

CUORE & Salute


Insieme andiamo avanti

ANNO XXVIII

N.1-2 GENNAIO-FEBBRAIO 2010

Poste Italiane SpA
Spedizione in abbonamento postale
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art. 1 comma 2 DCB - Roma

Una pubblicazione del:

 Centro per la lotta contro
l'infarto - Fondazione Onlus

www.centrolottainfarto.it

The screenshot shows the homepage of the website. At the top, there is a navigation bar with the text "Capire per prevenire" and a red heart icon. Below this, the main content area is divided into several sections. On the left, there is a vertical menu with links: Home, Chi siamo, La storia, Testimonianze, Contatti, and a YouTube channel link "CLI su YouTube". The main content area features a central section titled "ATTUALITÀ DELLA FONDAZIONE" with a sub-header "Capire per prevenire". This section includes a book cover "Lettera a Papi" and text: "Risposta a 117 quesiti di Cardiologia di Pier Luigi Prati" and "COME RICEVERE IL LIBRO". Below this is another section titled "ATTIVITÀ DELLA FONDAZIONE" with three boxes: "La rivista CUORE SALUTE", "LA NOSTRA RICERCA", and "Il congresso Conoscere e Curare il Cuore". Underneath are three dropdown menus labeled "Fattori di rischio", "Stile di vita", and "Saperne di più", each with a "--Seleziona--" option. To the right of the main content, there are three vertical boxes: "DONA ORA", "Iscriviti alla newsletter è gratis", and "DIVENTA SOCIO DEL CLI". Below these, it says "Sostieni il CLI con il tuo 5X1000" and "Spazio SOCI". At the bottom, there are three icons: "RISKARD CALCOLA IL TUO RISCHIO CARDIOVASCOLARE", "CALCOLO CALORIE", and "fiacc con noi". The footer contains contact information: "Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus - Viale Bruno Buozzi, 60 - 00197 Roma Tel 063230178 Fax 063221068 - e-mail: info@centrolottainfarto.it".

Benvenuti

nel nuovo sito del

Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus



Foto L. D'Agostino
Il Ponte del mare di Pescara

Gigi Prati: un ricordo 5	Ipertensione. Più fortuna che meriti 36
Andare avanti 11	News 39
Cosa direbbe Frugoni? 13	Donna e danno coronarico 42
Il senso di colpa dei cardiologi 16	Conoscere e Curare il Cuore 2010 44
Vasculopatie e infarto 16	La Palla di Tiche 48
Stenosi delle carotidi 19	Quaderno a Quadretti 51
Le mani 24	Il triangolo di Scarpa 55
Pace-maker e risonanza magnetica nucleare 27	Recensioni 58
Ipertensione arteriosa 29	Aforismi 62
L'ipertensione nei ragazzi 34	

www.centrolottainfarto.it

E-mail: cuoreesalute@centrolottainfarto.it

Cuore e Salute

Rivista di cardiologia divulgativa e di educazione sanitaria per i soci del *Centro per la Lotta contro l'Infarto-Fondazione Onlus*

Anno XXVIII - n. 1-2 Gennaio-Febbraio 2010
Tariffa Associazione senza fini di lucro: *Poste Italiane SpA - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art 1 comma 2 DCB - Roma*

Pubblicazione registrata al Tribunale di Roma il 3 giugno 1983 n. 199

Associata Unione Stampa Periodica Italiana 

Abbonamento annuale
Italia € 20,00 - Estero € 35,00

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

Amministrazione e Abbonamenti
Centro per la Lotta contro l'Infarto-Fondazione Onlus, Cuore e Salute
Viale Bruno Buozzi, 60 - 00197 Roma
Tel. 06.3230178 - 06.3218205 - Fax 06.3221068
c/c postale n. 64284003

Direttore Responsabile
Franco Fontanini

Coordinamento Editoriale
Lilli D'Agostino

Redazione
Mario Albertucci
Filippo Altilia
Vito Cagli
Bruno Domenichelli
Antonella Labellarte
Salvatore Milito
Mario Motolese
Massimo Pandolfi
GianPietro Sanna
Luciano Sterpellone

Vice Direttori
Eligio Piccolo
Francesco Prati

Editore
Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus
Viale Bruno Buozzi, 60 - Roma

Progetto Grafico
Gentil Srl [Valentina Girola]

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

p. 5



Gigi Prati: un ricordo Vito Cagli 5

Editoriale

Andare avanti Franco Fontanini 11

Cosa direbbe Cesare Frugoni? Francesco Prati 13

Il senso di colpa dei cardiologi

Non avremo un po' trascurato le vasculopatie a favore dell'infarto? Alessandro Boccanelli 16

Stenosi delle carotidi 19

Intervista di Mario Albertucci a Rocco Giudice

Le mani Eligio Piccolo 24

Dottore, con il pace-maker posso sottopormi ad una risonanza magnetica nucleare? Filippo Stazi 27

Tutto quello che si deve sapere su ...

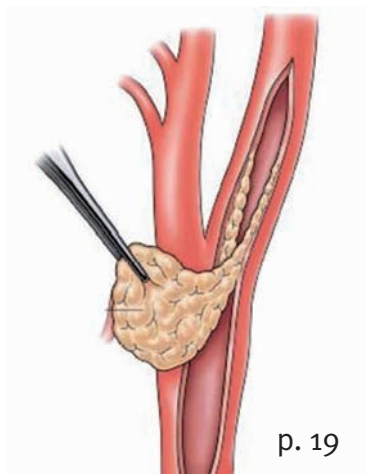
Ipertensione arteriosa

Che cos'è e perchè è pericolosa? Fabrizio Imola 29

Quando l'ipertensione riguarda i ragazzi Vito Cagli 34

Ipertensione. Più fortuna che meriti Franco Fontanini 36

p. 19

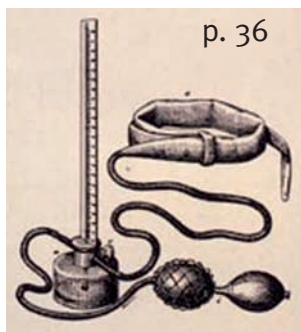


p. 27





p. 29



p. 36



p. 55

News

Aggiornamenti cardiologici Francesco Prati, Filippo Stazi 39

Donna e danno coronarico GianPietro Sanna 42

Conoscere e Curare il Cuore 2010 44

La Palla di Tiche

Il giullare che morì d'infarto per uno scherzo 48

Franco Fontanini

Quaderno a Quadretti Franco Fontanini 51

Storia della medicina

Il triangolo di Scarpa Eligio Piccolo 55

Recensioni

L'andropausa non c'è ma ci credo Franco Fontanini 58

Lettere a Prati Luciano Sterpellone 59

Aforismi Franco Fontanini 62

Cuore e Salute è una pubblicazione del



Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

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, pubblica l'*Almanacco del Cuore* e la rivista mensile **Cuore e 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.

Presidente

FRANCESCO PRATI

Presidente onorario

MARIO MOTOLESE

Consiglio di Amministrazione

MARIO ALBERTUCCI, BRUNO DOMENICHELLI, FRANCO FONTANINI, FABRIZIO IMOLA, ANTONELLA LABELLARTE, MARIA TERESA MASCAGNI, MARIO MOTOLESE, ELIGIO PICCOLO, FRANCESCO PRATI, FILIPPO STAZI

Consiglio Generale

MARIO ALBERTUCCI, ALESSANDRO BOCCANELLI, BRUNO DOMENICHELLI, FRANCO FONTANINI, GIANCARLO GAMBELLI, CESARE GRECO, FABIO MENGHINI, ALESSANDRO MENOTTI, MARIO MOTOLESE, FRANCESCO PRATI

Soci sostenitori

ASTRAZENECA, BANCA FIDEURAM, BANCA NAZIONALE DEL LAVORO, BAYER SCHERING PHARMA, BOEHRINGER INGELHEIM ITALIA, BRISTOL-MYERS SQUIBB, FERROVIE DELLO STATO, I.F.B. STRODER, ISTITUTO LUSO FARMACO D'ITALIA, ITALFARMACO, MEDTRONIC ITALIA, MERCK SHARP & DOHME, NOVARTIS FARMA, PFIZER ITALIA, RCS RIZZOLI PERIODICI, ROCHE, ZAMBON ITALIA.

Gigi Prati. Un ricordo

di Vito Cagli

Vito Cagli, grande amico, ha tenuto con queste parole una toccante commemorazione del Prof. Prati all'Accademia Lancisiana. Molti lettori ci hanno chiesto di averla, per unirla agli altri ricordi.

Che cosa significa commemorare un amico? Ricordarlo, certo. Ma come? Credo anzitutto parlando di lui come di una presenza. La memoria e i sentimenti che a questa persona ci legavano possono restituirci qualcosa di chi ci ha lasciato, dando ai ricordi la forza di farsi presenza.

Dunque, parlare, ricordare, rivivere. Ma rivivere cosa? Per ricordare davvero una persona credo che più dell'esposizione di aridi cenni biografici serva il racconto di quei tratti di strada percorsi insieme, diversi, molto diversi, per ognuno, tanto che per ciascuno una persona può essere di volta in volta questo o quello. Per chi poi non abbia diviso i minuti



della quotidianità ma soltanto le ore di alcuni eventi vi è il rischio di restituire una figura parziale, che a taluni potrebbe sembrare sbiadita, ad altri falsa, e a qualcuno irriconoscibile. Ma è pur vero che ogni essere umano è cangiante e nel rapporto con gli altri, perché gli altri sono diversi come persone e perché fanno parte di una scena diversa.

Avevo con Gigi - lasciata e che lo chiamavo così, com'era privilegio dei suoi intimi - alcune occasioni di contatto ben precise, quasi degli appuntamenti fissi che sono stati il tramite di un legame che gli anni hanno sempre più rinforzato. Ma c'era un retroterra che, come ho sempre pensato, ha facilitato il nostro legame. Come me, Gigi veniva dalla provincia. Era nato

a Modena nel 1927 e, oltre alla sua provincia emiliana, aveva conosciuto la mia stessa provincia marchigiana, ad Ancona, dove, a partire dal 1967 era stato primario per undici anni dell'Ospedale Lancisi, unico ospedale cardiologico allora esistente in Italia. E mi piace pensare che anche la permanenza, nel 1960-61, nell'Istituto Nazionale di Cardiologia di Città del Messico, come vincitore di una borsa di studio della NATO, così importante nella sua formazione scientifica e professionale, non abbia cancellato quell'impronta che gli veniva dalla sua città natale come sarebbe accaduto, forse, se fosse andato a New York o a Boston. Aveva il gusto delle cose piccole e nello stesso tempo



Il Prof. Prati in Messico con il Prof. Fishleder e la Prof. ssa Friedland (1961)

pensava in grande, come è proprio dei provinciali migliori. Era un sognatore che amava trasformare in realtà i propri sogni, come è proprio dei provinciali migliori.

Quando dette vita alle sue iniziative più importanti, il *Centro per la Lotta contro l'Infarto*, i simposi fiorentini di *Conoscere e Curare il Cuore*, la mostra *Cuorevivo* e la rivista *Cuore e Salute*, siamo nella prima metà degli anni 80, era da non molto arrivato a Roma, dove era giunto nel 1978 per ricoprire il posto di primario cardiologo all'ospedale San Camillo. Roma non era – come non è tutt'ora – una città facile, bisognava farsi conoscere, ed emergere in un gruppo di professionisti molto validi e già ben introdotti. Gigi seppe affermarsi in maniera indiscussa; scelse per farlo una strada molto personale: quella di iniziative che parlarono per lui e non soltanto di lui. Ricordava in una recente occasione Alessandro Boccanelli, accanto a lui per tanti anni, prima ad Ancona e poi al San Camillo, quel “Lei” reciproco mai dismesso neppure dopo una stretta e lunga collaborazione. Non era, da parte di Prati, un “Lei” baronale di distacco, ma era il mantener fede ad un costume che anch'io ho conosciuto, e insieme un modo per non essere troppo coinvolto: un Lei di difesa, come di uno che avesse sempre molto pudore dei propri sentimenti. Ricordo che negli ultimi mesi, quando di tanto in tanto lo chiamavo al telefono per informarmi della sua salute e conversare un po' con lui, soltanto una

volta la sua e la mia voce si incrinarono per la commozione, parlando dell'amicizia e dell'affetto che ci legavano, consapevoli entrambi che l'epilogo era ormai vicino.

Tra le nostre occasioni di incontro e di colloquio c'erano gli articoli di *Cuore e Salute* e, nel triennio 1997-99 in cui ne fu Direttore, quelli del *Giornale Italiano di Cardiologia*, dove mi aveva voluto nel Comitato Scientifico e come *referee*; per alcuni anni ci furono anche incontri mensili a *Telesalute*, per una trasmissione divulgativa di cardiologia, a cui partecipavo accanto a lui, insieme a Franco Fontanini e a Eligio Piccolo.

C'era poi il Simposio di Firenze, che si annunciava con quelle sue garbate lettere di invito a svolgere una relazione o ad assumere la moderazione di una sessione, in cui sembrava che fosse lui a chiedere a ciascuno degli interpellati un favore, quando conferiva invece ad ogni invitato, quasi una patente di nobiltà. Chiedeva, e con i suoi richiami finiva per esigere, il rispetto dei tempi nella consegna del testo scritto e del mantenimento dei limiti di venti minuti nell'esposizione orale. E avevamo tutti capito che per quanti non rispettavano le condizioni richieste o non presentavano relazioni ben documentate ed espresse in modo chiaro venivano meno le probabilità di un nuovo invito. Voleva che quegli incontri a Firenze non deludessero né i cardiologi né gli internisti o i medici di medicina generale che vi partecipavano sempre più numerosi: sentiva l'impegno a non



Il Prof. Prati con il Prof. Magnani e il Prof. Feruglio

tradire le loro attese, ma a corrispondervi fornendo indicazioni pratiche, informazioni e consigli spendibili nell'attività quotidiana. Per sé riservava una brevissima introduzione ai lavori, qualche relazione con i suoi collaboratori, alcuni interventi su argomenti particolari che soltanto medici con la sua esperienza, la sua cultura e la sua posizione avrebbero potuto trattare. Si chiedeva nel 1991, insieme a Fontanini e a Francesco Prati «che voto dare alla cardiologia italiana?». Rifuggendo dai facili trionfalismi, che a lui davvero non piacevano, e facendo altresì ampio ricorso all'ironia, affermava che vi erano ombre, dovute al fatto che «gli ospedali sono affidati ad una gestione politico-partitica rivelatasi fallimentare», ma anche luci rintracciabili in una ricerca «affidata alla capacità e all'entusiasmo del singolo in un paese di buone tradizioni», e finiva per concludere che «il voto potrebbe essere molto più

alto se alla bravura dei singoli corrispondesse l'efficienza dello Stato». Una tesi che vale ancora, a quasi vent'anni da quando è stata enunciata.

Nel 2003, insieme alla Dr.ssa Labellarte, poneva sul tappeto una domanda provocatoria: «Siamo sicuri che il cardiologo moderno, supertecnologico, sappia ascoltare il cuore?». E, per una volta, parlava di sé, esprimendosi in questi termini:

«Io sono stato un medico che ha discusso molto, forse con pedanteria, con elucubrazioni eccessive ed acrobatiche, su che cosa ci offrisse l'ascoltazione di un cuore e che cosa significasse un reperto acustico. Oggi vengo punito. Sono circondato da valentissimi cardiologi e sento fino in fondo il privilegio di esserlo. Ma quando chiedo loro come sta l'ultimo grave cardiopatico ricoverato, so già che mi informeranno sulla presenza o assenza di "rantoli basali polmonari" o "rumori umidi alle basi". A

questo laconico bollettino segue sempre una dettagliata illustrazione di ciò che hanno detto l'ecocardiogramma e l'ultimo telecuore. Non sono contento, anzi mi vado convincendo che i "rumori umidi alle basi" stanno diventando l'eco di ciò che fu la clinica del cuore, il commiato da un esame obbiettivo che rappresentò la principale fonte del nostro sapere e che non merita di essere accantonato, anche se a favore di tecnologie di prim'ordine".

Quella parola «commiato» mi ha colpito. Mi è parso di capire che Gigi stesse parlando del commiato che la medicina, la sua medicina, quella che aveva conosciuto, praticato ed amato stava prendendo da Lui. C'era nelle sue parole l'ombra della nostalgia per un tempo irrevocabilmente trascorso; c'era acuto il suo senso autocritico che gli faceva temere di essere un superato. Ma c'era, insieme a questo, l'orgoglio di essere ancora il campione della grande clinica cardiologica, in cui la specialità viveva nell'alveo della clinica medica: il cuore all'interno di un corpo e il corpo all'interno di una persona. Erano la sua la specializzazione in Cardiologia (Pisa, 1956), la libera docenza in Semeiotica medica e quella in Patologia medica, ottenute durante la sua permanenza nella Clinica Medica di Modena alla scuola di Edoardo Sertoli, a testimoniare di una preparazione specialistica innestata nel più vasto orizzonte di una preparazione internistica generale. Sulla base di quella sua formazione così ampia e di un profondo senso di

rispetto verso l'altro, Pier Luigi Prati avvicinava i suoi pazienti, come ho potuto constatare in tante circostanze.

