli di laboratorio vanno bene, ma cosa devo fare adesso in relazione all'annosa presenza di due stent. Oltre alla Cardioaspirina ed al Cordarone devo assumere altri farmaci?

La ringrazio e la saluto con viva cordialità.

Raffaele B., Roma

RISPOSTA

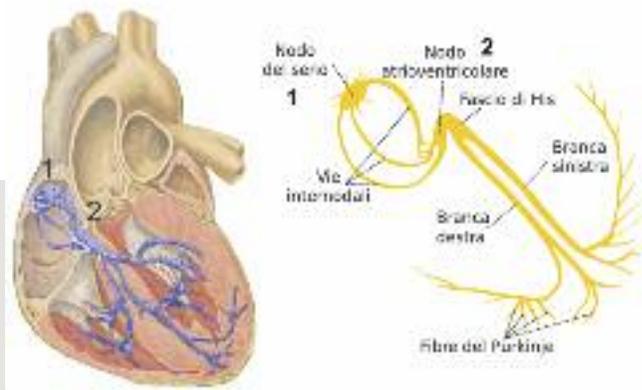
Gentile Sig. Raffaele, non si preoccupi troppo degli stent, che hanno fatto il loro dovere, ne sono certo. Mi permetta invece una digressione. Nel reparto di cardiologia d'urgenza del Osp. S Giovanni, che dirigo, l'attenzione di noi medici è in gran parte rivolta ai pazienti anziani. Ciò che era impensabile negli anni ottanta, quando frequentavo la corsia come studente, si è concretizzato nell'ultima decade. Se molti anziani superano brillantemente la soglia dei 90 anni, una parte di merito è da ascrivere all'angioplastica coronarica ed ai nuovi stent.

Come controllarne il buon funzionamento nel tempo? Abbiamo a disposizione più esami. Il test ergometrico e, in generale i test evocativi di ischemia (ecostress, scintigrafia con dipiridamolo) sono buone soluzioni. Anche la TAC si va affermando come un utile esame diagnostico per escludere la restenosi dello stent e verificare se vi sia stata progressione dell'aterosclerosi coronarica. Superati gli 80 anni sono un po' restio a ricorrere ad esami strumentali. Spesso il paziente non è in grado di portare a termine lo sforzo fisico richiesto. La TAC invece diventa di difficile interpretazione per via del calcio. Preferisco affidarmi a visite cardiologiche con ecg ed ecocardiografia, prestando molta attenzione ai sintomi. Nel suo caso, in assenza di angina o affanno da sforzo, si può essere senz'altro ottimisti.

Cordiali saluti.

Francesco Prati





DOMANDA

Il blocco di branca destra

Ho 64 anni. Non fumatore né iperteso. Mi è stato riscontrato ad un ECG da sforzo un “blocco di branca destra completo”, al raggiungimento dei 115 battiti/ minuto, che non compariva al controllo del 2013. Il medico ha detto che posso tranquillamente fare ciò che facevo prima - attività fisica compresa perché tale situazione non comporta nessun rischio al cuore. È proprio tutto così semplice?

Grazie.

Antonio M., Milano

RISPOSTA

Gentile Sig. Antonio,

il nostro cuore si contrae ritmicamente in virtù dell’impianto elettrico che è al suo interno. La corrente nasce in un interruttore principale (il nodo del seno) che si trova nell’atrio di destra, si diffonde attraverso i due atri e quindi raggiunge il nodo atrioventricolare, che costituisce la giunzione elettrica tra gli atri e i ventricoli. Da qui, schematizzando molto, l’impulso elettrico raggiunge i due ventricoli attraverso due fili, detti rispettivamente branca destra e branca sinistra. Il blocco di branca destra (BBDx) significa che il filo destinato al ventricolo destro è difettoso e non lascia transitare la corrente come dovrebbe. Ciò nonostante il ventricolo destro viene comunque raggiunto dall’impulso elettrico, in quanto la corrente che, tramite la branca corrispondente, raggiunge la camera sinistra, da questa si diffonde per contiguità anche a destra. Tale situazione determina uno specifico quadro elettrocardiografico detto appunto blocco di branca destra. Il difetto del filo elettrico può essere sempre manifesto o apparire solo, come nel suo caso, quando viene slatentizzato da un aumento del numero dei battiti cardiaci. Tale anomalia è generalmente figlia dell’invecchiamento dell’impianto elettrico e richiede solo controlli elettrocardiografici periodici, per escludere la comparsa di nuovi difetti in altri segmenti dell’impianto, e l’esecuzione di un ecocardiogramma all’epoca della diagnosi, per valutare dimensioni, spessori e contrattilità delle camere ventricolari. In rari casi il blocco è conseguenza di un infarto, responsabile della morte proprio della zona di tessuto ove passa la branca destra, ma in tal caso esso è costantemente presente e non è frequenza dipendente. Infine il difetto può essere espressione di una riduzione transitoria (ischemia) della fornitura di ossigeno al muscolo cardiaco, in tale evenienza, però, si associa alla comparsa di sintomi (dolore toracico o dispnea). Quando, come nel suo caso, il blocco di branca destra non è spia di un problema delle coronarie (infarto o ischemia transitoria), non ha ripercussioni funzionali, salvo in cuori molto compromessi per altri motivi, e quindi ha ragione il suo medico nel tranquillizzarla e nel rassicurarla sulla possibilità di continuare la sua usuale condotta di vita. Essere portatore di un blocco di branca destra non fa di lei un cardiopatico a tutti gli effetti!

Cordiali saluti.