Quando mi comunicò - poco più di un anno fa - che lasciava la sua attività professionale, me lo disse con dis tacco, come se la sua decisione fosse dettata soltanto da motivi razionali: un giudizio su se stesso. Si sentiva come uno che non fosse più certo di poter corrispondere alle esigenze dei pazienti e dei tanti colleghi che gli inviavano malati per consulenza. La malattia si era aggiunta all'età e la corsa veloce del progresso aumentava il disagio: non voleva essere meno di ciò che era stato per tanti anni, voleva chiudere in bellezza. Era una scelta difficile e coraggiosa: seppe farla e volle anche, con molto garbo, comunicarla ai lettori di *Cuore e Salute*.

Ma un altro confronto incombeva, quello con la vecchiaia e la morte.

Sulla prima aveva scritto più volte. In un breve pezzo su *Cuore e Salute* del gennaio-febbraio 2006, intitolato "Io e la vecchiaia", si difendeva da chi lo accusava di avere, in un precedente articolo, parlato male della vecchiaia e ribadiva il proprio giudizio: «Una catastrofe di natura estetica, virile, creativa, temperamentale e - considerando l'egoismo dei vecchi - pure affettiva». Salvò soltanto i ricordi, segno che ne conservava abbastanza per trarne conforto nei momenti di tristezza. Quanto alla morte, cosa può pensarne un uomo quando dentro di lui si insinua la certezza che essa non è più evento possibile, quale è sempre, ma qualcosa di

imminente. Di più: cosa può pensare un medico consapevole dei suoi mali? Non certo ciò che lo stesso Gigi – presentando nel 2005 in questa Accademia il mio libro “Malattie come racconti” – riferì di aver pensato quando, a 15 anni, si ammalò. «Quell’anno – disse – fu il più brutto della mia vita. Non per la malattia, ma per la mortificazione e la vergogna di essere ammalato». Per il giovane, infatti, la malattia è un “tradimento”, perché è qualcosa che non gli appartiene, un evento che ha sbagliato indirizzo. Il giovane confida nella propria forza e sente la morte come qualcosa di così remoto da essere per lui pressoché irreali. Ma da vecchi? Da vecchi è molto diverso. Su *Cuore e Salute*, la rivista cui non ha mai cessato di rivolgere le sue cure più attente, Gigi ha scritto sulla morte una pagina delicata e sommessa. Il pezzo, pubblicato nel numero 5-6 del 2006, è intitolato “Parlami d’amore Mariù”, lo

stesso titolo di una canzone dei suoi – dei nostri – anni giovani. Dietro quel titolo e quella canzone c’era una donna reale che Bixio, l’autore della canzone, aveva amato e sposato. Scrive Gigi:

“Se ne è andata pochi anni fa dopo una serie di aggravamenti della malattia. Nelle lunghe giornate tra letto e poltrona, una sola cosa, a detta dei figli, le dava un po’ di conforto: riascoltare, attraverso il pianoforte suonato dal figlio Andrea, le note della sua canzone”.

Dunque, i ricordi, ancora i ricordi. Sono essi, voglio pensare, che avranno tenuto compagnia a Gigi negli ultimi mesi della sua vita. I ricordi più belli, quelli che hanno dato sapore alla sua vita. L’amore di sua moglie, la gioia di una famiglia cresciuta in sintonia con i valori più veri, il calore della sua casa e dei suoi amici, la consapevolezza di una vita ben spesa.

testimonianze

A 45 anni avevo preso una brutta strada: fumavo 25 sigarette al giorno, passavo molte delle mie serate al ristorante e quasi tutto il giorno stavo seduto davanti al computer... Un giorno che l’ascensore era rotto mi sono reso conto che non riuscivo a salire due piani di scale. Adesso non fumo più ma non ho rinunciato ad incontrare gli amici a cena. Certo, controllo quel che mangio e a 50 anni sento di averne 30 ... in tutti i sensi. Grazie, *Cuore e Salute!*

Paolo Rossini

Andare avanti

di Franco Fontanini

Questo è il primo numero della rivista dopo la scomparsa di Pier Luigi Prati e nei giorni in cui la compilavamo, la sua mancanza gravava su tutti senza che nessuno lo dicesse.

Sono passati ventotto anni da quando, ricchi solamente di consigli e di suggerimenti degli amici della Federazione Francese di Cardiologia che da alcuni anni pubblicavano *Coeur et Santé*, il primo periodico europeo di divulgazione cardiologica che aveva avuto una buona accoglienza sia da parte dei medici sia da parte del pubblico interessato ai crescenti problemi della cardiologia.

Partimmo senza esperienza e senza mezzi, forse troppo timidamente nell'estate e a Natale avemmo la soddisfazione di superare i primi mille abbonati.

Nel secondo anno ci permettemmo di abbandonare la ruvida carta riciclata per quella patinata; nel terzo, raggiunti quasi quattromila abbonati, passammo alle illustri trazioni in quadricromia su carta patinata. Nonostante i buoni risultati non furono solo rose e fiori, come si potrebbe ritenere; sebbene in USA si andasse affermando la cardiologia preventiva, non tutti, specialmente fra i medici, vedevano con favore la divulgazione medica. Murri era stato a suo tempo molto criticato per aver scritto alcuni articoli per *Il Resto del Carlino*.



L'antesignano fu l'informatissimo dottor Musella che teneva una rubrica medica sul *Corriere della Sera* ostentatamente ignorato dalla grande maggioranza dei medici e totalmente dal pubblico. L'unico letto era il bonario dottor Amal della *Domenica del Corriere* dei tempi d'oro, che nascose sempre la sua identità.

Molti medici erano convinti che far conoscere le malattie agli ammalati fosse inopportuno perché poteva ingenerare paura e angoscia, altri restavano fermamente del parere che il prestigio dell'arte medica dovesse restare misterocratico.

Molto lentamente questi pregiudizi decaddero e si passò all'eccesso opposto, con il dilagare delle pubblicazioni mediche indirizzate al grosso pubblico, spesso poco rigorose e molto spesso sospettabili di pubblicità occulta.

Cuore e Salute fin dalla partenza, un po' ambiziosamente si ripropose di operare con il criterio che in politica si dice dei "due forni", rivolgendosi sia ai medici

che agli ammalati, linea preconizzata da Prati, alla quale resteremo oggi più che mai fedeli, cercando di agevolare il più possibile il dialogo interdisciplinare tra medici e il colloquio medico-paziente.

Avvertiamo l'esigenza di affrontare argomenti cardiaci e vascolari, insistendo su questo secondo aspetto per sviluppare un concetto quasi ovvio: l'aterosclerosi va intesa come malattia sistemica e non di un singolo organo.

La nostra rivista nacque espressamente studiata per chi è ammalato di cuore, per chi vuole evitare di diventarlo, per chi vive con un ammalato di cuore, che interessi al tempo stesso il medico pratico e lo aiuti ad impossessarsi di quel modo divulgativo di presentare i problemi, indispensabile per essere capiti dalla gente.

Saremo grati ai colleghi che ci aiuteranno con informazioni e suggerimenti, invitiamo gli ammalati a segnalare i loro problemi e i lettori a sostenerci in questo periodo di crisi. Noi andremo avanti.

tra i libri ricevuti

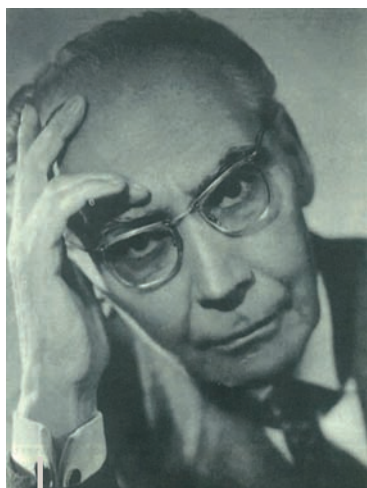


Cosa direbbe Cesare Frugoni?

di Francesco Prati

Cesare Frugoni era un clinico insuperabile: sapeva abbinare ad un formidabile intuito clinico una cultura umanistica non comune. Dal grande maestro Pietro Grocco aveva preso la cultura medica dell'epoca e l'arte della diagnosi, non lo stile. Frugoni era elegante e impeccabile, Grocco trasandato, incurante dell'abbigliamento, abiti sgualciti, barba sempre incolta. La diffidenza che poteva generare a prima vista l'aspetto, si dissolveva non appena mostrava il suo talento al letto del malato. Sapeva trasformare segni obiettivi apparentemente insignificanti in preziosi elementi per la diagnosi. Insigne semeiologo, ha legato il suo nome a numerosi segni.

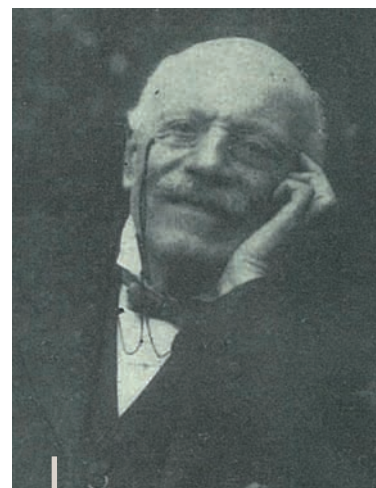
Anche Murri era un grande clinico che a Bologna godeva di una grandissima fama e rispetto e, come talvolta capita alle persone inebriate dal successo, non disdegnava gli applausi quando usciva di casa né i



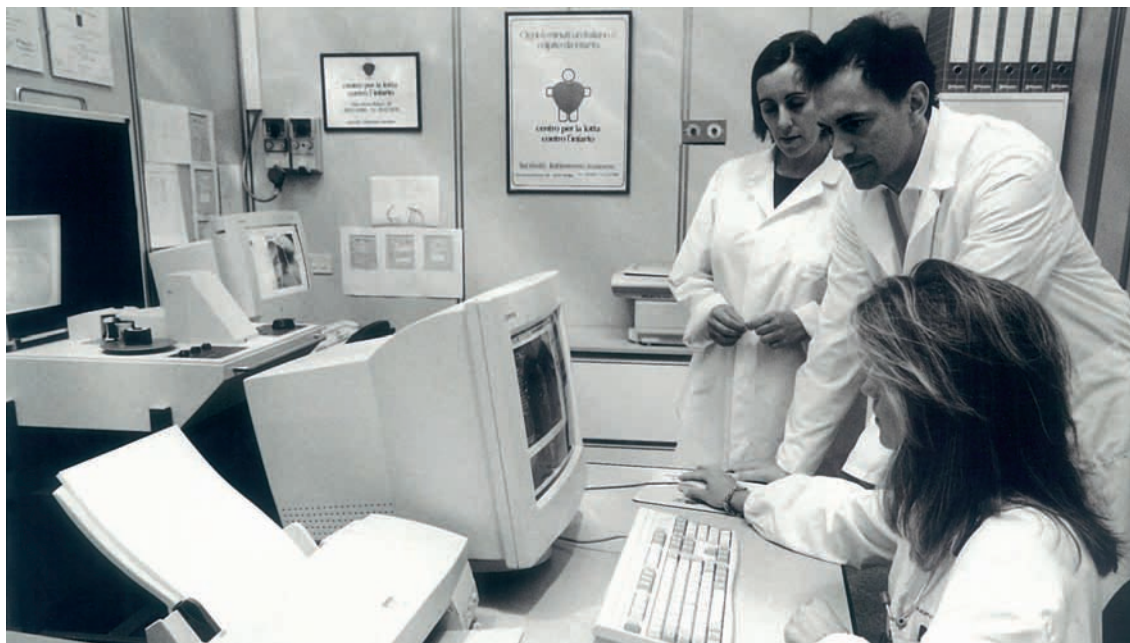
Cesare Frugoni



Pietro Grocco



Augusto Murri



comportamenti stravaganti, come diagnosticare malattie durante i suoi numerosi viaggi in treno. “Lei ha una gran brutta faccia. Mi venga a trovare domani in Clinica Medica”, disse ad un viaggiatore, al quale successivamente diagnosticò un tumore. Sbrietà e stravaganze di grandi clinici del passato, stili e temperamenti dissimili in un unico filo conduttore: la vocazione e soprattutto la capacità di curare la gente. Lo facevano con lo spirito dell’epoca (erano tutti nati nell’800) fondendo nella clinica conoscenze, passioni ed interessi.

No, non è nostalgia per la vecchia Clinica Medica, i quarantenni della mia generazione sono cresciuti professionalmente quando erano già nate le specialità all’interno delle specializzazioni.

Molti specialisti si occupano unicamente del loro campo e questo è in parte comprensibile. Ad esempio, per interrompere mediante ablazione quei circuiti elettrici che generano la fibrillazione atriale,

l’aritmologo necessita di una preparazione tale, da porre l’aritmologia in cima ai propri interessi, senza grandi spazi per divagazioni in ambito medico. La stessa affermazione può essere estesa al radiologo interventista o al chirurgo vascolare, che posizionano endoprotesi nelle arterie più disparate del corpo umano, nonché al cardiologo interventista specializzato nella disostruzione delle coronarie completamente occluse.

La medicina moderna è sostenuta dalla tecnologia ed è attuata da medici con indiscusse capacità tecniche in determinati settori. Per questo motivo le gambe di Francesco Totti, e con esse la longevità agonistica del campione, vengono affidate unicamente ad un luminaire del ginocchio che, con consumata perizia, sa ripetere alla perfezione lo stesso intervento.

Il nostro costante impegno deve essere quello di conciliare sempre le necessarie ultraspecializzazioni con l’esigenza di

non perdere di vista il paziente nel suo insieme, non cosa semplice. Mi sono imbattuto recentemente in un paziente che presentava una stenosi dell'arteria renale, rilevata occasionalmente mediante TAC. Aveva una blanda ipertensione ed un buon funzionamento renale. Un radiologo interventista curò il restringimento della renale applicando uno stent. L'intervento riuscì perfettamente. Poco prima della dimissione, tuttavia, causò l'insorgenza di fibrillazione atriale, si avviarono altri accertamenti, da cui emerse una cardiopatia dilatativa con iniziale riduzione della contrattilità, associata a molteplici fattori di rischio cardiovascolare. La coronarografia mise in evidenza una importante malattia trivale. La stenosi dell'arteria renale era il minore dei problemi o, più semplicemente, la "spia" di una vasculopatia polidistrettuale.

Per noi medici del 2000 è un caso quasi banale. Chissà cosa avrebbero detto l'elegante Frugoni o un virtuoso della semeiotica come Grocco. Probabilmente nulla perché non avrebbero saputo della stenosi della renale, ma avrebbero fatto del loro meglio per diagnosticare i segni iniziali di uno scompenso cardiaco, attraverso un percorso diagnostico molto faticoso.

Ho scomodato tre grandi medici nati nell'Ottocento per esprimere un'esigenza quasi ovvia. Negli ospedali si avverte la necessità di curare il paziente nel suo insieme, senza concentrare tutti gli sfor-

zi e le risorse su un epifenomeno della malattia e, al tempo stesso, occorre conciliare questa esigenza con l'avvento di una medicina altamente specialistica.

Una moderna struttura dipartimentale, in grado di attuare protocolli che costringano al dialogo specialisti con competenze diverse, può essere una soluzione al problema. Li ha precisati il Professor Boccanelli, che nell'articolo che segue illustra le caratteristiche ottimali di un moderno dipartimento medico.

Muovendoci poi dall'ambito assistenziale a quello della ricerca, ci imbattiamo, più o meno, nella stessa tematica. Ad esempio curare efficientemente l'aterosclerosi può diventare uno strumento per prevenire l'infarto miocardico, l'ictus, e le patologie delle arterie periferiche.

Da sempre *Cuore e Salute* dà spazio alle malattie cardiovascolari, alternando articoli sulle malattie del cuore, che rappresentano la maggioranza, ad altri sulle diverse localizzazioni dell'aterosclerosi. Ictus, piede diabetico, aneurisma aortico, malattia delle carotidi sono alcune tra le tematiche che trovano spazio nella rivista, insieme ai tanti articoli sui fattori di rischio cardiaco o l'infarto miocardico.

Pensiamo che i lettori della rivista, ed in particolare i medici che ci seguono con affetto e che hanno competenze così diverse tra loro, troveranno utile ampliare le conoscenze, sempre nello sforzo di alzare lo sguardo, spaziando dalla patologia distrettuale al paziente.

Il senso di colpa dei Cardiologi

Non avremo un po' trascurato le vasculopatie a favore dell'infarto?

di Alessandro Boccanelli

Era il 1979 e il Prof. Pier Luigi Prati si pose il problema di aumentare la sensibilità dei medici e della popolazione nei confronti del problema dell'infarto miocardico. Ancora non c'era la trombolisi, e le Unità Coronariche avevano portato la mortalità per infarto dal 31 % degli anni '60 al 18 % degli anni '70. Successivamente la mortalità sarebbe scesa, con la trombolisi, al 12 % fino all'attuale 5 % in epoca di angioplastica primaria.

Si decise di creare un'associazione, il *Centro studi per la cardiopatia ischemica* che, successivamente, divenne molto chiaramente *Centro per la Lotta contro l'Infarto*, poi evoluto in Fondazione. All'epoca aiutai il Professore con altri medici tutti entusiasti, allo sviluppo del progetto. L'attività del Centro e poi della Fondazione ha affiancato, facilitato per la sua parte e favorito il processo culturale che ha portato, in tutto il mondo occidentale, ai risultati clamorosi nella lotta contro l'infarto.