Filippo Stazi



Obesi di pancia o di fianchi

“Dottore, guardi che io non sono grasso, è solo gonfiore il mio. Sì, ho qualche chiletto in più, ma è soprattutto l’aria che ingerisco, vede qui sullo stomaco” e indicava il ventre ancora scoperto durante la visita. Il medico lo guardò con un mezzo sorriso, non sapendo se essere decisamente ironico o consenziente, ma poi prevalse in lui il dovere dell’informazione corretta e, cercando le parole meno crudeli, rispose: “sì, certo, signor Ernesto, è vero, lei mangia troppo in fretta e ha anche questa cattiva abitudine della gomma da masticare che facilita l’introduzione di aria, quella che noi definiamo aerofagia. Deve però considerare che l’aria non rimane a lungo nel nostro tubo digerente, da qualche parte dovrà poi uscire. Inoltre, i gas non pesano, mentre il suo indice di massa corporea, quello che noi calcoliamo per valutare il sovrappeso o l’obesità, sta francamente virando verso questa”. “Ma allora, dottore, perché tutto qui sullo stomaco?” “Vede, signor Ernesto, quello che lei chiama stomaco per noi è la pancia e siccome lei è maschio i chiletti in più li mette proprio lì e sono



quelli che in medicina si chiamano grasso viscerale. Differente da quello sottocutaneo, sotto la pelle, che si distribuisce in tutto il corpo, specie nelle donne, nelle quali si allargano soprattutto i fianchi. Ha presente la Cancelliera tedesca e la battuta di Berlusconi?”. L’aneddoto servì a stemperare la seriosità della diagnosi che il medico cercava di far accettare con un dialogo che, data la scarsa rilevanza clinica, voleva essere quasi familiare. Subito dopo il paziente si rifece però inquisitore e volle sapere perché il medico desse così tanta importanza a questo allargamento della cintola che suo nonno, buonanima, considerava piuttosto un segno di buona salute. “Eh, signor Ernesto, è passato del tempo da allora. Oggi gli Americani con tutte le loro analisi epidemiologiche ci hanno inondato di informazioni dimostrando che il sovrappeso e più ancora l’obesità sono un fattore di rischio, cioè facilitano sia il diabete

che le malattie cardiovascolari, oltre a gravare sulle nostre articolazioni. Certo per loro, che hanno scoperto ma non ancora applicata diffusamente la dieta mediterranea e che fanno fatica a contenere la loro stazza, il problema è molto più pesante, è il caso di dire, tuttavia i risultati delle loro ricerche hanno aiutato anche noi a prestarvi una maggiore attenzione”. “Ma è così diverso avere il grasso sulla pancia oppure in altre parti?” “Bravo, domanda pertinente e attuale, ed è qui che volevo arrivare perché, mentre alcuni studi tenderebbero a penalizzare i portatori di un maggior volume di grasso viscerale, i panciuti, una recente rivalutazione della solita Framingham ha concluso che, a parte alcune situazioni individuali, sia l’una che l’altra forma di obesità, di pancia o di fianchi, aumentano il rischio metabolico e delle malattie conseguenti”. “Ho capito, dottore, io non ho scampo, ma non potrebbe darmi un aiutino per dimagrire?” “Eh, ho capito anch’io, lei cerca un elisir, una pillola che le consenta di soddisfare la gola e il peso; però lei fortunatamente non appartiene a quei malati che necessitano di terapie drastiche, lei è sano e deve solo cambiare certe cattive abitudini con altre, come la dieta e una maggiore attività fisica”. Si congedarono con una stretta di mano, che risultò franca, sia per il medico che era riuscito a tenere il dialogo nel giusto equilibrio, che per il paziente al quale si stavano aprendo le giuste convinzioni.

E.P.



Il cuore fa gli esami: l'Holter

L'elettrocardiogramma dinamico secondo Holter, per brevità soltanto Holter, sempre comunque con l'acca maiuscola per rispetto al suo inventore è una registrazione prolungata, usualmente per 24 ore, dell'elettrocardiogramma. Il razionale sotteso al suo utilizzo è che ciò che non si vede in pochi secondi, durata della registrazione di un elettrocardiogramma normale, può essere forse registrabile in molte ore; allungare cioè la durata della registrazione di un elettrocardiogramma può fornire ulteriori informazioni diagnostiche. L'Holter, infatti, trova la sua ragion d'essere appunto nel cercare di individuare la causa di sintomi transitori ed intermittenti. All'origine è stato impiegato soprattutto in due ambiti della cardiologia: lo studio delle aritmie e lo studio dell'ischemia miocardica. Per quanto riguarda il secondo di questi aspetti, lo studio dell'ischemia miocardica, l'Holter ha leggermente deluso rispetto le attese, nonostante che l'introduzione di registratori con dodici derivazioni rispetto alle una, due o tre derivazioni ottenibili all'inizio, ne abbia aumentato la capacità diagnostica. Il concetto di fondo è che un paziente cui viene applicato l'Holter durante la sua attività normale può presentare degli episodi di dolore toracico. La concomitante registrazione Holter dovrebbe essere in grado di dimostrare se vi sono delle altera-



Holter di ieri



Holter di oggi

sodi di svenimento o di cadute a terra non altrimenti spiegabili è un paziente in cui l'applicazione dell'Holter può essere di grande ausilio diagnostico. La registrazione elettrocardiografica pro-

tratta, infatti, permette nel caso, ad esempio, delle palpitazioni, di osservare se effettivamente il paziente ha delle aritmie, in genere extrasistoliche, tali da giustificare il sintomo e la sede di origine di queste aritmie, ventricolari o sopraventricolari.

Ricordiamo che la prognosi è completamente differente: benigna nel caso delle extrasistoli sopraventricolari, potenzialmente cattiva nel caso delle ectopie ventricolari.

Ancora, l'osservazione di episodi transitori di fibrillazione atriale, spesso asintomatici, può essere utile sia per valutare l'efficacia della terapia antiaritmica o delle procedure di ablazione, sia per valutare la necessità di introdurre o mantenere la terapia anticoagulante orale.

L'utilizzo della metodica Holter è poi insostituibile nella diagnosi delle bradiaritmie. Il ri-

scontro di bradiaritmie significative, che siano esse bradicardia sinusale, che siano esse arresti sinusali o che siano esse blocchi atrioventricolari, in concomitanza con sintomi tipo senso di mancamento (lipotimia), svenimento vero e proprio (sincope) o grande debolezza (astenia) fanno porre senza dubbio indicazione ad un impianto di pacemaker.

Attualmente i grandi progressi della tecnologia hanno condotto ad una miniaturizzazione delle dimensioni dei registratori che i pazienti devono portare con sé ed ad un aumentato numero, come già accennato precedentemente, delle derivazioni esplorate. Gli apparecchi di ultima generazione registrano infatti dodici derivazioni come nell'elettrocardiogramma standard e questo ha aumentato di molto la sensibilità diagnostica della metodica.