L'*Istituto Superiore di Sanità* ha pubblicato di recente l'andamento della mortalità



Il prof. Prati tra il Dott. Boccanelli e il Prof. Specchia

per malattie cardiovascolari in Italia negli anni 1980-2000, che dimostra la riduzione di mortalità di circa il 40 %, dovuta per il 60 % alla prevenzione e per il 40 % al miglioramento delle cure. Luigi Palmieri, nel numero di Settembre 2009, ha pubblicato questi dati sull'*American Journal of Public Health*, dai quali si evince il ruolo della riduzione dei fattori di rischio per aterotrombosi in prevenzione primaria e secondaria e quello dei vari trattamenti. È soprattutto merito dei cardiologi questo risultato, ma probabilmente si poteva fare di più. Quante volte la nostra visita cardiologica trascura la palpazione dell'addome, la ricerca dei polsi periferici, l'ascoltazione della carotide?

Posso anticipare alcuni risultati in corso di pubblicazione dello studio IN-ACS Outcome (Italian Network on Acute Coronary Syndromes) che ho coordinato come Chairman. Su 6045 pazienti arruolati con sindrome coronarica acuta, ben il 51 % aveva ricca storia cardiovascolare, che comprendeva arteriopatia periferica, ictus, pregresse procedure di rivascularizzazione a diversi livelli. Questo significa che coloro che accedono all'ospedale con infarto miocardico hanno molto frequentemente arteriopatie concomitanti e spesso ignorate a livello dei diversi distretti.

Questo ci deve fare riflettere sul ruolo del cardiologo nel contesto dei diversi specialisti che si occupano di malattie cardiovascolari.

L'attesa di vita, nel nostro Paese, è cresciuta. Sono diversi i fenomeni a cui

abbiamo assistito negli ultimi 20 anni:

1. La crescita delle tecniche di immagine, che hanno avuto, come effetto positivo, di fornirci chiarissime indicazioni sullo stato dell'apparato cardiovascolare ma, come effetto negativo, di spostare in larga misura il ragionamento clinico a favore di quello anatomico.
2. La nascita e la crescita di nuovi specialisti in tecniche endovascolari, come i radiologi interventisti e i chirurghi vascolari divenuti chirurghi endovascolari.
3. L'angiologia tradizionale si è ristretta per il ruolo preponderante assunto dalle tecniche radiologiche e spesso è stata ridotta alla diagnostica vascolare con ultrasuoni. La specializzazione in Angiologia è finita da tempo e si sta perdendo la cultura dell'aterotrombosi come malattia "medica".
4. I nuovi farmaci contro l'aterotrombosi testati soprattutto in Cardiologia, si sono dimostrati efficaci sulla prevenzione e cura di tutte le malattie vascolari, compreso l'ictus (si pensi alle statine, ai farmaci che inibiscono il sistema renina-angiotensina-aldosterone, ai farmaci antiaggreganti piastrinici, ai trombolitici e agli anticoagulanti).

La neurologia ha seguito la traccia segnata dalla cardiologia sostituendo lo slogan "il tempo è muscolo" con quello "il tempo è cervello" cercando soluzioni, come le Stroke Units, per la terapia precoce dell'ictus mediante trombolisi,

richiedendo comunque una multidisciplinarietà di intervento non sempre semplice da realizzare.

Ci si chiede oggi chi abbia la leadership culturale di questo universo in movimento: il rischio è la parcellizzazione dell'intervento e della specializzazione nei diversi settori vascolari qualora non si riacquisisca una visione unificante e unitaria. Io cardiologo devo considerare l'ictus un mio fallimento per non aver curato bene l'ipertensione, la fibrillazione atriale o non aver identificato una stenosi carotidea; come pure mi devo sentire colpevole della rottura di un aneurisma dell'aorta addominale non precocemente identificato.

Allora: ancora *Centro per Lotta contro l'Infarto*?

Il Centro ha 30 anni e in questo periodo la lotta contro le malattie cardiovascolari ha avuto successi strepitosi: si sente il bisogno di un processo culturale che riporti unità nella prevenzione, diagnosi e cura delle malattie dell'apparato cardiovascolare. Sono d'accordo con il Comitato editoriale della rivista. Si conservi il caro vecchio nome e i simboli del *Centro per Lotta contro l'Infarto* ma se ne allarghi l'ambito di interesse all'insieme delle malattie cardiovascolari. Una nuova missione? Non credo, perché in realtà ci siamo sempre occupati di aterosclerosi. Una nuova visione? Senza dubbio, sì. La visione di chi vuole restituire unità non solo al sistema cardiovascolare, ma alla persona malata.

RINGRAZIAMENTI

Il *Centro per la lotta contro l'infarto - Fondazione Onlus* ringrazia vivamente i soci che hanno contribuito a diffondere *Cuore e Salute*, offrendo l'abbonamento ai loro amici:

Ugo Aniasi di Roma

Berardino Aulisa di Manfredonia

Maria Bellotti di Piacenza

Ernesto Bolandrina di Lovere

Alessandro Ciammaichella di Roma

Maria Luisa Coen di Roma

Lucia Collin Gaiato di Torino

Domenico Del Mauro di Latina

Domenico Di Gregorio di Chieti

Saverio Ferrara di Salerno

Luigi Meniconi di Magione

Antonio Filippo Orlandi di Sassari

Augusto Pasqualini di Barasso

Ampelio Piarotto di Roma

Giovanni Piermarini di Ascoli Piceno

Felice Ronco di Torino

Carmen Sciuto D'Arrigo di Roma

Wilma Valsecchi di Firenze

Ezio Vizzeri di Torino

Enzo Zotti di Padova

Stenosi delle carotidi

Intervista a **Rocco Giudice**, chirurgo vascolare presso l'Azienda Ospedaliera San Giovanni - Addolorata di Roma e responsabile dell'Unità Operativa di Chirurgia Endovascolare

di **Mario Albertucci**

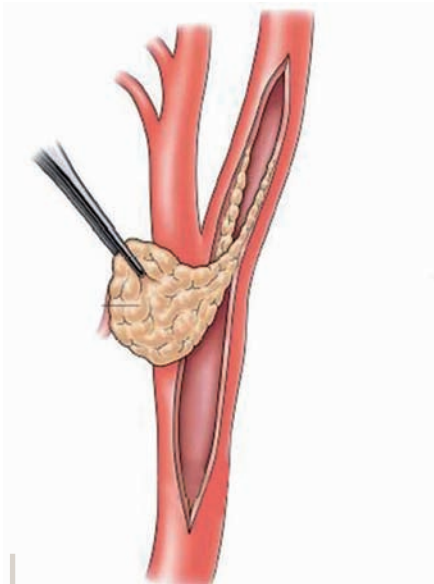
Circa un terzo dei pazienti con malattia delle coronarie è portatore di una stenosi carotidea. Ecco perchè sempre più spesso il medico che si occupa di cuore si trova a dover affrontare anche il problema della patologia delle carotidi, con la necessità di dare al paziente i suggerimenti più appropriati e di riferirlo, eventualmente, allo specialista competente. Cerchiamo di approfondire l'argomento con il dott. Rocco Giudice.

Dott. Giudice, cosa si intende per stenosi della carotide e quali sono i rischi per il paziente?

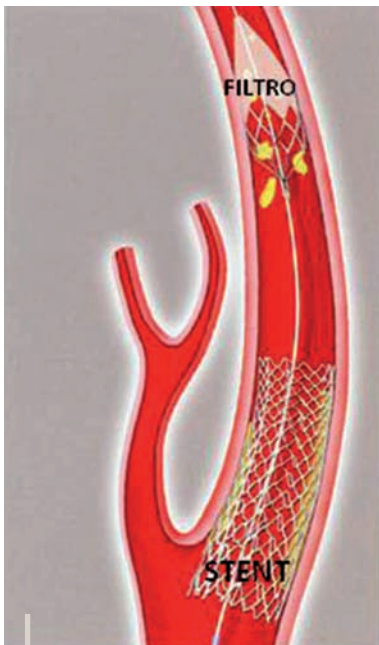
La stenosi della carotide è una delle espressioni della malattia aterosclerotica che, come ben sappiamo, è caratterizzata dalla polidistrettualità. Ciò spiega la significativa associazione tra malattia delle coronarie e patologia carotidea. La lesione è rappresentata da una placca ateromasica localizzata al collo a livello della biforcazione della carotide comune e del primo tratto della carotide interna nella sua porzione extracranica. Possiamo sinteticamente affermare che un paziente portatore di una stenosi carotidea significativa ha un aumentato rischio di avere un ictus.



Rocco Giudice



Intervento di endarteriectomia carotidea: la carotide, preparata chirurgicamente, viene aperta mediante un'incisione longitudinale e la placca aterosclerotica viene rimossa.



Nel trattamento endovascolare della stenosi carotidea viene impiantato uno *stent* che comprime la placca aterosclerotica e consente di ripristinare un valido lume del vaso. Si noti il sistema di protezione cerebrale (cosiddetto filtro), posizionato temporaneamente nella carotide interna distale onde catturare eventuali emboli che si distacchino durante la procedura.

Con quale meccanismo una stenosi carotidea può condurre all'ictus?

I meccanismi sono essenzialmente due. In primo luogo un meccanismo emodinamico, per il quale la riduzione di calibro della carotide interna causata dalla placca aterosclerotica comporta un impedimento al flusso ematico destinato al cervello. A tale riguardo, dobbiamo tenere comunque a mente che esistono dei circoli collaterali sostenuti dalla carotide dell'altro lato e dalle due arterie vertebrali che possono rappresentare un valido sistema di compenso. Più importante ancora è il meccanismo cosiddetto tromboembolico: la placca aterosclerotica, infatti, può andare incontro ad ulcerazione della sua superficie con formazione di trombo e rischio di occlusione acuta della carotide o di embolia cerebrale da eventuale frammentazione e distacco del materiale aterosclerotico.

Quali sintomi comporta una stenosi della carotide?

Generalmente la lesione è del tutto asintomatica e talora, purtroppo, l'esordio clinico è rappresentato dalla comparsa dell'ictus. In altri casi il paziente presenta un cosiddetto attacco ischemico transitorio (TIA), ossia un deficit neurologico ad insorgenza improvvisa che regredisce nel giro di pochi minuti o qualche ora (comunque entro le 24 ore): sono proprio

questi i casi da guardare con maggiore attenzione, per l'elevato rischio di manifestare un ictus nei giorni o settimane successivi al TIA. L'ictus può esordire con uno spettro di gravità variabile e coinvolgere, isolatamente o in associazione, l'emifaccia, l'arto superiore e l'arto inferiore di un lato, fino anche alla paralisi completa di metà del corpo. È da ricordare, a tale proposito, che il lato corporeo affetto è quello opposto alla lesione carotidea, in quanto le fibre nervose sensitive e motorie a livello centrale sono incrociate.

Come si accorge il medico della presenza di una stenosi carotidea? Quali accertamenti eventualmente consigliare?

Nei casi sintomatici è proprio la storia clinica del paziente ad indirizzare il medico. Il riscontro di un soffio all'auscultazione della regione laterale del collo rappresenta comunque un reperto altamente sospetto. La diagnosi viene confermata con esami strumentali, tra i quali il più importante è sicuramente l'*ecocolordoppler*. Come ben sappiamo, si tratta di un'indagine che utilizza gli ultrasuoni e che non comporta, quindi, per il paziente alcun possibile danno. Solo in casi selezionati sarà necessario ricorrere ad esami più sofisticati quali l'*angioTC* o l'*angioRM*.

A chi consiglierebbe, quindi, di eseguire un *ecocolordoppler* delle carotidi?

Ovviamente a tutti i pazienti che hanno manifestato un deficit neurologico. Abbiamo però prima ricordato che nella maggior parte dei casi la stenosi carotidea è asintomatica. Ecco perché sarebbe opportuno eseguire un controllo come screening in tutti i soggetti oltre i 60 anni, da anticipare, e eventualmente, nei pazienti con malattia coronarica e, comunque, in presenza di fattori di rischio per aterosclerosi, quali, ad esempio, il fumo di sigaretta, l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito ed i disturbi del metabolismo del colesterolo.

Quali sono le possibilità farmacologiche oggi a disposizione per un paziente portatore di una stenosi carotidea?

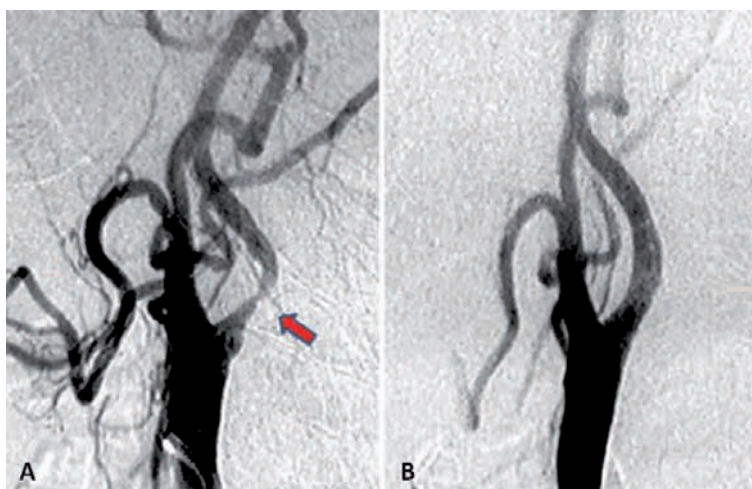
Innanzitutto è importante correggere i fattori di rischio che abbiamo appena ricordato. Deve essere, inoltre, instaurata una terapia antiaggregante piastrinica utilizzando l'acido acetilsalicilico, la ticlopidina o il clopidogrel. Negli ultimi tempi, infine, ha assunto particolare rilievo l'utilizzo delle statine anche nei pazienti con normali livelli di colesterolo, per il loro effetto di stabilizzazione della placca aterosclerotica.

E quando è indicato, invece, l'intervento?

L'intervento è da riservare ai pazienti in cui la stenosi raggiunge o supera valori del 70%, soprattutto in presenza di un disturbo neurologico congruo con la lesione. Ovviamente l'indicazione andrà valutata caso per caso, tenendo in debita considerazione altri fattori quali, ad esempio, l'età del paziente o la presenza di altre patologie di rilievo. Il razionale dell'intervento, infatti, non è quello di curare un disturbo bensì quello di prevenire un possibile ictus ed è, quindi, evidente che il beneficio è maggiore nei pazienti con aspettativa di vita significativa.

Tecnicamente, come viene condotto l'intervento?

L'intervento tradizionale è rappresentato dall'endarterectomia carotidea, eseguita per la prima volta oltre 50 anni fa e che tuttora rappresenta il *gold-standard* del trattamento. L'intervento viene condotto in anestesia loco-regionale o generale attraverso un'incisione nella regione laterale del collo. Una volta esposta chirurgicamente, la carotide viene clampata ed incisa, con l'apertura del vaso e la rimozione della placca ateromascia. Il punto di apertura sull'arteria viene, quindi, suturato, interponendo eventualmente un segmento di materiale protesico o biologico ad evitare il restringimento del lume del vaso. In alcuni casi in cui il compenso circolatorio non è garantito a sufficienza dai circoli collaterali, sarà opportuno utilizzare, durante il tempo del clampaggio carotideo, un bypass esterno temporaneo (cosiddetto "shunt") per mantenere un adeguato apporto di sangue al cervello.



Stenosi serrata del primo tratto della carotide interna (A). Stesso caso dopo l'impianto di uno *stent* (B).

Quali sono i rischi?

Il rischio principale è quello di una complicanza neurologica, dovuta al tempo del clampaggio carotideo o alla frammentazione di materiale nel corso della procedura con conseguente embolia cerebrale. Si tratta di un rischio comunque molto contenuto nei Centri ad alto volume di attività e sensibilmente inferiore, se l'indicazione è stata posta correttamente, al rischio di ictus rappresentato dalla placca carotidea.

Esistono alternative mini-invasive?

Negli ultimi 10-15 anni ha assunto sempre maggiore importanza la possibilità di trattamento endovascolare della stenosi carotidea, con approccio percutaneo femorale a livello inguinale in anestesia locale del tutto simile a quello utilizzato per l'angioplastica coronarica. In sintesi, attraverso un sistema di guide e cateteri, viene posizionato uno *stent* a coprire la placca carotidea che viene, successivamente, dilatato con l'ausilio di un palloncino, ottenendo il ripristino di un valido lume del vaso. Nel corso della procedura, al fine di ridurre il rischio di embolia cerebrale con conseguente complicanza neurologica, si utilizza un sistema di protezione temporaneo posizionato nel tratto distale della carotide interna, provvisto di una membrana che consente di trattenere del materiale che eventualmente si distacchi e si mobilizzi e di mantenere, al contempo, inalterato il

flusso di sangue al cervello.

Nelle mani di operatori esperti, il rischio di complicanze neurologiche della procedura endovascolare sembrerebbe sovrapponibile a quello della chirurgia tradizionale.

Quando consigliare, quindi, l'uno o l'altro tipo di intervento?

È importante che il paziente sia valutato da un team che abbia, al proprio interno, le competenze culturali e tecniche per offrire entrambi i tipi di trattamento, onde garantire la migliore possibilità terapeutica da valutare caso per caso. Se esistono, infatti, situazioni in cui possono essere proposti sia l'intervento di endarteriectomia che il trattamento endovascolare, vi sono casi in cui una delle due procedure può presentare dei considerevoli vantaggi ed è, pertanto, da preferire.

E dopo l'intervento?

Si deve raccomandare al paziente di continuare ad assumere la propria terapia medica, con particolare riguardo per i farmaci antiaggreganti. Il rischio di restenosi carotidea, ossia di una recidiva dopo l'intervento, è intorno al 5-10% , con una maggiore incidenza nei primi 12-18 mesi dal trattamento. Sarà, pertanto, opportuno sottoporre il paziente a controlli *ecocolordoppler* periodici, inizialmente ogni 3-6 mesi e, successivamente, con cadenza annuale.

Le mani



di Eligio Piccolo

Fin dai primi esami universitari imparammo che la Medicina poggiava su basi rigorosamente scientifiche, come certe materie del liceo, fisica o chimica. E che la *drosophila melanogaster*, il moscerino di tante ricerche biologiche, nonché i piselli dell'abate Mendel dovevano sottostare a leggi molto razionali. Invano cercavamo nei primi anni sui testi di anatomia o di fisiologia quel fascino nascosto che avevamo assaporato nei libri di Cronin, di Carrel e di Axel Munthe. Forse, chissà, potrebbe essere questa una delle ragioni per cui molti di noi cercarono allora ispirazione in filoni come la psicanalisi, ma anche la grafologia e la chiromanzia, scienze definite occulte, che però facevano intravedere un certo rapporto con la psiche e con i caratteri delle persone.

Me ne feci suggestionare anch'io e, benché il libro che acquistai avesse una copertina più da tarocchi che da analisi psicologica seria, mi immerse con avidità sui significati delle tre linee principali della mano, quelle che in positivo dovrebbero disegnare una specie di M ecclesiastica, oltre ai vari monti di Venere, Saturno, Marte e alle diverse propor-



zioni fra le dita e il quadrato palmare. Qualche confronto con la propria mano e con quelle di persone conosciute diedero i primi riscontri: molti corrispondevano effettivamente al carattere, ma altrettanti dovevano essere aiutati dalla fantasia. Mi resi conto che c'era qualcosa di scientificamente corretto, ma che l'occultismo non poteva essere minimizzato e che, contrariamente a quanto si faceva nella ricerca medica, mancavano studi comparati, come si dice, statisticamente significativi. I quali evidentemente non venivano intrapresi a causa dei tanti preconcetti, della scarsa utilità e soprattutto delle troppe variabili.

A quel punto, a misura che imparavo dai testi ufficiali le cose serie della Patologia e della Clinica, me ne vergognai e utilizzai questa nuova "arte", un po' per celia e un po' per la seduzione, solo nelle riunioni disinibite tra amici e amiche, specie quelle da spiaggia. Quando diventai, come si usa dire, una persona posata, tutta casa e Medicina, mai mi riuscì di cancellare completamente questo bagaglio culturale chiromantico, così poco aderente al metodo scientifico, però non mi riuscì nemmeno di evitare, ogniqualvolta incontravo persone nuove e interessanti, di focalizzare l'attenzione sulle loro mani, in particolare su quelle linee e su quelle proporzioni che evidentemente, pensai, non potevano non avere un qualche rapporto con la genetica e con la gestualità comandata dal cervello e dai sentimenti.

Di mani ne sbirciai moltissime, da quelle



magre, pallide e intellettuali di un mio maestro stimatissimo a quelle ovali, armoniche e sensuali della Gioconda di Leonardo. Molto ben proporzionate e con linee regolari venivano descritte anche quelle di Lenin, mentre le mani di Hitler, visibili senza i guanti durante i suoi frenetici discorsi, avevano note cerebrali e disarmoniche. Nel recente passato mi hanno sempre incuriosito le mani di Giulio Andreotti per quel pollice opposto e la sinuosità delle falangi, segni, dicono, di dominanza intellettuale ma con adattabilità diplomatica. Le mani dei politici attuali mi paiono indicare nella loro maggiore o minore gestualità, che volentieri ostentano nelle interviste TV, la fretta di esprimere il loro pensiero o anche l'incertezza nel farlo. Chi si affida alla chiromanzia spera che le qualità di quelle eminenze palmari, della M e delle altre linee importanti, possano assicurar-

ci sulla profondità e la benevolenza di quel pensiero.

Un caro amico, che ci ha lasciato da poco, aveva tutte le caratteristiche di chi si era costruito il destino da sé, con i suoi talenti, dando l'impressione che le cosiddette circostanze fortuite capaci di cambiare in meglio o in peggio le proprie realizzazioni fossero state indifferenti. La dirittura morale e la capacità di sintesi furono le sue doti principali, dalle quali era progressivamente emersa una



carriera brillante, una famiglia compatta ed opere egregie a favore di pazienti, colleghi e dell'educazione sanitaria nel suo paese. Le sue mani, che egli non ostentava ma quando le dava la loro stretta era piena e disponibile, avevano un ovale e proporzioni perfette. Nelle nostre cicliche riunioni glielo osservavo spesso e sempre più mi confermavano in quel giudizio le loro linee armoniche, in particolare quella decisa del destino, che non significa solo sorte ma determinazione, e quella dell'intelletto che non si esauriva nel palmo come usa negli imprenditori pragmatici, ma si prolungava nei monti della fantasia creativa. Non ne parlavo mai, un po' perché mi vergognavo di questa mia debolezza antica e un po' perché sarebbe stato difficile inserire e spiegare questo "indefinibile" nel discorso scientifico che ci teneva impegnati. L'usanza di immortalare le mani di personaggi celebri su calchi di cemento mi è sempre parsa un'americanata, ma da quando quel mio amico è mancato non ne sono più così sicuro.

testimonianze

Cuore e Salute mi ha aiutato a capire che, dopo il mio infarto, non ero un uomo finito. Ho seguito i consigli e le indicazioni ed ora per me quel periodo è solo un brutto ricordo.

Gianpiero P.

Dottore, ma con il pace-maker posso sottopormi ad una risonanza magnetica nucleare?

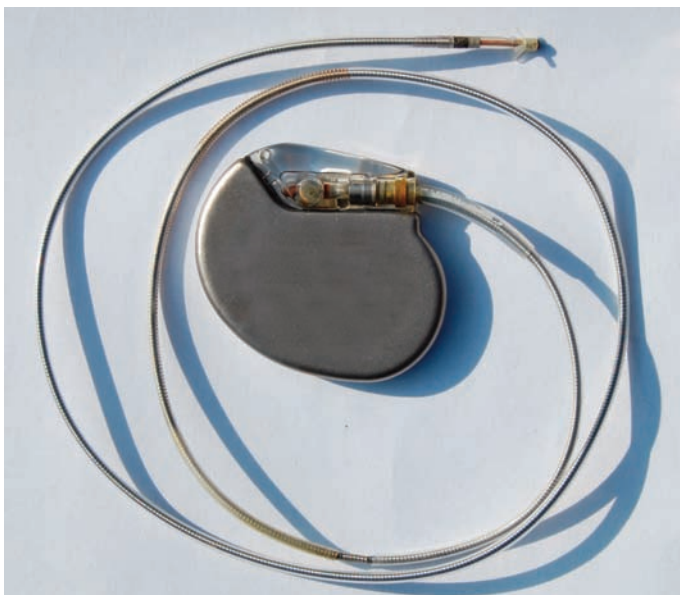
di Filippo Stazi

Oggi no ma domani probabilmente sì!

La risposta fino ad ora è sempre stata negativa e a tutto oggi ancora lo è, e una delle prime informazioni che si fornisce al soggetto candidato ad impianto di pace maker è proprio l'impossibilità di eseguire per il resto della sua vita tale tipo di esame radiologico.

La risonanza magnetica infatti, a causa del campo magnetico che induce e delle alte temperature che ne derivano, è potenziale causa di malfunzionamento sia del pace-maker che degli elettrocatereteri, nonché di danni diretti alle pareti cardiache.

Il campo magnetico prodotto dalla risonanza magnetica può, agendo come una grande calamita, indurre una trazione od una rotazione del pacemaker con possibili danni locali e/o spostamento degli elettrocatereteri; inoltre, l'azione di tale campo magnetico può determinare una riprogrammazione inappropriata del dispositivo con possibili successivi



difetti di stimolazione dalle conseguenze anche letali nei soggetti che non hanno un ritmo cardiaco spontaneo e che pertanto dipendono interamente dall'attività del pace-maker. Infine, le alte temperature (fino ad 80°C) che si raggiungono in corso di risonanza magnetica a livello dell'interfaccia tra elettrocatteter e parete cardiaca, possono causare necrosi miocardica.

Come sempre nella scienza medica le cose cambiano con il passare del tempo e anche le convinzioni più radicate vengono smentite dal progresso tecnico. Una nota ditta produttrice di dispositivi medicali ha infatti brevettato un nuovo sistema di elettrostimolazione (pace-maker ed elettrocatteteri) progettato per non essere danneggiato dall'esecuzione di una risonanza magnetica nucleare. Nel corso della recente sessione scientifica dell'*Heart Rhythm Society* sono stati presentati i risultati del primo studio condotto per confermare tale possibilità.

445 pazienti trattati con tale dispositivo sono stati divisi in due gruppi, uno è stato sottoposto a risonanza magnetica (lombare o della testa) con macchine generanti un campo magnetico di 1,5 tesla, e l'altro no. Durante l'esecuzione dell'esame non si sono verificate complicanze ed ad un mese di distanza dall'impianto non vi erano differenze significative di funzionamento del pace-maker nei due gruppi.

Se tali dati verranno confermati dal tempo ed in casistiche più ampie e se i costi di tali dispositivi non saranno proibitivi, le preziose informazioni diagnostiche che una risonanza può fornire potranno in un futuro prossimo essere estese, se indicato, anche ai pazienti portatori di pace-maker. Al momento però ci preme sottolineare che la rimozione di un dispositivo già impiantato e la sua sostituzione con i nuovi apparecchi è assolutamente da sconsigliare per i rischi connessi con la procedura.

Hanno inviato contributi per la ricerca cardiologica

- *in ricordo di Romana Lelli di Bologna:
gli amici di Via Vitale da Bologna, 2 e 4*



Foto di Stefano Di Carlo

Che cos'è e perché è pericolosa

di Fabrizio Imola

L'ipertensione arteriosa è un aumento a carattere stabile della pressione arteriosa nella circolazione sistemica. Per pressione massima si intende la pressione sistolica, cioè quella sviluppata durante la sistole cardiaca, mentre per pressione minima si intende la pressione diastolica, cioè quella sviluppata durante la diastole cardiaca.

In base alle ultime linee guida dell'Organizzazione Mondiale e della Sanità si parla di:

	massima (mmHg)	minima (mmHg)
Pressione ottimale	<120	<80
Pressione normale	<130	<85
Pressione normale alta	130-139	85-89
Ipertensione lieve	140-159	90-99
Ipertensione moderata	160-179	100-109
Ipertensione grave	>180	>110
Ipertensione sistolica isolata	>140	<90

Ci sono due forme di ipertensione arteriosa:

- ipertensione **essenziale**, *primitiva o idiopatica*
non si riconosce una causa specifica del rialzo pressorio, per cui la terapia sarà solo sintomatica.
- ipertensione **secondaria**
se la causa può essere trattata e risolta, ne consegue anche la risoluzione dell'ipertensione.



L'ipertensione arteriosa è pericolosa perché è responsabile della diminuzione delle aspettative di vita delle persone che ne soffrono. I disturbi provocati dall'ipertensione gravano sugli organi vitali: cervello, cuore, retina, vasi arteriosi e rene, soprattutto se coesistono altri fattori di rischio come il diabete mellito, l'abitudine al fumo, l'ipercolesterolemia e la predisposizione familiare. Un altro elemento di pericolo è che essa spesso è subdola; infatti nelle fasi iniziali non produce dei sintomi caratteristici e facilmente riconoscibili: l'unico modo per scoprire di essere iperteso è quello di controllare costantemente la pressione. Per un adulto sano e senza disturbi un controllo annuale è sufficiente.

Su scala planetaria l'ipertensione risulta la terza causa di inabilità dopo la malnutrizione e il tabagismo, e precede in tale classifica la penuria di risorse idriche e la sedentarietà. Le stime più recenti indicano che in Italia il 21% degli uomini e il 24% delle donne presentano valori di pressione arteriosa al di sopra del normale, il che significa in Italia oltre 10 milioni di persone.

MISURAZIONE DELLA PRESSIONE ARTERIOSA

Il metodo standard per la misurazione della pressione arteriosa è basato sulla rilevazione con tecnica auscultatoria da parte del medico o dell'infermiere in ospedale e in ambulatorio. Tuttavia l'auto-misurazione domiciliare della pressione arteriosa da parte del paziente rappresenta una buona alternativa alla tradizionale misurazione nell'ambulatorio del medico. Gli strumenti attualmente disponibili sul mercato sono accurati, affidabili, facili da usare e a costo contenuto.

Come misurarsi da soli la pressione arteriosa

La persona innanzitutto andrebbe consigliata sull'acquisto di uno strumento oscillometrico per la misurazione della pressione con bracciale di dimensione appropriata.

Due su tre misurazioni andrebbero eseguite a riposo e in posizione seduta, sia al mattino che alla sera, per un periodo di circa 1 settimana. Un totale di misurazioni ≥ 12 rappresenta il numero raccomandato



che permette una decisione clinica.

Il target della pressione da raggiungere è inferiore a 135/85 mmHg o inferiore a 130/80 mmHg nei pazienti ad alto rischio.

Poiché l'automisurazione della pressione può comportare un

miglioramento nella qualità delle cure riducendo i costi, andrebbe valutata l'opportunità del suo rimborso da parte dei sistemi sanitari.

PERCHÈ NON SI RIESCE A RAGGIUNGERE VALORI ADEGUATI DI PRESSIONE

Un adeguato controllo della pressione arteriosa con il raggiungimento di quei valori target chiaramente riportati nelle recenti linee-guida (inferiore a 140/90 mmHg nella maggior parte della popolazione ed inferiore a 130/80 mmHg nei diabetici e nei soggetti ad elevato rischio cardiovascolare) è un elemento fondamentale per un'efficace prevenzione. Nonostante queste premesse è riportato che solo una bassa percentuale di soggetti in trattamento presenta i valori di pressione arteriosa raccomandati dalle linee guida.

Il raggiungimento degli obiettivi pressori nella terapia dell'ipertensione arteriosa è ostacolato da varie cause, tra cui

una non perfetta aderenza dei pazienti ai regimi terapeutici prescritti ed un atteggiamento non adeguatamente "aggressivo" da parte dei medici curanti, come dimostrato da un recente studio retrospettivo condotto negli Stati Uniti.

Quindi per ottenere i migliori risultati è necessario coniugare gli sforzi dei medici (nell'adeguato incremento della terapia) e dei pazienti (con una migliore aderenza alla terapia), grazie ad un rapporto di collaborazione più intenso fra i due soggetti.

EFFETTI DELL'ESERCIZIO FISICO SULLA PRESSIONE ARTERIOSA

L'attività fisica è raccomandata per ridurre i valori di pressione arteriosa sia nei sog-



Foto di Stefano Di Carlo

getti giovani che in quelli più anziani, anche se in questi ultimi va considerato che un programma di esercizio fisico abbassa la pressione arteriosa minima (diastolica) senza ridurre la pressione massima (sistolica).

In genere si consiglia almeno 20 minuti di jogging o passeggiate a passo svelto ogni giorno o 40 minuti di attività fisica aerobica (corsa, nuoto, bici) 3 volte a settimana.

DIETA E IPERTENSIONE ARTERIOSA

Puntare su verdure fresche, frutta e pesce; carne non più di 3 volte a settimana; parsimonia con dolci e bevande zuccherate. I formaggi consigliati sono mozzarella e ricotta.

Ricordarsi bene del sale da cucina: meno di 6 grammi al giorno (calcolando anche quello contenuto negli alimenti industriali).

È permesso bere due bicchieri di vino ai pasti principali (meglio se vino rosso).
Superalcolici una tantum.

Ruolo delle fibre: L'assunzione di fibre con la dieta costituisce parte integrante di un sano regime dietetico e può svolgere un ruolo protettivo a livello del sistema cardiovascolare. Sebbene l'effetto delle fibre sui valori di pressione arteriosa sia apparentemente modesto, è certamente corretto raccomandare a tutti, ipertesi e non, un'assunzione globale di fibre non inferiore ai 25 g/die, al fine di prevenire l'insorgenza dell'ipertensione e migliorare il profilo di rischio cardiovascolare delle nostre popolazioni.

I BAMBINI POSSONO SOFFRIRE DI IPERTENSIONE ARTERIOSA

L'ipertensione arteriosa è tutt'altro che rara nei bambini, tanto è vero che la sua prevalenza - nei paesi occidentali - si attesta intorno al 2-5%.

Rispetto alla forma dell'adulto, l'ipertensione in pediatria è più spesso secondaria a malattie renali, endocrine o coartazione aortica e si associa spesso con una storia familiare. L'identificazione di una condizione ipertensiva o pre-ipertensiva nei bambini sottoposti alle normali visite di controllo riveste la massima importanza perché, in caso di omessa diagnosi, possono essere necessari diversi anni prima che la pressione arteriosa venga ulteriormente misurata, con il rischio



che possano insorgere eventuali danni d'organo stabilizzati e irreversibili. D'altra parte, una diagnosi precoce è importante anche perché molte complicanze a lungo termine dell'ipertensione sono oramai ampiamente prevenibili con terapie efficaci.