Un paziente cui sia stato applicato un Holter deve, salvo diverse indicazioni formulate dal suo cardiologo curante, svolgere nel corso della giornata la sua normale attività, senza evitare di fare sforzi quali il salire le scale, il camminare veloce o il camminare in salita. Ovviamente siccome la qualità della registrazione elettrocardiogra-

zioni dell'elettrocardiogramma di significato ischemico tali da comprovare una diagnosi di coronaropatia. In realtà da questo punto di vista le possibilità diagnostiche dell'Holter si sono rivelate inferiori sia a quelle delle metodiche invasive, chiaramente, che a quelle di altri test non invasivi quali la prova da sforzo e la scintigrafia miocardica.

È invece indiscutibile il valore dell'Holter nello studio delle aritmie. Il paziente che lamenta palpitazioni, il paziente che presenta disturbi transitori della coscienza, il paziente con epi-



fica è affidata a degli elettrodi che vengono applicati sulla pelle, è importante cercare di evitare comportamenti e movimenti che possano staccarli dalla superficie cutanea o comunque condizioni che, aumentando di molto il sudore, possano interferire con la capacità del sistema di registrare l'elettrocardiogramma. Infine, la durata della registrazione è usualmente di ventiquattro ore ma in casi particolari può essere aumentato il numero di ore a 48 o 72 per l'ovvio motivo che tanto più è lunga la registrazione tanto maggiore è la possibilità che si possano registrare eventi significativi.

“

Sgarbi, intelligente e spavaldo anche nell'ischemia

Non credo che Vittorio Sgarbi, nella cui famiglia farmaci e medici giravano in continuazione, abbia avuto una preparazione sanitaria diversa da quella dei suoi interlocutori, che lui spesso definisce “capre” e che in questo campo certamente lo sono perché nessuno, né a scuola né dopo, ha insegnato loro com'è fatto e come funziona il nostro corpo. Egli ha tuttavia avuto l'intelligenza di evitare l'errore di Pino Daniele e anziché proseguire per Roma si è fermato a Modena, dove ha trovato un'ottima cardiologia che gli ha rimesso i tubi a posto. Ottima, lo dobbiamo dire, come tutte le cardiologie italiane, i cui operatori si sono da molti anni coordinati fra loro e con gli stranieri per raggiungere l'efficienza migliore. Così come ottima è stata la cardiologia per Bossi a Varese, per Ciampi a Roma e per Castagnetti a Catania, solo per citare i casi più noti lungo la penisola.

Dove però lo Sgarbi non mi è piaciuto è nella spavalderia dopo l'intervento: “posso andarmene?”, “ho tanti impegni che mi aspettano”. E no, caro Vittorio (il suo nome nell'augurio mi suona meglio del cognome), lei è bravo nello spiegare le opere d'arte e molti godono nell'ascoltarla, ma in fatto di coronarie lasci fare a noi. La sindrome coronarica acuta che l'ha colpita, come le avranno certamente spiegato, può essere una ischemia transitoria, ma anche un infarto. La differenza è spesso un problema di lana caprina, specie quando un dolore di mezz'ora si aggiunge al tempo necessario per organizzare la disostruzione della coronaria implicata e apporvi lo stent. Sono tempi che rendono difficile l'incolumità assoluta del muscolo cardiaco, il quale è più elastico del cervello ma ci obbliga comunque ad essere il più celeri possibile nel venirgli in soccorso. Non glielo dico certo per allarmarla ma perché Le voglio bene, per la sua intelligenza e ironia, anche se il narcisismo e quel vezzo di ravviarsi i capelli danno un po' fastidio, mitigati però da quel sorriso che quasi subito appare, tradisce la consapevolezza del “peccato” e lo fa assolvere. Glielo devo dire invece perché quella sindrome coronarica acuta, anche se non arriva all'infarto, non è un'influenza e nemmeno un tumore estirpato, ma una malattia che viene da lontano, specie alla sua età. Lei conosce di certo i molti fattori che noi medici indichiamo “di rischio”, ai quali viene attribuita la capacità di logorare le nostre arterie. Se li faccia analizzare per bene e veda se può correggerli, perché continuare il suo stile di vita così com'è senza modificare, ad esempio una pressione alta o un colesterolo fuori limite, non potrà che perpetuare quel logorio.

L'arteriosclerosi, mi scusi la brutta parola in questo suo difficile momento, non è però inesorabile, ma può anche regredire se ci mettiamo d'impegno. A questo proposito le racconto il caso, che ho già citato in questa rivista, pubblicato molti anni fa in un Journal scientifico americano. Un avvocato di Miami, obeso e fumatore, venne ricoverato per un dolore simile al suo. La coronarografia mostrò una lesione che si sarebbe dovuta correggere chirurgicamente con il bypass poiché allora non c'erano ancora l'angioplastica e gli stent. Il paziente rifiutò l'intervento invasivo e chiese un'alternativa. Gli risposero di cambiare stile di vita: niente fumo,

calare 20 kg, fare attività fisica e prendere alcuni farmaci. Dopo un anno si ripresentò, ristabilito secondo le indicazioni, gli venne rifatta la coronarografia che mostrò la regressione completa della stenosi. Le auguro di tutto cuore questa regressione della malattia affinché chi apprezza i prodotti della sua intelligenza possa averla ancora per molti anni.

Eligio Piccolo



”



di Paola Giovetti

I diavoli di Benvenuto Cellini

Benvenuto Cellini (Firenze 1500 - 1571) è stato orafo, scultore, argentiere, scrittore: uno dei più importanti artisti italiani.

Ebbe una vita avventurosa e spericolata, che lui stesso ha raccontato nella sua autobiografia. Tra i tanti episodi curiosi che vi si possono leggere, ne citiamo uno del tutto particolare, avvenuto a Roma all'interno del Colosseo, avente come tema niente meno che una seduta negromantica, cioè fatta per evocare il diavolo. Cellini lo narra in maniera del tutto irriverente, il che rende l'episodio storicamente interessante e molto divertente. Vale davvero la pena di conoscerlo.

Al paragrafo XLIV del suo libro, Cellini racconta come, durante il suo giovanile soggiorno a Roma dove lavorava al servizio dei papi, avesse "per certe diverse stravaganze" stretto amicizia con un prete siciliano, "il quale era di elevatissimo ingegno e aveva assai buone letture latine e greche".

Essendo un giorno i due venuti a parlare di negromanzia, Cellini manifestò al nuovo amico il desiderio di "vedere

o sentire qualcosa di quest'arte". Il prete lo avvertì che "tale impresa richiedeva animo forte e sicuro", al che l'artista rispose che "della forza e della sicurezza dell'animo me ne avanzerebbe, pur che i' trovassi modo di far tal cosa". "Se di cotesto ti basta la vista, di tutto il resto io te ne satollerò", ribattè il prete.





Fu così che una sera Benvenuto e il suo amico, insieme ad alcune altre persone, si recarono al Colosseo. Il prete, che fungeva da negromante, fece dei cerchi per terra, sparse profumi di vario genere, accese un fuoco, eseguì riti e scongiuri per oltre un'ora e mezzo. Dopo di che, scrive Cellini "il Culiseo era tutto pieno".

Di diavoli, naturalmente.

Di quella serata Benvenuto Cellini non dice molto di più, aggiunge però che per ottenere gli effetti desiderati la seduta fu ripetuta qualche sera dopo, con la stessa preparazione della volta precedente.

"Cominciato il negromante a fare quelle orribilissime invocazioni", racconta. "Chiamato per nome una quantità di quei demoni capi di quelle legioni, e a quelle comandava per la virtù e la potenza di Dio increato, vivente ed eterno, in voce (cioè parole, nda) ebrae, assai ancora greche e latine; in modo che in breve di spazio si empiè tutto il Culiseo l'un cento di più di quello che avevan fatto quella volta prima..."

A questo punto il negromante stesso si spaventò, informò con voce tremante i suoi compagni di avventura che i diavoli accorsi erano mille volte più numerosi di quelli che lui aveva inteso evocare, e che era indispensabile allontanarli. Tutti furono colti dal terrore, Cellini compreso, che cercava però di non dimostrarlo. Vedendolo apparentemente fermo e deciso, il negromante gli si rivolse chiedendogli di spargere della zaffetica, una sostanza gommosa di odore ingrato, a quanto pare molto idonea a far dileguare i diavoli.

Fu allora che uno dei presenti, certo Agniolo, stravolto e paralizzato dalla paura ma desideroso di collaborare, cercò di muoversi per allungare a Cellini la fatidica zaffetica. Nel far questo però gli capitò un inconveniente imprevisto: repentinamente e improvvi-

samente si scaricò di corpo in maniera così incontenibile, violenta e maleodorante che, scrive Cellini, "potette più della zaffetica".

Tanto bastò per suscitare il riso e far dileguare la paura e insieme a questa anche i diavoli. Così tutti se ne tornarono a casa allegri e sereni, "e ciascuno di noi tutti quella notte sognammo diavoli!"

Come dire: una risata può risolvere ogni problema!

Il colesterolo e la memoria

Da oltre quindici anni cardiologi, neurologi ed epidemiologi ne stanno ragionando, ma sono ancora ben lontani dall'essere d'accordo. C'è chi dice che abbassare il colesterolo con le statine, oltre ai vantaggi che sappiamo, peggiorerebbe nell'anziano la memoria, chi invece afferma che la migliorerebbe e chi infine che nulla cambierebbe. Pare un argomento di lana caprina, come dicono i toscani, forse perché vi si mescolano troppi ingredienti: la difficoltà di valutare con esami la funzione mnemonica, spesso soggetta ad alti e bassi dopo

una certa età; la variabile involuzione fisiologica del nostro cervello, già dopo i trent'anni dicono gli esperti; e, non ultimi, gli interessi commerciali di un farmaco che oramai si vende come il pane fresco. L'attività delle nostre funzioni psichiche di ricordare fatti antichi e recenti viene ancora oggi

quantificata con test psicologici, non con precisi esami del sangue o di immagine, benché recentemente si stia cercando di valutare i cambiamenti della materia bianca cerebrale, sede della memoria, mediante la risonanza magnetica nucleare. Vi è infine un retro pensiero, la nozione che il nostro cervello, a differenza degli altri organi, è ricco di suo di grassi e in par-





ticolare di colesterolo, più delle uova, come fanno i buongustai che si fanno il fritto di quello animale. Il ché induce a pensare che i farmaci usati per contenerlo, oltre a ridurre quello che intasa maldestramente le arterie, potrebbe anche depauperare il nobile sostegno delle idee e dei ricordi.

Ma veniamo ai dati propriamente medico-scientifici. A partire dal 2000 vari ricercatori hanno comunicato una lieve perdita iniziale della memoria sia in casi isolati che in gruppi di pazienti che avevano cominciato a prendere le statine; mentre altri studi condotti per più lungo tempo non hanno confermato questo disturbo o hanno addirittura rilevato che la funzione mnemonica migliorava. La spiegazione di tali contraddizioni la si è individuata in una qualche azione del farmaco sulla produzione della mielina, la guaina che avvolge e protegge le nostre fibre nervose, e nella possibilità che i differenti tipi degli anticollesterolo passino o meno la barriera tra sangue e cervello e danneggino la mielina. Recentemente (giugno 2015) due gruppi di ricerca nordamericani, capeggiati da Brian

Strom, hanno pubblicato su JAMA, rivista medica molto qualificata, uno studio in cui quasi 500.000 pazienti in trattamento con statine sono stati messi a confronto con altrettanti che non le prendevano e con 26.000 che assumevano altri tipi di farmaci anticollesterolo. A conti fatti si è constatato che c'era un effettivo aumento del rischio di perdita di memoria nei primi 30 giorni dall'inizio della terapia sia con le statine che con gli altri prodotti capaci di ridurre i grassi. Si tratta di risultati ancora incompleti, avvertono i ricercatori, sui quali si possono fare molte considerazioni sia relative agli errori nella quantificazione della memoria temporaneamente impacciata che alla reversibilità del disturbo. Ma che ci fanno anche meditare, diciamo noi, sugli effetti cosiddetti secondari dei farmaci, quelli che sono scritti in piccolo nei bugiardini e che potrebbero diventare primari, specie quando vengono somministrati in dosi troppo elevate e magari in soggetti che a una valutazione clinica più attenta non corrono grande rischio di malattie cardiovascolari.