RAPPORTO TRA IPERTENSIONE E PESO CORPOREO

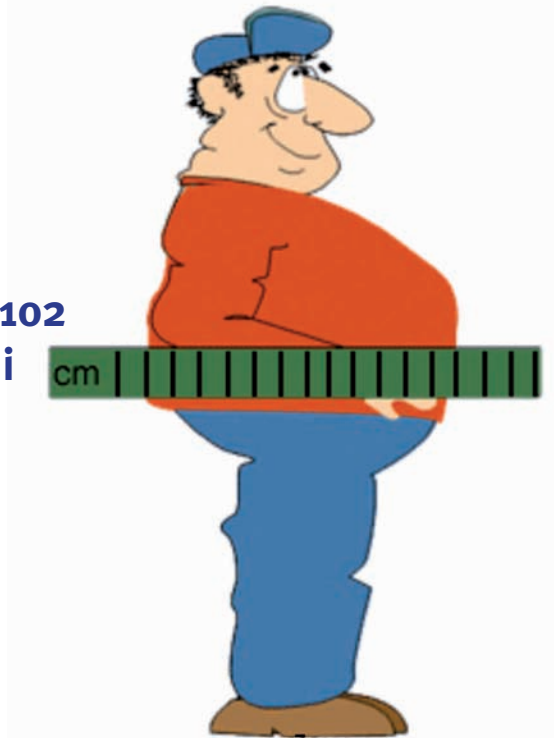
Dati scientifici hanno dimostrato che perdere 5-7 chilogrammi di peso fa abbassare la pressione di circa 5-7mmHg.

IPERTENSIONE ED ESAMI DEL SANGUE

Tenere sotto stretto controllo i valori del colesterolo, soprattutto il colesterolo "cattivo" (LDL) e quello "buono" (HDL); anche i valori della glicemia vanno controllati frequentemente, considerato che spesso diabete mellito e ipertensione arteriosa vanno di pari passo.

Per tenere **sotto controllo l'ipertensione** è importantissimo che il proprio **giro vita** sia:

**minore di 102
nei maschi**



**minore di 88
nelle femmine**

TUTTO QUELLO CHE SI DEVE SAPERE SU ...

IPERTENSIONE ARTERIOSA

Quando l'ipertensione riguarda i ragazzi

di Vito Cagli

Ipertesi da bambini o da adolescenti: spesso iper tesi da adulti. Il problema è sicuramente rilevante anche se si tratta di materia molto più sfuggente e difficile da definire rispetto all'ipertensione degli adulti. Infatti il corposo lavoro pubblicato sul *Journal of Hypertension* (2009;27:1719-1742), che raccoglie le Raccomandazioni della *Società Europea dell'Ipertensione*, precisa che esse sono «basate e soltanto sulla saggezza», in quanto sono ancora mancanti numerose informazioni che pure sarebbero necessarie. Ciò non impedisce che questo lavoro faccia chiarezza su alcuni aspetti fondamentali per quanto riguarda soggetti di ambo i sessi tra 1 e 17 anni.

La difficoltà principale che il medico può incontrare nell'affrontare questo problema concerne il fatto che in soggetti in via di svilup-



Foto di Marco Palocci

po non è possibile, come per gli adulti, fornire valori di pressione validi per tutti che discriminino la pressione normale da quella elevata, ma è necessario riferirli all'età e all'altezza prese come indici dello sviluppo. Se per una determinata classe di età o di altezza il valore trovato supera di almeno 5 mm Hg la media dei valori propri del gruppo costituito dal 5% di quelli più elevati riscontrati in quel campione di popolazione (in termini tecnici, il 95° percentile), siamo nell'ambito dell'ipertensione. Per fare un esempio, in un ragazzo di 10 anni che sia al 95° percentile quanto all'altezza, il 95° percentile per la pressione arteriosa è posto a 123/82, il che significa che per un valore di almeno 128 di sistolica e/o di 87 di diastolica, rilevati in più occasioni, si potrà parlare di ipertensione. Ma se, sempre per quell'età, il ragazzo è meno sviluppato, tanto che la sua altezza si trova al 25° percentile (cioè rientra nel 25% dei valori più bassi), il limite dei valori normali sarà abbassato a 117/79 e quindi già per valori di 122 di sistolica o

di 84 di diastolica si parlerà di ipertensione. È ovvio che chi misura la pressione a questi soggetti deve disporre delle apposite tavole in cui sono registrati i valori della pressione arteriosa trovati su ampie popolazioni divisi per classi di età e di altezza. Insomma valutare correttamente i valori della pressione nei soggetti in via di sviluppo è un po' più complicato rispetto a ciò che accade con gli adulti. Senza contare che bisogna disporre di bracciali degli apparecchi adatti all'uso pediatrico.

Comunque si raccomanda di misurare la pressione in qualunque visita medica nei bambini al di sopra dei tre anni. Scoprire precocemente l'ipertensione arteriosa o anche una pressione normale-alta (valori tra il 90° e il 95° percentile) consente di prendere i necessari provvedimenti (modificazioni dello stile di vita, terapia farmacologica, ulteriori indagini alla ricerca di una causa, a seconda dei casi) e di evitare di trovarsi ipertesi da adulti o addirittura già con segni di danno cardiaco, renale, o cerebrale.

tra i libri ricevuti



Iperensione. Più fortuna che meriti

di Franco Fontanini

I valori della pressione arteriosa proposti come normali nel 1939 erano che la pressione sistolica non doveva essere superiore a 120, nel 1949 erano saliti a 180.

Pickering dall'osservazione prolungata di 100 mila soggetti precisò che i valori da considerare fisiologici nell'adulto non dovevano superare i 160 mm di mercurio per la massima e i 95 per la minima. Valori di 150/90 debbono essere considerati sospetti prima dei quarant'anni.

Fino al 1950 diagnosticare l'ipertensione aveva molto meno importanza di oggi: c'era il nichilismo terapeutico, dovuto alla mancanza di farmaci efficaci, per cui sapere o no di essere iperteso, curarsi o non curarsi, non cambiava il destino di un individuo.

Il grande merito di Pickering, e per questo venne nominato Sir, è quello di aver precisato i valori al di sotto dei quali si è al riparo rischi, che vennero accolti universalmente dall'OMS.

Fu un sacerdote del Middlesex Stephen Hales, uomo geniale e versatile, che inventò anche i grandi ventilatori da installare sul tetto di una prigione per debellare la cosiddetta "febbre delle carceri", e fu il primo a misurare la pressione del sangue. Nel 1778 infisse in un'arteria della gamba di una vecchia cavalla un tubo di ottone, collegato con un tubo di vetro verticale lungo 9 piedi, e vide il sangue salire fino ad un'altezza massima (8 piedi e 3 pollici), quindi abbassarsi



Stephen Hales

fra un battito e l'altro con oscillazioni sincrone con il battito cardiaco.

Questo esperimento, per la prima volta, dimostrò che nell'albero arterioso vigeva un regime pressorio e che questo variava entro due livelli in rapporto con l'attività cardiaca. Il punto più alto raggiunto nel tubo manometrico, per effetto della contrazione del ventricolo sinistro, corrispondeva alla pressione sistolica o massima, mentre il punto più basso al quale scendeva il sangue durante l'intervallo fra una sistole e l'altra, indicava la pressione minima o diastolica.

La prima descrizione della malattia ipertensiva risale probabilmente al 1752, ed è dovuta a Saarchmitd e Nicolai, i quali non misuravano ancora la pressione, ma descrissero "ammalati con costrizione spastica del letto vascolare" che erano spesso colpiti da incidenti cerebro-vascolari e da morte per emorragia cerebrale. Bright, grande letterato e grandissimo medico (passava in ospedale fino a sei ore al giorno, si legge nella sua biografia), botanico, zoologo e geologo, nonché figlio di un ricco banchiere di Bristol, che si era prefisso di "collegare l'osservazione diligente e minuziosa dei reperti autoptici con i sintomi riscontrati nell'ammalato finché era in vita", descrisse molti casi di morte prematura, in cui aveva riscontrato ingrandimento del cuore, ispessimento delle arterie e indurimento dei vasi renali. Bright intuì i rapporti che intercorrevano fra le alterazioni arteriose e renali e l'ipertensione,

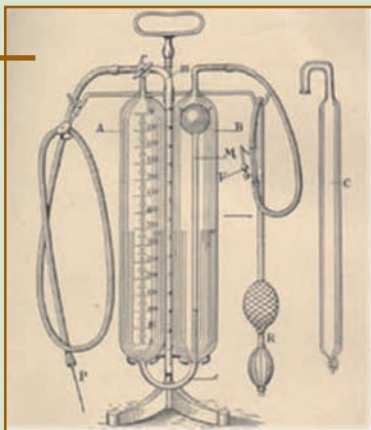


ma non riuscì a chiarire se era l'ipertensione a causare le alterazioni vascolari oppure se le alterazioni vascolari erano le cause dell'ipertensione, incertezza che è durata a lungo.

La misurazione della pressione arteriosa nell'uomo divenne possibile soltanto sul finire dell'ottocento, quando Riva-Rocci, primario dell'ospedale di Varese, inventò lo sfigmomanometro che fece accorrere a Pavia medici da tutto il mondo, e un altro grande medico italiano, il Forlanini, l'inventore del pneumotorace artificiale, fece una delle primissime descrizioni circostanziate dell'ipertensione arteriosa primitiva, cioè di origine sconosciuta e impropriamente chiamata "essenziale", per distinguerla dalle ipertensioni cosiddette secondarie, cioè conseguenti ad un'altra malattia nota.

Queste ultime costituiscono una stretta minoranza, calcolata intorno al cinque

Apparecchio Forlanini
per pneumotorace
artificiale



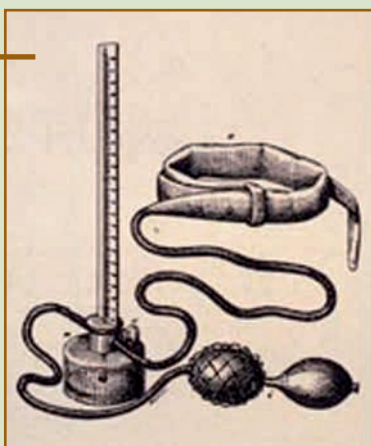
della circolazione. La molteplicità dei fattori che concorrono alle loro multiple interrelazioni, giustificano che un'ipertensione renale e umorale come quella di Goldblatt, dovuta a ischemia renale, possa diventare dipendente da meccanismi nervosi, e che un'ipertensione neurogena possa coinvolgere indissolubilmente fattori renali ed endocrini.

Disse Pickering in una delle sue ultime relazioni, che quando aveva iniziato le sue ricerche sull'ipertensione pensava che si trattasse di un problema relativamente semplice da risolvere, ed era grave, dopo tanti anni, dover ammettere di non saper dare una risposta precisa a gran parte dei problemi che si era posto all'inizio.

Nonostante i progressi successivi molti quesiti rimangono insoluti mentre, grazie ai progressi della farmacologia, abbiamo acquisito la possibilità di curare efficacemente quasi tutti i casi di pressione alta, fino alla scomparsa della cosiddetta ipertensione "maligna" che portava a morte nel volgere di pochi anni.

L'aspetto paradossalmente fortunato di queste acquisizioni fece dire al professor Page di Cleveland, un'alta autorità in termini di ipertensione, che "la terapia è andata al di là delle nostre conoscenze: una volta tanto abbiamo avuto più fortuna che meriti".

Sfigmomanometro di
Rova-Rocci (1896)



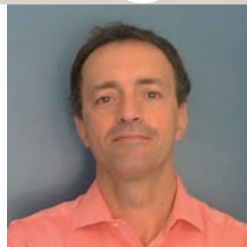
per cento di tutti i casi di pressione alta dovuti a malattie renali, a stenosi congenita di un tratto dell'aorta, a tumore delle ghiandole surrenali o ad altre condizioni morbose ancora più rare.

Dell'ipertensione essenziale che comprende il 95% dei casi, non si conosce la causa.

L'ipertensione arteriosa, è stato autorevolmente detto, non è una malattia d'organo ma una malattia della regolazione

Aggiornamenti cardiologici

di Francesco Prati e Filippo Stazi



Colesterolo buono e cattivo: Una Meta-analisi di 108 trials randomizzati comprendenti 299.310 soggetti a rischio di eventi cardiovascolari non ha mostrato nessuna associazione tra l'aumento dei valori di HDL indotti dal trattamento e la riduzione del rischio di mortalità totale, mortalità per cardiopatia ischemica ed eventi coronarici. Al contrario, una forte associazione si è riscontrata tra la diminuzione dei valori di LDL e la riduzione del rischio cardiaco. Nello specifico, per ogni riduzione di 10 mg/dl del colesterolo LDL si è assistito ad una riduzione del 4,4% del rischio di mortalità totale, del 7,2% del rischio di mortalità per cardiopatia ischemica e del 7,1% del rischio di eventi coronarici. In conclusione, nel controllo dietetico e farmacologico del colesterolo nei soggetti a rischio sarebbe più importante la riduzione del colesterolo cattivo (LDL) che l'aumento di quello buono (HDL). (*BMJ 2009; 338: b92*).

Trattamento dell'ipertensione mediante ablazione nelle arterie renali: In 50 pazienti con ipertensione arteriosa resistente al trattamento (ossia con valori sistolici > 160 mmhg nonostante l'assunzione di 3 o più farmaci tra cui un diuretico) si è sperimentata l'efficacia della denervazione simpatica delle arterie renali mediante ablazione transcateretere con radiofrequenza per via percutanea, attraverso la puntura dell'arteria femorale. I risultati di questa originale tecnica si sono rivelati promettenti in quanto i valori pressori medi dei pazienti che prima della procedura erano di 177-101 mmhg si sono ridotti di 14 mmhg per la sistolica e di 10 mmhg per la diastolica dopo un mese e, rispettivamente, di 27 e 17 mmhg dopo un anno. Restiamo in attesa dei risultati a maggiore distanza di tempo. (*Lancet 2009; 373: 1275-1281*)

Carni rosse: È credenza comune che le carni rosse siano meno salutari delle bianche. Già nel 2007 il World Cancer Research e l'American Institute for Cancer Research raccomandavano moderazione nell'uso delle carni rosse ed una maggiore liberalità in quello delle carni bianche e del pesce. Oggi l'Archives of Internal Medicine (Arch Intern Med 2009; 169 (6): 562-571) conforta tale opinione riportando i risultati di uno studio su circa 500.000 persone (322.263 uomini e 223.390 donne), di età compresa tra 50 e 71 anni, seguite per 10 anni per valutarne la mortalità in rapporto alle abitudini alimentari. I morti alla fine dello studio furono 47.976 uomini e 23.276 donne. Sia tra gli uomini che tra le donne, il quintile a più alto consumo di carni rosse presentava un aumento della mortalità totale (Hazard Ratio 1,48 nei maschi e 1,63 nelle femmine), di quella per malattie oncologiche (HR rispettivamente 1,44 e 1,42) e di quella per malattie cardiovascolari (HR 1,44 e 1,82 nei due sessi) rispetto al quintile a più basso consumo.

Il quintile a più elevata assunzione di carni bianche mostrava, invece, una riduzione sia della mortalità totale (HR 0,74 per gli uomini e 0,76 per le donne) che di quella oncologica (HR rispettivamente 0,68 e 0,78) rispetto al quintile più basso, con solo lievi effetti, però, sulla mortalità cardiovascolare (HR 0,86 nei soggetti di sesso maschile e 0,81 in quelli di sesso femminile).