“

Niente di nuovo sotto il sole

Uno dei segni del benessere raggiunto dalla nostra società è senz'altro la varietà di tipi di pane, più o meno sfiziosi, disponibili nei negozi di alimentari. I fornai dei giorni nostri non sono però stati i primi a cimentarsi in tale abbondanza di produzione. Già nella Roma del I secolo a.C. i loro predecessori “pistores” panificavano infatti farina d'orzo, di grano e di segala, sfornando “panis cibarius, secundarius, plebeius”, che si differenziavano tra loro in base alla quantità di crusca impiegata, “panis militaris”, per l'esercito e “panis nauticus” per i marinai. Per allietare i ricchi banchetti delle famiglie patrizie veniva invece prodotto il “panis ostrearius”, un pane speciale da servire con le



Tomba del “Pistor”

ostriche e, inoltre, pane al latte, al miele, al vino, ai formaggi, alle olive e anche ai frutti canditi. Il fornaio dell'epoca, il “pistor”, era considerato un personaggio di spicco nella società romana, tanto da permettersi la costruzione di tombe magnificenti come quella recentemente rinvenuta vicino Porta Maggiore.

Passano i millenni, si modificano le forme ma la sostanza rimane sempre la stessa.

F. S.

”



Panis Nauticus



CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2016

XXXIII Congresso di Cardiologia
del Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus
Firenze, Palazzo dei Congressi 11-12-13 marzo 2016

Coordinamento: Francesco Prati

Programma finale



VENERDÌ 11 MARZO

I Sessione Moderatori: **Mario Motolese, Roma**
Francesco Versaci, Campobasso

- 8.45 Stenosi aortica importante a basso gradiente e contrattilità conservata. Siamo certi che si debba intervenire?**
Giuseppe Di Pasquale, *Bologna*
- 9.00 Cardiopatia aritmogena del ventricolo destro. Ruolo della genetica e RMN per un moderno inquadramento.**
Claudio Rapezzi, *Bologna*
- 9.15 Nuove frontiere della cardiologia interventistica. Il trattamento dell'insufficienza tricuspudale di grado importante.**
Antonio Colombo, *Milano*
- 9.30 Lo studio PEGASUS: chi può beneficiare di una duplice terapia antiaggregante protratta?**
Leonardo De Luca, *Roma*
- 9.45 Discussione**
- 10.15 Intervallo**

II Sessione Moderatori: **Enrico Agabiti Rosei, Brescia**
Gian Francesco Mureddu, Roma

- 10.45 Va impiegata la terapia antitrombotica in presenza di episodi di fibrillazione atriale brevi ed autolimitanti?**
Filippo Stazi, *Roma*
- 11.00 Trattamento dello stroke con imaging precoce e rivascolarizzazione. Quando essere aggressivi?**
Danilo Toni, *Roma*
- 11.15 La variabilità nei livelli di colesterolo LDL aumenta il rischio di eventi: l'importanza di mantenere il colesterolo stabilmente basso.**
Alberto Corsini, *Milano*
- 11.30 Che rischio comporta "ipertrattare" l'iperteso?**
Bruno Trimarco, *Napoli*
- 11.45 Prevenzione primaria e secondaria nel diabetico. Siamo ancora poco aggressivi?**
Claudio Cavallini, *Perugia*
- 12.00 Discussione**

III Sessione Moderatori: **Fernando Maria Picchio, Bologna**
Massimo Volpe, Roma

- 14.30 L'adulto con cardiopatia congenita.**
Giancarlo Piovaccari, *Rimini*
- 14.45 Gli eventi cardiovascolari nel broncopneumopatico cronico.**
Claudio Ferri, *Coppito - AQ*
- 15.00 Trattamento ibrido: al chirurgo la discendente anteriore, al cardiologo interventista il resto.**
Massimo Massetti, *Roma*
- 15.15 La cardiologia interventistica sta cambiando: considerazioni demografiche, cliniche ed economiche.**
Leonardo Bolognese, *Arezzo*
- 15.30 Discussione**
- 16.00 Intervallo**

IV Sessione Moderatori: **Pietro Delise, Conegliano - TV**
Luigi Tavazzi, Cotignola - RA

- 16.30 La chiusura del PFO. Quando le metanalisi rendono giustizia.**
Achille Gaspardone, *Roma*
- 16.45 La tachicardia ventricolare come prima manifestazione. Un elemento che sottende più scenari clinici.**
Riccardo Cappato, *Rozzano - MI*
- 17.00 Tachicardiomiopatia: cosa nasce prima l'aritmia o la cardiomiopatia?**
Marco Metra, *Brescia*
- 17.15 Quanto contano i trigliceridi come fattore di rischio?**
Claudio Borghi, *Bologna*
- 17.30 Discussione**

CASI CLINICI E VOI COSA FARESTE?

Moderatori: **Giulio Nati, Roma**
Francesco Prati, Roma

18.00 - 18.40 Presentazione e discussione di 3 casi clinici.

SABATO 12 MARZO

V Sessione Moderatori: **Francesco Musumeci, Roma**
Gian Franco Pasini, Gavardo - BS

- 8.45** **Le apnee notturne: epidemiologia in crescita, come individuarle e trattarle.**
Enrico Natale, *Roma*
- 9.00** **Quando il cardiocirurgo rifiuta il by-pass per ragioni anatomiche o cliniche.**
Ottavio Alfieri, *Milano*
- 9.15** **Malfunzionamento della protesi aortica biologica. Spazio alla terapia percutanea con TAVI?**
Corrado Tamburino, *Catania*
- 9.30** **Impiego a lungo termine dei NAO nelle sindromi coronariche acute: razionale e dati clinici.**
Maddalena Lettino, *Rozzano - MI*
- 9.45** *Discussione*
- 10.15** *Intervallo*

10.45 - 11.15 LETTURA MAGISTRALE

I due anni di presidenza italiana all'ESC: ricordi, traguardi e prospettive future

Roberto Ferrari, *Ferrara* - Luigi Tavazzi, *Cotignola - RA*
Introduzione di Francesco Prati, *Roma*

SIMPOSIO CAUSE E TERAPIA DELL'INFARTO

Moderatori: **Filippo Crea, Roma**
Maria Teresa Mallus, Roma

- 11.15** **L'aterosclerosi predice gli eventi cardiaci. Dove e come cercarla.**
Francesco Prati, *Roma*
- 11.30** **"Precision and personalized medicine" un sogno che diventa realtà?**
Eloisa Arbustini, *Pavia*
- 11.45** **Abbassare la colesterolemia per ridurre gli eventi cardiovascolari: il ruolo dei nuovi PCSK9.**
Alberto Zambon, *Padova*
- 12.00** **Ruolo della terapia medica nella malattia multivasale.**
Francesco Fattiroli, *Firenze*
- 12.15** *Discussione*

VI Sessione Moderatori: **Stefano Savonitto, Lecco**
Massimo Uguccione, Roma

- 14.30** **L'anticoagulazione nella fibrillazione atriale parossistica a basso CHADS2VASC score.**
Raffaele De Caterina, *Chieti*
- 14.45** **La cardiomiopatia da stress: è sempre benigna?**
Francesco Bovenzi, *Lucca*
- 15.00** **Terapia percutanea della mitrale: riparazione o sostituzione valvolare?**
Francesco Maisano, *Zurich - Switzerland*
- 15.15** **Jogging e mortalità. Esiste una curva ad U?**
Pier Luigi Temporelli, *Veruno - NO*
- 15.30** *Discussione*
- 16.00** *Intervallo*

VII Sessione Moderatori: **Alessandro Boccanelli, Roma**
Alessandro Distante, Mesagne - BR

- 16.30** **Indicazione al defibrillatore e all'ablazione nella sindrome di Brugada.**
Carlo Pappone, *San Donato Milanese - MI*
- 16.45** **Una placca carotidea del 30-40% richiede sempre l'antiaggregazione?**
Pompilio Faggiano, *Brescia*
- 17.00** **Un problema insolito: la disfunzione del ventricolo destro con contrattilità sinistra conservata.**
Pierfranco Terrosu, *Sassari*
- 17.15** **La RM nella diagnosi differenziale della miocardite in cardiologia.**
Chiara Bucciarelli Ducci, *Bristol - UK*
- 17.30** *Discussione*

CASI CLINICI E VOI COSA FARESTE?

Moderatori: **Claudio Ferri, Coppito - AQ**
Giancarlo Piovaccari, Rimini

- 18.00-18.40** **Presentazione e discussione di 3 casi clinici.**

DOMENICA 13 MARZO

VIII Sessione Moderatori: **Fulvio Camerini, Trieste**
Eligio Piccolo, Mestre - VE

- 9.15 FANS e rischio di eventi cardiovascolari.**
Pasquale Perrone Filardi, *Napoli*
- 9.30 È vero che l'extrasistolia sopraventricolare individua i pazienti a rischio di fibrillazione atriale?**
Fiorenzo Gaita, *Torino*
- 9.45 Quanto conta ridurre il sodio e aumentare il potassio nell'iperteso?**
Paolo Verdecchia, *Assisi*

10.00 La genetica per predire il rischio di morte improvvisa.
Diego Ardissino, *Parma*

10.15 Triplice terapia con eventuale impiego di NAO nel paziente trattato con stent.
Cesare Greco, *Roma*

10.30 Com'è cambiata la storia naturale della cardiomiopatia dilatativa?
Gianfranco Sinagra, *Trieste*

10.45 Discussione

11.00 Premiazione "Caso clinico"



EVENTI SCIENTIFICI ORGANIZZATI CON IL SUPPORTO DELLE AZIENDE

VENERDÌ 11 MARZO

- ore 12.30 Auditorium**
Lettura (Sanofi)
"Odyssey: dallo sviluppo all'uso clinico di alirocumab"
- ore 12.45 Palazzo degli Affari**
Luncheon Panel (Bayer)
"Rivaroxaban: l'efficacia e la sicurezza, dagli studi clinici alla vita reale"
- ore 12.45 Palazzo degli Affari**
Luncheon Panel (Sigma-Tau Industrie Farmaceutiche Riunite)
"PUFA n-3 dopo SCA: update 2016"
- ore 13.00 Auditorium**
Lettura (Istituto Farmacobiologico Malesci e Laboratori Guidotti)
"Ipertensione e comorbidità: quale associazione preconstituita?"
- ore 13.30 Auditorium**
Simposio (Boehringer Ingelheim)
"Ictus e anticoagulazione 3.0"

SABATO 12 MARZO

- ore 8.15 Auditorium**
Lettura (AstraZeneca)
"Lo STEMI nell'anziano: il punto sulla terapia antitrombotica"

SABATO 12 MARZO

- ore 12.30 Auditorium**
Lettura (MSD)
"Aggiornamento in tema di ipertensione polmonare: dalle nuove prospettive prognostiche a quelle terapeutiche"
- ore 12.45 Palazzo degli Affari**
Luncheon Panel (Bristol-Myers Squibb - Pfizer)
"Apixaban: dai grandi trial al mondo reale e alla pratica clinica"
- ore 13.00 Palazzo degli Affari**
Luncheon Panel (MSD e Sigma-Tau Industrie Farmaceutiche Riunite)
"L'innovazione nella gestione del rischio cardiovascolare in prevenzione secondaria"
- ore 13.30 Auditorium**
Simposio (Novartis Farma)
"Scompenso cardiaco cronico la storia continua..."

DOMENICA 13 MARZO

- 8.40 Auditorium**
Lettura (A. Menarini)
"Identikit del paziente con cardiopatia ischemica cronica"
"Razionale per l'uso di ranolazina nell'angina stabile e nell'ischemia cronica"

Per informazioni e modalità di iscrizione consultare il sito www.centrolottainfarto.it e cliccare su: **"Congresso Conoscere e Curare il Cuore"**

Segreteria Organizzativa e Prenotazioni Alberghiere: Centro per la Lotta contro l'Infarto Srl
Via Pontremoli, 26 • 00182, Roma • Tel. 06 3218205 - 06 3230178 • Fax 06 3221068
email: clicon@tin.it • www.centrolottainfarto.it



di Filippo Stazi

Aggiornamenti cardiologici

PATHWAY-2: Spironolattone, chi l'avrebbe mai detto!?! Il trattamento ottimale dell'ipertensione resistente, quella cioè non controllata dall'uso di tre farmaci ai massimi dosaggi tollerati, non è ancora ben definito. Nell'ipotesi che tale condizione sia spesso secondaria ad un'eccessiva ritenzione di sodio e che possa quindi giovare del trattamento con lo spironolattone, 335 pazienti sono stati randomizzati a ricevere, in aggiunta al trattamento in atto, spironolattone (25-50 mg), bisoprololo (5-10 mg), dazososina a rilascio modificato (4-8 mg) o placebo. Ogni paziente riceveva in sequenza ognuno dei trattamenti (i tre farmaci ed il placebo) per 12 settimane. Dopo le prime 6 settimane si passava dal dosaggio inferiore a quello superiore di ciascun farmaco. Lo spironolattone induceva una riduzione della pressione arteriosa media di 8,7 mmhg, significativamente superiore ($p < 0,0001$) a quella ottenuta, oltre che dal placebo, anche dal bisoprololo (4,5 mmhg) e dalla doxazosina (4,3 mmhg), risultando quindi il farmaco più indicato per il trattamento dell'ipertensione resistente. (*The Lancet 2015; 386: 2059-2068*)