(Arch Intern Med 2009;169:562-71)

La terapia di resincronizzazione cardiaca nello scompenso lieve: La terapia di resincronizzazione cardiaca è, secondo le linee guida, indicata in soggetti con frazione d'eiezione (FE) < 30%, durata del QRS > 130 msec e classe funzionale NYHA > III. Lo studio MADIT-CRT recentemente pubblicato ha valutato l'efficacia di tale terapia in soggetti con scompenso cardiaco lieve ossia in classe funzionale I-II. 1.820 pazienti con cardiomiopatia ad eziologia sia ischemica che non ischemica, con una FE ≤ 30%, un QRS ≥ 130 msec e una classe funzionale NYHA I-II sono stati randomizzati a ricevere o un defibrillatore impiantabile (ICD) associato ad un pace-maker (PMK) biventricolare (1.089 soggetti, gruppo CRT-ICD) o il solo ICD (731 pazienti, gruppo ICD). Nel corso di un follow up medio di 2,4 anni l'end point primario di morte per tutte le cause o scompenso cardiaco non fatale si è verificato nel 17,2% dei soggetti del gruppo CRT-ICD e nel 25,3% dei soggetti del gruppo ICD (p=0,001). La differenza tra i due gruppi era conseguenza della riduzione del 41% degli episodi di scompenso mentre nessuna variazione di mortalità è stata osservata tra i due bracci del trattamento. La conclusione degli autori era che la terapia di resincronizzazione cardiaca riduce il rischio di episodi di scompenso cardiaco in soggetti sostanzialmente asintomatici, con bassa FE e QRS largo. (N Engl J Med 2009; 361: 1329-1338)

On-pump batte off-pump: Il by-pass aortocoronarico viene tradizionalmente eseguito on-pump, ossia avvalendosi del bypass cardiopolmonare in circolazione e extracorporea. Una tecnica alternativa è quella off-pump che, invece, non ricorre alla circolazione extracorporea. Nello studio ROOBY recentemente pubblicato, 2.203 pazienti con indicazione a rivascolarizzazione chirurgica, sia in urgenza che in elezione, sono stati randomizzati ad una delle due metodiche precedentemente menzionate. A 30 giorni dalla procedura non vi erano differenze significative (7% off-pump vs 5,6% on-pump, $p=0,19$) tra i due gruppi in riferimento all'end point combinato di morte o complicanze (re intervento, nuovo supporto meccanico, arresto cardiaco, coma, stroke od insufficienza renale). A distanza di 1 anno l'end-point combinato di mortalità totale, nuova rivascolarizzazione o infarto miocardico non fatale era invece più frequente nel gruppo off-pump (9,9% vs 7,4%, $p=0,04$). Il gruppo off-pump presentava inoltre un minor tasso di pervietà dei graft (82,6% vs 87,8%, $p<0,01$) ed una maggior percentuale di soggetti in cui si confezionavano meno graft di quelli programmati (17,8% vs 11,1%, $p<0,001$). I risultati neurologici erano simili nei due gruppi.
(*N Engl J Med* 2009; 361: 1827-1837)

La ripolarizzazione precoce non è poi così benigna: Il quadro elettrocardiografico definito di ripolarizzazione precoce che si manifesta con il sopraslivellamento del punto J, ossia il punto di congiunzione tra la fine del complesso QRS e l'inizio del segmento ST, è da sempre considerato un dato innocente privo di significato prognostico sfavorevole. Studi caso-controllo recenti hanno però messo in evidenza un'associazione tra la presenza di questo pattern elettrocardiografico (in derivazioni diverse da V1-V3) ed il rischio di fibrillazione ventricolare. Sono ora disponibili i risultati di uno studio finlandese che ha valutato la prevalenza ed il significato prognostico di tale quadro elettrocardiografico in una popolazione di 10.864 soggetti di mezz'età. Un pattern di ripolarizzazione precoce con un sopraslivellamento di ≥ 1 mm era presente in 630 individui (il 5,8% del totale), nelle derivazioni inferiori in 384 casi, nelle laterali in 262 individui ed in entrambe le sedi in 16 soggetti. Nel corso di un follow up della durata media di 30 anni la presenza nelle derivazioni inferiori di un sopraslivellamento del punto J > 1 mm determinava un aumento del rischio di morte per cause cardiache (RR 1,28, $p=0,03$) che risultava ancora più marcato in presenza di un sopraslivellamento ≥ 2 mm (RR 2,98, $p < 0,001$), associandosi in tal caso anche ad un incremento del rischio di morte aritmica (RR 2,92, $p=0,01$).
(*N Engl J Med* 2009; 361: 2529-2537)

Donna e danno coronarico

di GianPietro Sanna

Un aspetto ricorrente nei proverbi riguardanti la donna è non raramente di tipo denigratorio. Ben nota a esempio la famosa aria dal Rigoletto “La donna è mobile qual piuma al vento”. Orbene, ciò che è un aforisma di pretta marca maschilista, si può mostrare invece non del tutto estraneo alla realtà da un punto di vista epidemiologico. Prendiamo ad esempio un sintomo spesso riscontrabile nelle persone di sesso femminile, il dolore *toracico non cardiaco o non specifico*, vale a dire non dovuto a ischemia coronarica.

A prima vista si tratta di una diagnosi rassicurante per la donna. Ma non è invece sempre così. Una recente analisi ha dimostrato che le donne dimesse con diagnosi primaria di *dolore toracico non specifico* (DTNS) correvano un rischio quasi doppio (pari a 1.5-2 volte) di accusare nei 6-8 anni successivi, e venti coronarici rispetto alle donne esenti da tale diagnosi. Questi dati si mostrano



Dormeuse, Tamara De Lempicka, 1932

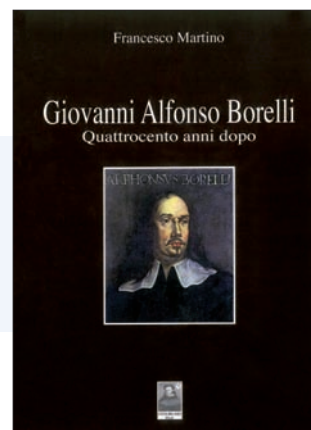
coerenti con la segnalazione secondo cui pazienti, per lo più di sesso femminile, dimessi - dopo rapida verifica clinica per toracoalgia - con diagnosi di dolore non cardiaco, rendevano conto di circa 1/3 dei successivi eventi coronarici durante un periodo di osservazione di 3 anni.

Un pool di ricercatori facenti capo a prestigiose università di sette stati americani, nell'ambito del WHI *postmenopausal hormone trials*, ha pubblicato nel settembre del 2008 un contributo relativo a circa 25.000 donne dopo menopausa, esenti da precedenti malattie cardiovascolari, trattate rispettivamente 9400 con solo estrogeni e 15.000 con terapia doppia, estrogena e progestinica. Nel primo gruppo, in 322 donne è stata posta una diagnosi di *dolore toracico non specifico* (DTNS) dopo ricovero ospedaliero; mentre nel secondo gruppo questa diagnosi ha interessato 249 persone. Sono poi stati calcolati i rischi di successiva malattia coronarica utilizzando

modelli stratificati sulla base di rischi, età e altri fattori, durante un periodo di osservazione di 7.1 anni. I ricercatori hanno potuto constatare che le donne con DTNS hanno accusato un rischio aumentato di susseguenti eventi coronarici non fatali, ivi compreso l'infarto miocardico non fatale (2.3% contro 1.7%), la rivascolarizzazione cardiaca (3.5% contro 2.6%) e l'angina con ricovero ospedaliero (3.7% contro 2.3%). La terapia ormonale non è parsa incidere significativamente né sul ricovero per DTNS, né sul rischio di successivi eventi coronarici.

In conclusione, il sintomo *dolore toracico non specifico* può costituire un riferimento di rassicurazione poco fedele nelle donne dopo la menopausa, in quanto si può accompagnare con un aumento del rischio di eventi coronarici nei susseguenti 5-7 anni. Esso vale pertanto a segnalare queste persone come meritevoli di terapia aggressiva volta a combattere i fattori di rischio cardiovascolare.

tra i libri ricevuti



Conoscere e Curare il Cuore 2010

Firenze, Palazzo dei Congressi

26 - 27 - 28 marzo 2010

Coordinamento
Francesco Prati

Segreteria
Alessandra Tussis

VENERDÌ 26 marzo

I Sessione Moderatori: Mario Albertucci, *Roma*
Salvatore Pirelli, *Cremona*

9.00 **Genetica e cardiopatia ischemica: le applicazioni cliniche sono ancora lontane?**
Diego Ardissino, *Parma*

9.20 **La poli-pillola in prevenzione primaria: una vecchia conoscenza che torna alla ribalta.**
Giuseppe Di Pasquale, *Bologna*

9.40 **Siamo certi che la ricostruzione chirurgica del ventricolo sinistro infartuato sia utile?**
Lorenzo A. Menicanti, *San Donato Milanese*

10.00 **Terapia dell'ictus: è vero che non c'è un minuto da perdere? Facciamo il punto dopo l'ECASS.**
Antonio Carolei, *L'Aquila*

II Sessione Moderatori: Gian Franco Gensini, *Firenze*
Giancarlo Piovaccari, *Rimini*

11.30 **I vantaggi della coronarografia precoce nella sindrome coronarica acuta.**
Stefano Savonitto, *Milano*

11.50 **Sindrome X: facciamo ordine sui meccanismi e sulle nuove terapie.**
Filippo Crea, *Roma*

12.10 **È possibile ridurre l'alto rischio di infarto nel diabete mellito?**
Paolo Brunetti, *Perugia*

III Sessione Moderatori: Angelo Branzi, *Bologna*
Marco Zimarino, *Chieti*

15.00 **La trombosi dello stent: variabili cliniche, farmacologiche e procedurali che possono influenzarla.**
Edoardo Camenzind, *Ginevra*

15.20 **Embolia polmonare: facciamo il punto su prevenzione, diagnosi e terapia.**
Nazzeno Galie, *Bologna*

15.40 **La sindrome dell'atrio elettrico pigro.**
Antonio Raviello, *Mestre-Venezia*

16.00 **Prevenzione degli eventi cerebrovascolari nella fibrillazione atriale: farmaci e sistemi di chiusura dell'auricola a confronto.**
Patrizia Presbitero, *Rozzano - MI*

IV Sessione Moderatori: Francesco Mauri, *Milano*
Mario Motolese, *Roma*

17.20 **È possibile prevenire la morte improvvisa nel giovane?**
Gaetano Thiene, *Padova*

17.40 **Esercizio fisico e scompenso cardiaco. I risultati incoraggianti dello studio HF-ACTION.**
Edoardo Gronda, *Sesto San Giovanni - MI*

18.00 **Le nuove frontiere della Risonanza Magnetica: miocardite, ischemia, malattie valvolari e altro ancora.**
Anna Sonia Petronio, *Pisa*

XXVII Congresso di Cardiologia del *Centro per la Lotta contro l'Infarto-Fondazione Onlus*

SABATO 27 marzo

V Sessione Moderatori: Gian Francesco Mureddu, *Roma*
Francesco Versaci, *Roma*

- 9.00 **Terapia dell'angina: ruolo dell'ivabradina.**
Claudio Borghi, *Bologna*
- 9.20 **Trattamento del tronco comune: è il momento dello stent?**
Corrado Tamburino, *Catania*
- 9.40 **Dolore anginoso e coronarie normali: prognosi e terapia di una associazione relativamente frequente.**
Raffaele De Caterina, *Chieti*
- 10.00 **L'onda Q: quante cose ha detto e quante ne dice ancora.**
Eligio Piccolo, *Mestre - Venezia*

VI Sessione Moderatori: Vito Cagli, *Roma*
Massimo Volpe, *Roma*

- 11.30 **L'Unità Coronarica si trasforma.... e il cardiologo?**
Alessandro Boccanelli, *Roma*
- 11.50 **Dissezione aortica: che cosa c'è di nuovo?**
Eloisa Arbustini, *Pavia*
- 12.10 **La prevenzione dell'ictus nell'iperteso: per primo correggere i valori sistolici.**
Bruno Trimarco, *Napoli*

VII Sessione Moderatori: David Antoniucci, *Firenze*
Alessandro Distante, *Pisa*

- 15.00 **La fine dell'angioplastica facilitata nell'infarto: dal pretrattamento al perfezionamento delle tecniche di rimozione del trombo.**
Francesco Prati, *Roma*
- 15.20 **Stenosi valvolare aortica con gradiente intermedio: tutto chiaro sulla diagnosi e sull'indicazione chirurgica?**
Ottavio Alfieri, *Milano*
- 15.40 **L'infarto miocardico dopo la fase acuta: pochi sanno che la mortalità a due mesi dalla dimissione raggiunge il 6%.**
Cesare Greco, *Roma*
- 16.00 **La complessa interazione tra obesità, diabete e cardiopatia ischemica.**
Luigi M. Biasucci, *Roma*

VIII Sessione Moderatori: Fulvio Camerini, *Trieste*
Sabino Iliceto, *Padova*

- 17.20 **La difficile gestione della terapia antiaggregante nel paziente con stent medicato.**
Leonardo Bolognese, *Arezzo*
- 17.40 **Cardiomiopatia dilatativa: una, nessuna, centomila?**
Gianfranco Sinagra, *Trieste*
- 18.00 **Studio elettrofisiologico endocavitario: ha ancora un ruolo prima dell'impianto del defibrillatore?**
Carlo Pappone, *Milano*

DOMENICA 28 marzo

IX Sessione Moderatori: Maria Grazia Modena, *Modena*
Francesco Prati, *Roma*

9.00 **L'angioplastica nelle occlusioni croniche: molta abilità, parecchie radiazioni e qualche perplessità su tutte le indicazioni.**

Alfredo Ruggero Galassi, *Catania*

9.20 **Scompenso cardiaco e terapie personalizzate: dalle malattie monogeniche alla farmaco-genomica.**

Luisa Mestroni, *Trieste*

9.40 **La resincronizzazione cardiaca nello scompenso: facciamo il punto dopo gli studi MADIT-CRT e COMPANION**

Fiorenzo Gaita, *Asti*

10.00 **Dopo quasi due secoli, Mr. Pickwick ha ancora quasi tutti i suoi problemi.**

Claudio Rapezzi, *Bologna*

10.20 **Lo studio SYNTAX ha compiuto due anni. Quali pazienti con malattia multivasale o del tronco comune vanno indirizzati al by-pass?**

Antonio Colombo, *Milano*

10.40 **L'infarto nell'anziano: cala la mortalità cresce lo scompenso.**

Zoran Olivari, *Treviso*



SCHEDA DI ISCRIZIONE

(da compilare in stampatello ed inviare a: *Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus* • Viale Bruno Buozzi, 60 - 00197 Roma)

Cognome Nome

Codice Fiscale

Via n.

CAP..... città prov.....

Tel. (.....) Cell

e-mail

Data e luogo di nascita

TUTTI GLI ISCRITTI AVRANNO DIRITTO AD ACCEDERE ALL'AUDITORIUM FINO AD ESAURIMENTO DEI POSTI; SARÀ CURA DEL PERSONALE INDIRIZZARE I RESTANTI CONGRESSISTI ALLA SALA VERDE (PALAZZO DEI CONGRESSI, II° PIANO) E ALLA SALA MOZART (PALAZZO DEGLI AFFARI, I° PIANO). NELLE SUDETTE SALE IL CONGRESSO POTRÀ ESSERE SEGUITO TRAMITE COLLEGAMENTO TELEVISIVO A CIRCUITO CHIUSO SU GRANDE SCHERMO.

L'ISCRIZIONE È RISERVATA AI SOCI IN REGOL A CON LA QUOTA ASSOCIATIVA PER L'ANNO 2010 (€ 180,00) CHE ABBIANO INVIATO LA PRESENTE SCHEDA. L'ISCRIZIONE DÀ DIRITTO A PARTECIPARE AI LAVORI SCIENTIFICI, AL MATERIALE CONGRESSUALE E AL VOLUME DEGLI ATTI.

Eventi scientifici organizzati con il supporto delle aziende

VENERDÌ 26 marzo

- ore 13.00 Palazzo degli Affari**
Luncheon Panel (in collaborazione con Merck Sharp & Dohme e Schering Plough)
La gestione del paziente ad alto rischio cardiovascolare: dall'urgenza al follow up
- ore 13.30 Auditorium**
Simposio (in collaborazione con Novartis Farma)
Quale inibizione del RAS: sartani ad alto dosaggio, inibitori diretti della renina o entrambi?
- ore 15.30 Palazzo degli Affari**
Lettura (in collaborazione con Sigma-Tau Industrie Farmaceutiche Riunite)
Lp(a): un riconosciuto fattore di rischio cardiovascolare, possibilità terapeutiche

- ore 13.00 Palazzo degli Affari**
Luncheon Panel (in collaborazione con AstraZeneca)
Trattamento del rischio cardiovascolare. Da "the lower, the better" a "the earlier, the intensive, the better"
- ore 13.30 Auditorium**
Focus on (in collaborazione con Eli Lilly, Laboratori Guidotti, Medtronic, Pfizer, Seda)
La riduzione della mortalità nel post-infarto: un traguardo ambizioso ma possibile
- ore 14.30 Auditorium**
Lettura (in collaborazione con A. Menarini)
Trattamento dello scompenso cardiaco: quale spazio per il beta-blocco nel mondo reale?

SABATO 27 marzo

- ore 8.30 Auditorium**
Lettura (in collaborazione con Boehringer Ingelheim)
Nuovi orizzonti in tema di prevenzione dell'ictus cardioembolico
- ore 10.00 Palazzo degli Affari**
Simposio (in collaborazione con Bayer Schering Pharma)
Uno sguardo al futuro nella prevenzione cardiovascolare del paziente iperteso

DOMENICA 28 marzo

- Ore 8.30 Auditorium**
Lettura (in collaborazione con Bracco)
La placca aterosclerotica: terapia medica o rivascularizzazione meccanica?



La palla di Tiche

a cura di Franco Fontanini

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.*

Il giullare che morì d'infarto per uno scherzo

I giullari nel Medio Evo venivano guardati con disprezzo e considerati pari alle prostitute. Molti erano nani, gobbi, deformi, tutti avevano nomi ridicoli, fantasiosi.

Era loro compito inventare scherzi in continuazione, molto spesso erano vittime di scherzi altrui.

Anche se San Tommaso aveva fatto il loro elogio definendoli acuti portatori di allegria, quasi tutti gli scrittori cristiani li consideravano esseri inferiori, inutili e addirittura pericolosi perchè i loro spettacoli irriverenti potevano portare al peccato e alla perdizione.

In origine erano giocolieri nomadi, senza fissa dimora, suonatori, danzatori, acrobati, equilibristi, poi alcuni divennero affabulatori che sapevano inventare scenette estemporanee, raccontare storielle comiche, improvvisare battute.

Molti vennero benvenuti e sempre più spesso ospitati nei palazzi per rallegrare le lunghe serate. I più bravi vennero ingaggiati stabilmente e divennero buffoni di corte assai apprezzati che si alternavano con i trovatori, poeti e cantanti che, a differenza dei giullari, erano di nobile estrazione. Persino i cardinali e i vescovi avevano buffoni stabili.

Essendo comici era loro consentito muovere impunemente critiche all'operato dei governanti, alcuni



Giullare del sec. XVI

divennero consiglieri personali di re e imperatori.

È passato alla storia Pietro Gonella, fiorentino che divenne famoso per il suo spirito alla corte di Nicolò III d'Este e che morì improvvisamente in seguito ad uno scherzo mal riuscito. Che si sappia è l'unico buffone di corte morto d'infarto.