La troponina ad alta sensibilità: Il sospetto di infarto è una delle principali cause di accesso al pronto soccorso. La possibilità di riconoscere precocemente coloro che sono a basso rischio per tale condizione permetterebbe di alleggerire il carico di lavoro degli ospedali consentendo anche un non trascurabile risparmio economico. Per valutare l'utilizzo a tale scopo della troponina ad alta sensibilità (hs) e stabilirne il valore predittivo negativo, 6304 pazienti scozzesi con sospetto infarto sono stati inseriti in uno studio prospettico in cui la troponina hs veniva dosata all'ingresso in pronto soccorso. Il 16% di questi pazienti aveva effettivamente un infarto e un ulteriore 3% presentava eventi cardiaci (1% infarto, 2% morte cardiaca) nei successivi 30 giorni. Il 61% dei pazienti senza infarto all'arrivo in ospedale avevano livelli di troponina hs < 5 ng/l e tale cutoff presentava un valore predittivo negativo del 99,6%. Coloro che presentavano concentrazioni di troponina hs < 5 ng/l avevano inoltre un rischio d'infarto a 1 anno significativamente inferiore rispetto a quelli con livelli > 5 ng/l (0,6 vs 3,3%, $p < 0,0001$). Il riscontro di bassi valori (< 5 ng/l) di troponina hs sembra quindi identificare una sostanziale quota di pazienti (circa i 2/3) a rischio d'infarto talmente basso da poter evitare di essere ricoverati. (*The Lancet 2015; 386: 2481-2488*)

Defibrillatore indossabile, SI: Il defibrillatore indossabile è un vero e proprio defibrillatore che il paziente deve indossare costantemente. Il dispositivo monitorizza infatti il ritmo cardiaco di chi lo porta, riconosce le aritmie potenzialmente pericolose e cerca di interromperle erogando una scossa elettrica. Il suo uso è in genere indicato, in via transitoria, in quei soggetti che, sebbene a rischio di morte improvvisa, non hanno ancora una certa indicazione al defibrillatore impiantabile, in quanto affetti da condizioni potenzialmente soggette a miglioramento. È il caso, ad esempio, di coloro che sono nel primo mese successivo ad un evento infartuale o di chi è affetto da cardiopatia dilatativa non ischemica di recente diagnosi in cui si vuole attendere la risposta o meno al trattamento farmacologico. Per evitare che la morte improvvisa si verifichi nei mesi necessari a definire l'indicazione al dispositivo impiantabile viene appunto proposto l'impiego del defibrillatore indossabile. Sulla reale efficacia di tale strategia vi è però sostanziale scarsità di dati. Il WEARIT-II Registry ha arruolato 2000 pazienti con cardiopatia ischemica, non ischemica o congenita proprio per testare l'uso di tale dispositivo nel mondo reale. L'età media dei pazienti era 62 anni, la frazione d'eiezione media del ventricolo sinistro (FEVS) era 25%, la durata media dell'utilizzo del giubbotto era 90 giorni, con un impiego giornaliero medio di 22,5 ore. Durante lo studio si sono verificate 120 aritmie ventricolari sostenute in 41 pazienti (2% del totale) e il 54% di queste sono state appropriatamente trattate dal dispositivo. Solo 10 pazienti (0,5%) ha ricevuto shock inappropriati. 840 soggetti (il 42% del totale) ha alla fine ricevuto un defibrillatore impiantabile, negli altri la causa principale di non impianto è stata il miglioramento della FEVS. Nel loro insieme i dati evidenziano un non trascurabile rischio aritmico a breve termine nei pazienti a rischio di morte improvvisa, mostrano che una sostanziale quota di questi presenta però un miglioramento clinico tale da non richiedere il defibrillatore impiantabile e quindi giustificano il ricorso al defibrillatore indossabile. (*Circulation* 2015; 132: 1613-1619)



Defibrillatore indossabile, NI: L'ennesima conferma che la medicina non è una scienza esatta deriva dalla pubblicazione di un altro studio sull'uso del già citato defibrillatore indossabile in 525 pazienti affetti da cardiomiopatia ischemica (n = 271) o non ischemica (n = 254). La durata media dell'utilizzo del giubbotto era questa volta di 61 giorni con un impiego giornaliero medio di 22 ore. Nei pazienti con eziologia ischemica il dispositivo confermava la sua utilità in quanto 6 soggetti (2,2% del totale) ricevevano shock appropriati a fronte dello 0,7% di terapie improprie. Al contrario nessuno dei soggetti con malattia non ischemica presentava eventi aritmici richiedenti intervento del dispositivo mentre l'1,2% dei malati sperimentava shock inappropriati. Tali dati sembrerebbero quindi non consigliare l'uso del defibrillatore indossabile in quest'ultima categoria di pazienti. (*J Am Coll Cardiol* 2015; 66: 2607-2613)

aforismi

- **Un gentiluomo è uno capace di descrivere Sofia Loren senza fare gesti.**

M. Andiard

- **La porta della felicità si apre verso l'esterno cosicché può essere rinchiusa solo andando fuori da se stessi.**

S. Kierkegaard

- **La felicità è come una farfalla: se la insegui non riesci mai a prenderla; ma se ti metti tranquillo, può anche posarsi su di te.**

N. Hawthorne

- **La felicità è un cucciolo caldo.**

C. M. Schulz

- **È molto più facile essere un eroe che un galantuomo. Eroi si può essere una volta tanto, galantuomini si deve essere sempre.**

L. Pirandello

- **Una conferenza internazionale è una riunione per decidere quando si terrà la prossima riunione.**

H. Ginsberg

- **Un comitato: dodici persone che fanno il lavoro di una.**

A. Bloch

- **Ciò che rende la vanità degli uomini insopportabile è che offende la nostra.**

F. de La Rochefoucauld

- **Le donne sono fatte per essere amate, non per essere comprese.**

O. Wilde

- **È molto meglio essere bello che buono, ma è meglio essere buono che brutto.**

O. Wilde

- **La vecchiaia è triste non perché cessano le gioie ma perché finiscono le speranze.**

G. Ravasi

- **Amo molto parlare di niente. È l'unico argomento di cui so tutto.**

O. Wilde

- **Il sapiente sa quel che dice, lo stolto dice quel che sa.**

Detto ebraico

- **La legge è come una tela di ragno, il calabrone l'attraversa impunemente, il moscerino vi rimane impigliato.**

Detto latino

- **Si resiste all'invasione degli eserciti, ma non alla forza delle idee.**

V. Hugo

- **È curioso vedere che quasi tutti gli uomini che valgono molto, hanno le maniere semplici; e che quasi sempre le maniere semplici sono prese per indizio di poco valore.**

G. Leopardi

- **Basta con questo Sostituto Procuratore della Repubblica!
Il titolare dov'è?**

R. Benigni

- **L'orgoglio è il conforto dei deboli.**

L. de Clapiers

- **Non sono un ipocondriaco, sono un allarmista**

W. Allen

Sostenete e diffondete **Cuore & Salute**

Cuore & Salute viene inviata gratuitamente agli iscritti al **Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus**.

- ☺ La quota minima annuale di iscrizione alla Fondazione in qualità di Aderente è di € 25,00.
- ☺ Con un contributo di € 30,00 gli *Aderenti* alla Fondazione, possono richiedere il volume degli Atti del Congresso *Conoscere e Curare il Cuore* o gli Atti online.
- ☺ Coloro che desiderano offrire **Cuore & Salute** ai loro amici, debbono fornire l'indirizzo del destinatario unitamente al versamento della quota d'iscrizione. Sarà cura della segreteria informare dell'avvenuto omaggio (*).



MODULO PER ISCRIVERSI ALLA FONDAZIONE O PER ISCRIVERE UN AMICO

DESIDERO: ISCRIVERMI RINNOVARE L'ISCRIZIONE ISCRIVERE UN AMICO AL
CENTRO PER LA LOTTA CONTRO L'INFARTO - FONDAZIONE ONLUS

COGNOME NOME

CODICE FISCALE

VIA CAP CITTÀ

PROV. NATO A IL

E-MAIL CELL

(*) nominativo di chi offre *Cuore & Salute*

IL VERSAMENTO DELLA QUOTA DEVE ESSERE INTESTATO AL "CENTRO PER LA LOTTA CONTRO L'INFARTO - FONDAZIONE ONLUS" E PUÒ ESSERE INVIATO TRAMITE:

- VERSAMENTO SU C/C POSTALE N°64284003
- BONIFICO BANCARIO IBAN IT 56 Y 01005 03213 000000012506
c/o BANCA NAZIONALE DEL LAVORO - Ag.13 - V.LE BRUNO BUOZZI 54, ROMA
- ASSEGNO NON TRASFERIBILE
- CARTA DI CREDITO CIRCUITO VISA (COMUNICANDO NUMERO E SCADENZA)
- ON-LINE CON **DONA ORA** DIRETTAMENTE DAL SITO **WWW.CENTROLOTTAINFARTO.IT**
- DIRETTAMENTE PRESSO LA NOSTRA SEDE

AI NOSTRI LETTORI

Il **Centro per la Lotta contro l'Infarto** è una **Fondazione Onlus**, pertanto ogni erogazione liberale costituisce onere detraibile fiscalmente da parte di chi effettua il versamento ai sensi dell'Art. 15 DPR 917/1986.

Tutela della Privacy: I suoi dati personali sono presenti nel database del **Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus**. Sono stati raccolti, gestiti manualmente ed elettronicamente con la massima riservatezza ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 per informarla sulle attività della Fondazione, istituzionali e connesse, anche attraverso altri qualificati soggetti. In ogni momento lei potrà chiederne la modifica e l'eventuale cancellazione scrivendo al nostro responsabile dati: **Centro per la Lotta contro l'Infarto Fondazione Onlus - Via Pontremoli, 26 - 00182 Roma**.

5X1♥♥♥

Una scelta che non ti costa nulla il cui valore è immenso

Diffondere nel nostro paese l'educazione alla prevenzione delle malattie di cuore ed istituire innovativi progetti di ricerca per debellare l'infarto è l'impegno che questa Fondazione ha assunto oltre 30 anni fa. Il CLI svolge opera di prevenzione e di educazione sanitaria attraverso due consolidati strumenti: ***Cuore e Salute***, rivista bimestrale inviata a medici e persone cardiopatiche e non; il ***Congresso Conoscere e Curare il Cuore***, che accoglie ogni anno a Firenze migliaia di cardiologi.

A queste iniziative associa un programma di ricerche sperimentali rivolte all'infarto, che comprende tre filoni: la prevenzione, lo studio delle cause e il miglioramento delle cure.

È solo grazie al prezioso aiuto dei suoi sostenitori che la Fondazione ha potuto raggiungere questi obiettivi e che potrà puntare ad altri ambiziosi traguardi.

The image shows a portion of a tax form (Modello 730) with a red circle highlighting the signature and tax code area. The tax code is 97020090581. The form includes fields for the taxpayer's name, tax code, and a section for indicating the beneficiary of the contribution. Below the form, there is a warning text: "AVVERTENZE: Per esprimere la scelta a favore di una delle finalità destinate della quota del cinque per mille dell'IRPEF, il contribuente deve apporre la propria firma nel riquadro corrispondente. Il contribuente ha inoltre la facoltà di indicare anche il codice fiscale di un soggetto beneficiario. La scelta deve essere fatta esclusivamente per una delle finalità beneficiarie."

Metti la tua firma nel riquadro sopra indicato e indica il codice fiscale del ***Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus n. 97020090581***. Senza versare un Euro in più di tasse, offri un aiuto fondamentale a favore della prevenzione, dell'educazione sanitaria, dell'informazione scientifica e della ricerca cardiovascolare.

**Dai una mano anche in questa occasione.
Insieme potremo fare di più.**

5X1 

**UNA SCELTA CHE FA
BENE AL CUORE.**

Grazie per il sostegno
che vorrai dare al CLI.

Basta la tua firma nell'apposito riquadro
della dichiarazione dei redditi e il codice
fiscale **97020090581** della nostra Fondazione
per dare continuità alla prevenzione e alla
ricerca scientifica contro le malattie
cardiologiche.