È ricordato per il bellissimo ritratto che gli fece Jean Fouquet, uno dei maggiori pittori del '400, che si può ammirare nel *Kunsthistorisches Museum* di Vienna e per quello che ha scritto di lui Franco Sacchetti, l'autore di "Trecentonovelle", racconti brevi, aneddoti, aforismi, caricature, motti in gran parte ispirati alle favolazioni del Gonella, che definì colto, pronto di lingua, pertinente, arguto, capace di scherzi e di beffe esilaranti rivolte a divertire il suo signore e molto spesso a correggere le sue debolezze.

Molti racconti del Gonella ci sono pervenuti e rimangono ancor oggi divertenti: uno di questi riguarda la professione medica al tempo di Nicolò III. Il duca, che era solito porre ai cortigiani quesiti scherzosi, chiese quale fosse la professione più esercitata.

Il primo a rispondere fu Gonella in persona il quale, senza esitazioni, asserì che i più numerosi al mondo erano i medici.

Di fronte all'incredulità di tutti i cortigiani e dello stesso Duca, il buffone chiese ventiquattro ore per dimostrarlo.

Al mattino del giorno dopo, partendo dalla sua abitazione per recarsi al castello, Gonella si sbiancò il viso con della



cipria, si mise un berretto da notte calato fin sopra gli occhi e si avvolse in un ampio mantello nero. Nessuno per strada lo riconobbe e molti, vedendolo pallidissimo e così imbacuccato, pensarono che fosse ammalato.

Quasi tutti fecero una diagnosi, gli dettero consigli e gli proposero cure. A corte nessuna dama e nessun cavaliere lo riconobbe e ognuno a gara, propose un suo metodo per guarire in breve tempo.

Lo stesso Duca cadde nel tranello e non mancò di proporgli il rimedio. Lo trasse in disparte e gli offrì un medicamento da lui stesso preparato, a suo dire, il più efficace

di tutti per la sua malattia. Neppure il suo celebre medico personale, Muzio Brasatola, ne conosceva di migliori.

Solo dopo aver ricevuto la medicina e aver offerto un compenso al Duca, Gonella si tolse il berretto e il mantello facendosi riconoscere.

Alla presenza di tutti disse che una persona su due, più di cinquanta tra quelle che aveva incontrato, gli aveva insegnato il modo più sicuro di curarsi. “ Vedete che avevo ragione, esclamò soddisfatto, quasi la metà delle persone al mondo è medico. Nessun'altra professione ha tanti adepti!” Il Duca lo premiò.

Gonella pagò a caro prezzo il suo ultimo scherzo fatto a fin di bene.

Nicolò d'Este lamentava da mesi una febbre pomeridiana con un po' di tosse e, per respirare aria pulita, faceva ogni giorno una passeggiata nei dintorni di Ferrara, facendosi accompagnare dal Gonella il quale, oltre che a divertirlo con le sue facezie, pensava al modo di guarirlo dai mali che giudicava immaginari.

Sapendo che le emozioni possono talvolta debellare questi disturbi, un giorno di avanzata primavera, mentre camminavano fianco a fianco sugli argini del Po, improvvisamente lo gettò in acqua.

Il Duca non gradì la cosa, ma sapendo delle buone intenzioni del giullare, anziché punirlo pensò a sua volta di fargli uno scherzo.

Fingendosi profondamente offeso, lo condannò a morte per decapitazione.

L'esecuzione sarebbe avvenuta per finta, ma Gonella due giorni dopo salì sul patibolo piangente e profondamente spaventato.

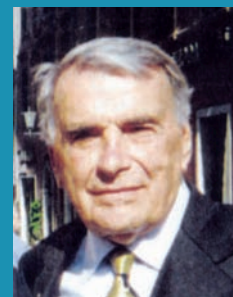
Mentre terrorizzato stava con gli occhi bendati e la testa sul ceppo, invece della mannaia il boia, come concordato con il Duca, gli gettò sul collo un secchio di acqua fredda.

Il povero Gonella morì fulminato per la violenta emozione.

Tutta Ferrara lo pianse e Nicolò III fu così addolorato che, scrivono le cronache, “per lungo tempo non poté consolazione alcuna ricevere già mai”.

tra i libri ricevuti





di Franco Fontanini

TRAMONTO DELLA VERGINITÀ

Dov'è finita la verginità, non se ne sente più parlare. Forse non esiste più. In TV si discute di sesso anche nei programmi pomeridiani, si mangia guardando coiti e strip-tease osé, sono sempre più numerosi coloro che sostengono che la questione morale e quella sessuale sono diverse. La verginità era un valore per la giovane, oggi ha un prezzo per gli amatori e si può comperare alle aste su Internet o con gli annunci su giornali. Non ci sono più le domande imbarazzanti delle adolescenti a tavola, ma affiora anche il dubbio che il perbenismo in voga in passato fosse in gran parte dovuto al conformismo.

Il dubbio è cresciuto leggendo un libro inglese pubblicato anonimo a metà del '700, che ebbe enorme successo e moltissimi imitatori fra i quali Goldoni. Il titolo era esplicito: "Pamela Andrews o la virtù ricompensata", ed era la raccolta delle lettere che una ragazza, figlia di poveri contadini affidata ad una nobile signora, inviava ai genitori. I suoi problemi iniziano alla morte della signora, quando Pamela finì alla mercé del figlio, un conte bellimbusto, inesauribile persecutore di verginelle, al quale resisté con incrollabile fermezza, fin-



Nel periodo dell'antica Roma si usava il **mamillare**, una fascia di cuoio che comprimeva i seni

ché il giovane conte se ne innamorò e, pur di averla, la sposò.

Il libro, anche se ben scritto, è di una noia mortale, nondimeno ebbe grande successo, la protagonista Pamela finisce col diventare antipatica perché è invariabilmente troppo brava, troppo abile nel sottrarsi agli assalti del bramoso conte, esibisce un po' troppo la sua virtù fino a far nascere il sospetto che più che un'ingenua verginella fosse un'astuta calcolatrice che, alla fine, ottiene ciò che voleva. Ciò nonostante è diventata l'eroina inglese della virtù, la Giovanna d'Arco della verginità.

Questa apologia della castità e del puritanesimo, che portò la regina Vittoria a foderare i gambi troppo torniti dei tavoli nel suo salotto perché non inducessero pensieri riprovevoli nei suoi ospiti, è tramontata anche nel Regno Unito, come da noi i gigli bianchi e l'esposizione del lenzuolo macchiato della prima notte nelle campagne della Sicilia.

È lontano il tempo delle sposine taroccate restituite alla famiglia a stretto giro, e delle aspiranti al matrimonio che tenevano a portata di mano il certificato attestante che la loro deflorazione era dovuta ad esigenze mediche.

Come inizio della metamorfosi femminile si può fissare la costruzione della torre Eiffel, quando lo stesso geniale ingegnere ideò il reggiseno che le ragazze adottarono senza indugi e con crescente entusiasmo, per esaltare i seni procaci. Oltre che un audace progettista, fu l'inventore della seduzione.

Nessuno però avrebbe previsto una tra-

sformazione tanto grande.

Una decina di anni fa destò uno scandalo molto inferiore a quello che ci si poteva attendere la notizia che le Università britanniche sono piene di studentesse "escort".

Solo a Cambridge, università gloriosa, c'erano almeno 450 laureande disponibili per le agenzie specializzate. Il prezzo di ogni prestazione era di 120 sterline, metà per la studentessa e metà per l'agenzia. I prezzi per compagnie prolungate o per prestazioni particolari, al di fuori del controllo dell'agenzia, andavano dalle 300 sterline in su.

Venivano garantite ragazze eleganti, disinvoltate, poliglote, preparate ad un tenore di vita ad alto livello.

La notizia più sorprendente era che quasi tutte arrivavano alla laurea, spesso con buone votazioni e molte diventavano professioniste affermate.

Ovviamente l'Università di Cambridge non è la sola che offra questa possibilità. Ormai non fa più notizia neppure la compra-vendita della verginità, i fans si tengono aggiornati sui mercati, le aste, le liquidazioni. Il trend è in costante crescita e considerato normale; otto anni fa solamente fu molto riprovato il caso di una ragazza inglese di cui si ricorda anche il nome, Rose Raid, 18 anni, visetto acqua e sapone, definita studiosa, iscritta al primo anno di scienza dell'informazione, nello stesso corso del figlio maggiore di Tony Blair.

Poiché la famiglia attraversava un periodo di difficoltà economiche, per proseguire gli studi decise di provvedere da



sola e mise all'asta su Internet la sua verginità, confessandolo ai genitori che si opposero inutilmente.

Se l'aggiudicò un ingegnere della British Telecom di 44 anni, divorziato con due figli, non perché avesse fatto l'offerta più alta, 12 mila euro, un prezzo equo secondo gli esperti, ma perché scelto dalla stessa Rose che lo giudicò serio ed affidabile. Il *News of the World* comperò la descrizione di tutti i particolari della deflorazione. L'incontro preliminare avvenne in un bar, il sacrificio in un albergo.

“Ci sono riuscita e sono soddisfatta, anche se è stato orribile”, fu lo stringato commento di Rose, che ha egualmente avuto innumerevoli imitatrici.

In California c'è una conduttrice TV che ha vinto nello stesso modo la conduzione di un programma.

Ci sono già anche le frodatrici: sempre in California una verginità pagata un milione è risultata falsa.

Voltaire disse che una delle superstizioni dello spirito umano è l'aver immaginato che la verginità potesse essere una virtù; non aveva sbagliato neppure Lory Del Santo quando, parecchi anni fa, affermò che se si ha in mente un obiettivo da raggiungere, tutto è lecito pur di riuscire.

Probabilmente da Pamela a Lory il modo di giudicare la morale è cambiato o meno di quanto si pensi.

SANT'ARIALDO, ULTIMA SPONDA

Anche se il termine *Tangentopoli* è entrato nei dizionari soltanto nel 1992, la tangente è diffusa fin dall'antichità più

remota e, benché sempre perseguitata e condannata, non è mai stata estirpata, nonostante la gravità delle sanzioni di volta in volta adottate.

Non riuscì ad eliminarla neppure Cambise, lo spietato re dei persiani, specialista in terrificanti condanne preventive.

Alla vigilia della partenza di una guerra in Abissinia, assalito dal sospetto che un suo fratello ordisse trame contro di lui, lo fece trucidare prima di partire.

Sotto il suo regno vigeva la condanna alla decapitazione per tutti i reati di corruzione anche non gravi.

Quando ad essere accusato di avere intascato una tangente fu Sisanne, un alto magistrato, Cambise aggravò la pena per renderla maggiormente esemplare: non più decapitazione, ma scorricatura del condannato vivo.

Con la pelle foderava il sedile del successore, come preavviso.

La carica di giudice era ereditaria, o, più esattamente, era ereditaria la sedia sulla quale avrebbe esercitato le sue funzioni.

Nel caso di Sisanne, il successore era suo figlio.

La previsione di Cambise fu azzeccata, il figlio fu un giudice incorruttibile, ma dopo di lui i casi di corruzione ritornarono comprensibilmente rari all'inizio e divennero in breve frequenti come in precedenza.

A Bruges un grande quadro che ricordava la scorticatura di Sisanne venne affisso nell'aula del tribunale da un alto magistrato, preoccupato per il dilagare della corruzione nella città durante il XV secolo, ma non servì a niente.

A Milano, sul finire del XI secolo, ci fu una tangentopoli famosa che prese il nome di Pataría, dal movimento popolare sorto per combattere la corruzione della società ecclesiastica nella quale erano in costante crescita la simonia, il concubinato, il commercio dei beni e delle indulgenze.

Pataría si proponeva di ripristinare i valori della morale cristiana, animatore del movimento popolare fu il diacono Arialdo Cucciago di Cantù che, insieme ad Anselmo da Baggio, il futuro papa Alessandro II, appoggiò con grande energia i patarini milanesi contro la nobiltà e il clero sposato e corrotto, fino a costringere alle dimissioni l'arcivescovo di Milano, suo grande avversario.

Il movimento della Pataría ebbe importanti ripercussioni anche fuori dalla diocesi milanese, soprattutto in Germania, provocando un duro conflitto con il pontefice romano, nel quale si intravedevano le prime avvisaglie della lotta per le investiture. Arialdo venne rapito e truci-

dato da sicari in un'isola del Lago Maggiore, probabilmente l'Isola Bella.

Il suo corpo riemerse miracolosamente dalle acque del lago dopo dieci mesi e salì alla gloria degli altari.

Grazie al martirio di Sant'Arialdo ci fu la fine del concubinato e della simonia e la riforma morale della Chiesa alla quale i milanesi aspiravano.

Sarebbe auspicabile che il 27 giugno, il giorno in cui viene ancor oggi venerato dalla liturgia ambrosiana, Sant'Arialdo venisse nominato patrono di *Mani Pulite* e protettore di *Tangentopoli*. E' la nostra ultima sponda.

“ECESSI CINOFILI”

Mai avrei immaginato che un articoletto così palesemente paradossale e scherzoso potesse suscitare tante reazioni risentite e serie.

Premetto che amo i cani, e pensavo che su di loro si potesse ridere amabilmente e impunemente. L'hanno fatto in moltissimi, da Castruccio Castracani, che non era molto portato allo scherzo, a Karl Kraus, uno dei maggiori autori di aforismi e paradossi. Immodestamente pensavo che fosse consentito anche a me.

Tutto ciò che è scritto nell'articolo è chiaramente caricaturale, e non meritevole di contestazioni, aveva un unico fine neppure troppo celato, quello di suggerire ai cani del mio quartiere di avere un po' più di riguardo per i giardinietti e i marciapiedi. Evidentemente ho sbagliato. Me ne scuso.

Il triangolo di Scarpa

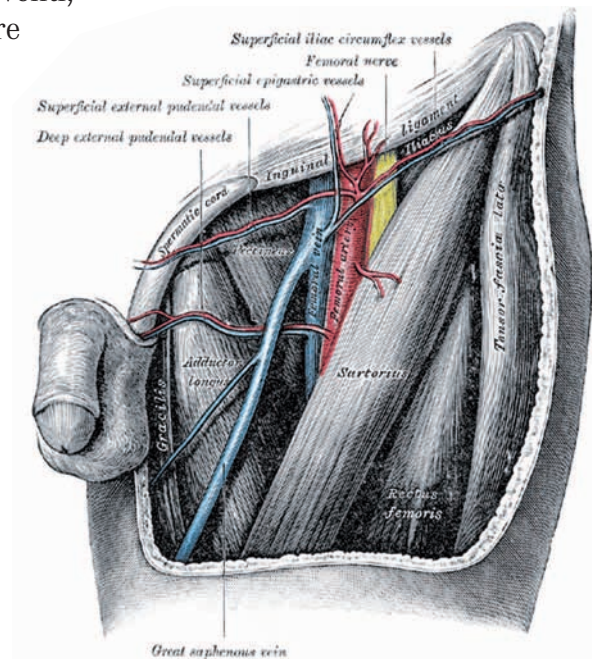
di Eligio Piccolo

Tutti i medici lo ricordano soprattutto per quel famoso triangolo anatomico situato alla radice della gamba, che ha per lato principale la piega dell'inguine dai cui estremi si dipartono gli altri due lati con vergenti verso la coscia. La curiosità di questa zona è che racchiude nel suo interno, vicini l'un l'altro come un fucile a tre canne, il nervo all'esterno, l'arteria nel mezzo e la vena all'interno. Gli studenti li memorizzano con la sigla NAV (nervo, arteria e vena). Conoscere questa trinità ha consentito ai chirurghi di prestarvi attenzione quando si addentrano per correggere un'ernia inguinale o altri interventi,

ma è venuta utile anche a noi cardiologi, oltre un secolo dopo, per poter entrare con cateteri nell'uno o nell'altro vaso e spingerli fino al cuore, dove riusciamo a fare mille diavolerie diagnostiche e curative. I cardiologi poi lo fanno senza tagliare la pelle, a palpo: sentono il pulsare dell'arteria e se vogliono entrarvi la infilzano; mentre se vogliono percorrere la vena pungono un po' più all'interno e, attraverso l'ago, fanno passare il catetere.

Antonio Scarpa non era solo un anatomico descrittivo ma, come il suo maestro Giovanni Battista Morgagni, cercava di guardare la morfologia pensando alla funzione, alle malattie e all'applicazione chirurgica. Non a caso gli fu affidata anche la direzione della

Il triangolo anatomico di Scarpa



Clinica Chirurgica di Pavia. Fu genio e enfant prodige ad un tempo. Scoperto da uno zio prete che ne aveva intuito le doti, fu mandato a studiare nel seminario di Portogruaro, a 20 km dalla natia Motta di Livenza. A 18 anni nel 1770 si laureò a Padova e a 20 ottenne la cattedra anatomo-chirurgica dell'Università di Modena. Mi perdonino i lettori se penso ai molti nostri giovani che ai trenta si domandano ancora cosa fare e dove andare.

Che avesse l'impulso del ricercatore lo dimostrò fin da bimbo quando fece arrabbiare una zia, che lo ospitava mentre frequentava le medie, alla quale aveva ucciso tutti i pulcini per esaminarne il cuore. Da scienziato già maturo sbrigliò la sua curiosità in molte parti del corpo umano, dall'inguine al labirinto osseo, dal nervo naso-palatino all'ipoglosso ma quello che fa sobbalzare noi cardiologi è la scoperta

dell'innervazione cardiaca e in modo particolare di quella simpatica. In un tempo nel quale l'opinione più accreditata era l'affermazione di un certo Berhends di Londra, il quale nel 1792 affermava in un latino categorico "cor ner vis carere", il cuore non ha nervi.

Uno scienziato con così tanti interessi e scoperte non poteva certamente rimanere nell'ombra, anche perché il carattere non era per nulla del topo di biblioteca, piuttosto di chi sapeva proporsi ed anche imporsi. La Corte di Vienna, opportunamente informata, lo chiamò a Pavia per dirigere l'Anatomia e la Chirurgia locali, e qui rimase dal 1783 al 1832, l'anno della sua morte. Vi diede grande prestigio e realizzò fra l'altro la costruzione del famoso Teatro Anatomico, ancora oggi ammirato dai visitatori come quello patavino. Fu insignito della Legion d'Onore francese ed eletto membro della Royal Society britannica, nonché delle principali accademie scientifiche europee. Fu anche grande amico di Alessandro Volta.

Quando Napoleone nel 1805 visitò l'Università di Pavia, ricevette l'omaggio del corpo accademico ma notò l'assenza di Scarpa, che gli era e evidentemente noto. Alle rimostranze gli fu detto che, non avendo egli giurato per la neonata Repubblica Cisalpina si era sentito in dovere di dimettersi. Al che l'Imperatore disse: "Che importano i rifiuti del giuramento e le opinioni politiche? Il dottor Scarpa onora l'Università e i miei stati".



Antonio Scarpa

Quando poi se lo trovò davanti aggiunse: “Quali che siano i vostri sentimenti io li rispetto ma non posso tollerare che voi restiate separato da un istituto di cui siete l’ornamento. Un uomo come voi, al pari di un bravo soldato, deve morire sul campo di battaglia”. Lo riconfermò docente e l’anno successivo anche rettore dell’Università.

Tutte queste benemerienze e i prestigiosi incarichi, peraltro meritati, gli diedero autorità e potere ma secondo alcuni critici determinarono anche autoritarismo e intransigenza. Si racconta che convocato da Napoleone, di cui era medico consulente, mentre aspettava di esservi introdotto se ne andò stizzito dicendo al suo cerimoniere che il Prof. Scarpa non fa anticamera. Aveva, come si può ben capire, pochi amici e molti avversari. Era temuto e da alcuni perfino odiato.

Evidentemente il carattere non doveva essere dei più accomodanti, come si può ancora oggi intuire da certi tratti somatici, quali la capigliatura fissa e riccioluta, chissà fulva, e dal naso lungo e appuntito, ma anche come ci viene confermato da certe cronache dalla sua reattività faziosa verso colleghi niente affatto polemici quali Lazzaro Spallanzani e Giovanni Rasori.

Della sua vita privata non ne sappiamo molto, forse più pettegolezzi che notizie vere. Viveva solo, non s’era mai ammogliato e in una lettera allo zio monsignore del 1787 scriveva: “Mi viene offerta una moglie con 5.000 zecchini, ma ho risposto che non mi sentivo chiamato per la strada di fare degli infelici ... se dipendesse da me lascerei finire la razza degli uomini”. Non era certo insensibile al fascino muliebre e qui il gossip diventa pesante perché si raccontano innamoramenti con donne di altri, come la Bianca Mori da cui avrebbe avuto un figlio, che cercò poi di intradare nella carriera accademica, secondo le migliori tradizioni italiane.

La sua morte, alla rispettabile età di 80 anni, fu seguita da un episodio singolare: un assistente si prese l’iniziativa di mozzargli la testa per conservarla mummificata nel Museo della Storia dell’Università di Pavia, dove la si può ancora ammirare, si fa per dire. È pur vero che Panizza, il suo successore, sosteneva che “la testa dei grandi uomini dovrebbe essere sempre conservata poiché l’uomo sta tutto nella sua testa”, ma viene il sospetto che ci sia stato nei confronti dello “scorbuto” personaggio trevigiano un eccesso di solerzia macabra.

testimonianze

“Niente sesso, siamo cardiopatici”. Ne sono stato convinto per molto tempo dopo l’infarto. Ora, grazie a *Cuore e Salute*, ho capito tutto.

Gino S.

L'andropausa non c'è ma ci credo

L'UOMO IN MENOPAUSA. BREVIARIO DI SOPRAVVIVENZA PER MOGLI E COMPAGNE

FRANCO FONTANINI - ARMANDO EDITORE ROMA - € 12,00.

Il pioniere del West che aveva fatto l'America, secondo l'ipotesi più accettata, non resse al passaggio troppo rapido della frontiera, alla leadership economica e industriale e abdicò al suo ruolo.

La donna, accusata di essere brava in tutto, meno che come moglie, si giustificò dicendo che era diventata matriarca suo malgrado, costretta a sostituirsi all'uomo per necessità e per abnegazione patriottica perché negli USA non c'erano più uomini veri: solo i miliardari avevano carattere virile.

Evidentemente il cambiamento non dispiaceva loro perché in mezzo secolo quelle che avevano scelto di fare a meno del marito erano passate dal 16 al 42 per cento, pagando la metamorfosi con l'accresciuta incidenza di nevrosi e frigidità.

Il maschio declassato ripiegò sul giovanilismo, il culturismo, dedicandosi al body building, al jogging e passando più tempo in palestra e nelle health farm che in famiglia.

L'Ottocento è stato il secolo della nevralgia, malattia borghese che nascondeva molte patologie non ancora note, nel Novecento tutti erano vittime dello stress, ignorando che può anche far bene, il Duemila ha tutta l'aria di diventare il secolo dell'andropausa e del declino virile, durante il quale l'uomo sentirà il suo ruolo non più definito, sempre più incerto e, forse, non più necessario.

Da tutte queste condizioni trae origine l'andropausa, sindrome vaga e polimorfa che colpisce sempre più ultracinquantenni, mettendoli alle corde.



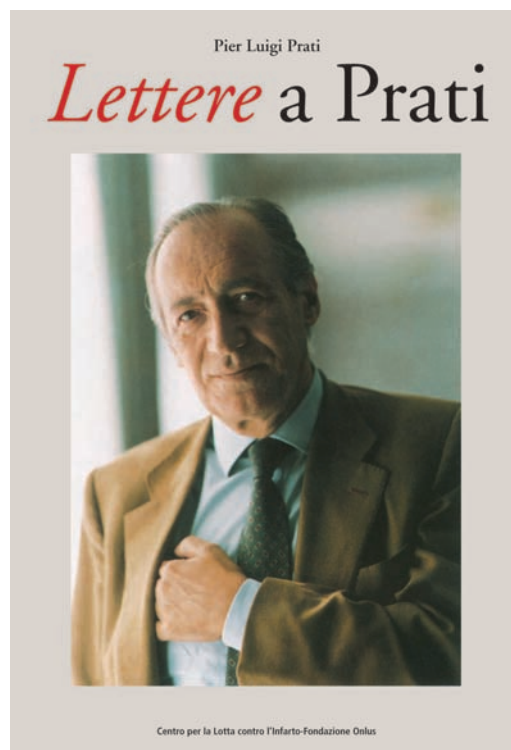
Lettere a Prati

Risposta a 117 quesiti di cardiologia

PIER LUIGI PRATI - EDITORE CENTRO PER LA LOTTA CONTRO L'INFARTO-FONDAZIONE ONLUS

di **Luciano Sterpellone**

Il libro raccoglie la corrispondenza che per tanti anni il Prof. Pier Luigi Prati ha tenuto con i lettori di *Cuore e Salute*: un compendio di notizie, consigli e informazioni utili al medico come al paziente, di messe a punto di argomenti anche controversi o tuttora sub iudice; un libro che si impone per la chiarezza e l'impeccabilità dei concetti e del linguaggio, essenziali per una comunicazione medico-paziente corretta ed efficace; per la precisione e la completezza delle risposte ai vari quesiti, arricchite da suggerimenti e consigli di facile fruizione; per la semplicità con la quale l'eminente cardiologo si rivolgeva al lettore; mai con l'atteggiamento del maestro, anzi, quasi un chiedere sommestamente scusa di insegnargli qualcosa. Un raro binomio di Scienza e Umiltà. Un libro da non mancare, che insegna ancora molte cose anche a noi medici.



Se desidera ricevere il libro **Lettere a Prati** può effettuare il suo versamento utilizzando il bollettino di conto corrente postale allegato alla rivista, altrimenti può scrivere a:

Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Viale B. Buozzi, 60 - 00197 Roma (RM)

in alternativa può inviare una email a:

t.bianchi@centrolottainfarto.it

o telefonare al seguente numero:

06.3218205 - 06.3230178

Offerte a partire da: € 25 (spese di spedizione incluse)

Il Centro per la lotta contro l'infarto- Fondazione Onlus ringrazia per i generosi contributi



- **Marcello Abita** di Roma
- **Salvatore Addis Caridi** di Roma
- **Fiammetta Albi** di Roma
- **Piero Alfonsi** di Padova
- **Filippo Altilia** di Ascoli Piceno
- **Giovanni Ambrosi** di La Spezia
- **Enrico Amenta** di Modena
- **Roberto Andreoli** di Carpi
- **Antonio Angelini** di Napoli
- **Paolo Angelucci** di Subiaco
- **Adele Anzon** di Roma
- **Grazia Arabella Scarpa** di Zola Pedrosa
- **Luciano Arcari** di Roma
- **Associazione Amici del Cuore Onlus** di Motta di Livenza
- **Nicola Baccaglioni** di Mantova
- **Nicola Baldi** di Taranto
- **Adua Romana Baldini** di Grottaferrata
- **Valeriano Balloni** di Ancona
- **Giuseppe Balsamo** di Roma
- **Anna Barocelli** di Torino
- **Luigi Bartoletti** di Sesto Fiorentino
- **Antonia Bassi** di Ceglie Messapica
- **Ivan Basso** di Acireale
- **Giovanni Bastianelli** di Roma
- **Carlo Battistini** di Alberi di Vigatto
- **Mario Battivelli** di Roma
- **Lino Beber** di Pergine Valsugana
- **Giuseppe Becchi** di Savona
- **Giovanni Bellu** di Roma
- **Riccarda Beltrami** di Cortina D'Ampezzo
- **Roberto Berardelli** di Roma
- **Giorgio Biffani** di Roma
- **Marceline Blanche Vessaz** di Roma
- **Giulio Bon** di Mentana
- **Primo Bonacorsi** di Spezzano Fiorano
- **Pio Bonomi** di Casalgrande
- **Mario Borghese** di Roma
- **Giuliano Boselli** di Parma
- **Pasquale Bossa** di Latina
- **Antonio Bove** di Roma
- **Concetta Rosa Maria Bozzelli** di Roma
- **Pietro Braga** di Gavardo
- **Giuseppe Brera** di Feltre
- **Gianfranco Brusciugli** di Roma
- **Umberto Bugatti** di Mercato S. Severino
- **Mario Buonasera** di Padova
- **Gustavo Bussinello** di Verona
- **Gilberto Caburlotto** di Padova
- **Beppe Cacòpardo** di Milano
- **Rosario Calabrò** di Roma
- **Annamaria Calise** di Roma
- **Fulvio Camerini** di Trieste
- **Egle Cameroni** di Cornaredo
- **Luigi Cancrini** di Ospitaletto
- **Antonio Cannoni** di Milano
- **Francesco Capezza** di Napoli
- **Giacomo Capodivento** di Teramo
- **Angelo Carbone** di Pomezia
- **Sabino Cardone** di Latina
- **Maria Antonia Caruso** di Acireale
- **Claudio Casantini** di Roma
- **M. Letizia Cassinelli** di Roma
- **Pier Luigi Castagnetti** di Reggio Emilia
- **Elena Cauzzi** di Cavriana
- **Antonino Certo** di Varese
- **Piero Emilio Cerutti** di Pavia
- **Kamal Anton Chalaby** di Roma
- **Lanfranco Chiodetti** di Monza
- **Maria Teresa Chiofalo** di Roma
- **Antonio Cinquegrana** di Napoli
- **Nicola Cirillo** di Salerno
- **Gabriella e Laura Cirillo** di Verona
- **Giuseppe Aldo Ciulla** di Roma
- **Maria Luisa Coen** di Roma
- **Arturo Coghe** di Cagliari
- **Francesco Colace** di Roma
- **Giorgio Colletto** di Crema
- **Giovanni Coppi** di Roma
- **Massimo Corradeghini** di Sarzana
- **Renato Coscelli** di Reggio Emilia
- **Donato Cosma** di Roma
- **Carlo Cuomo** di Piemonte
- **Nicola Angelo D'Alessio** di Roma
- **Luigi Dallavalle** di Parma
- **Felice D'Amato** di Pistoia
- **Aniello D'Amora** di Sarno
- **Alberto De Feo** di Roma
- **Angelo De Feo** di Tavernerio
- **Biagio De Pasquale** di Roma
- **Iolanda Deantoni** di Roma
- **Roberto Di Carlo** di Palombara Sabina
- **Giovanni Di Cio'** di Martinsicuro
- **Felice Di Francesco** di Borgomanero
- **Gaetano Di Fronzo** di Rimini
- **Giovanni Di Giampietro** di Anagni
- **Fernando Di Maio** di Roma
- **Michele Di Rienzo** di Roma
- **Graziano Dini** di Firenze
- **Ugo Duca** di Fabriano
- **Maurizio Fabbiani** di Roma
- **Enzo Facci** di S. Dona' di Piave
- **Osvaldo Faccio** di Verona
- **Luigi Faenza** di Eboli
- **Giovanni Fedele** di S. Cesario di Lecce
- **Pietro Ferrari** di Pavia
- **Demetrio Festa** di Castiglione Cosentino
- **Luigina Festa** di Fondi
- **Francesca e Loredana Fiumi** di Imola
- **Bianca Florio** di Roma
- **Anna Maria Forzan** di Abano Terme
- **Giuseppe Frau** di Cagliari
- **Walter Funto'** di Roma
- **Raffaele Gaetano** di Roma
- **Alberto Galassi** di Acì Castello
- **Alfonso Galassi di Modena**
- **Piero Gallo di Roma**
- **Giacomina Gambardella** di Napoli
- **Riccardo Gattai** di Capezzano Pianore-Camaiore

- **Gian Paolo Gatti** di Roma
- **Carlo Gatto** di Crotone
- **Anna Laura Geschmay Mevorach** di Spinea
- **Stefano Ghetti** di Carpi
- **Mario Ghigginì** di San Vito
- **Ruggero Giannelli** di Roma
- **Salvatore Giglia** di Caltanissetta
- **Enrico Giudici** di Lerici
- **Giorgio Gottardi** di Montorio
- **Giorgio Grifoni** di Roma
- **Giancarlo Iaconianni** di Roma
- **Vincenzo Janna** di Eraclea
- **Alberto Jannì** di Palermo
- **Massimo La Gioia** di Roma
- **Giancarlo Lavezzaro** di Torino
- **Antonio Maria Lax** di Roma
- **Dario Leali** di Odolo
- **Angelo Leccese** di Taranto
- **Carlo Leonardi** di Ancona
- **Giovanni Leone** di Torino
- **Mario Levoni** di Mantova
- **Paolo Levoni** di Castellucchio
- **Antonella Lo Vecchio** di Roma
- **Sandro Lombardi** di Torino
- **Manlio Lorito** di Salerno
- **Aldo Lupi** di Pavia
- **G. Pasquale Maggiaprile** di Faenza
- **Francesco Maggiore** di Napoli
- **Antonio Manganelli** di Avellino
- **Alvaro Mangialaia** di Roma
- **Sergio Marchesi** di Roma
- **Alberto Margrit** di Gravere
- **Giulio Mariani** di Corsico
- **Giacomo e Elena Marini** di Roma
- **Osvaldo Maronati** di Milano
- **Maurizio Masocco** di Roma
- **Mario Mastrocola** di Loro Piceno
- **Antonio Mastrolitti** di Bari
- **Mario Mellini** di Cavo Elba
- **Alessandro Merighi** di Carpi
- **Ugo Milanese** di Cuneo
- **Edmondo Mingoia** di Ferentino
- **Roberto Aldo Mingrone** di Roma
- **Celso Minini** di Udine
- **Emmanuel Miraglia** di Roma
- **Maria e Ennio Morricone** di Roma
- **Giulio Giacomo Mosconi** di Gandino
- **Mario e Anna Maria Nava** di Milano
- **Piergiorgio Nicolin** di Spinea
- **Norma Olivari** di Milano
- **Enrico Onofri** di Roma
- **Pietro Orefice & C. Sas** di Casnate
- **Gabriella Ortini Riello** di Legnago
- **Alberto Palavisini** di Fucecchio
- **Vittorio Paliotti** di Napoli
- **Aldo Panegrossi** di Roma
- **Antonino Panepinto** di Roma
- **Riccardo Panigali** di S. Pietro in Casale
- **Attilio Pantaleoni** di Camposampiero
- **Franco Paratico** di Levate
- **Augusto Pasqualini** di Barasso
- **Francesco Saverio Paternostro** di Castrovillari
- **Franco Pedrazzini** di Modena
- **Antonio Perelli** di Roma
- **Francesco Peruzzi** di Torino
- **Giovanni Petix** di Caltanissetta
- **Germano Petronzio** di Roma
- **Paolo Pezone** di Parete
- **Raffaele Piazzolla** di Barletta
- **Emma Piccione** di Roma
- **Paolo Ugo Pinna Parpaglia** di Sassari
- **PO.MO. Srl** di Roma
- **Enrico Pogliani** di Monza
- **Antonio Policastro** di Empoli
- **Giorgio Pozzi** di Roma
- **Alberto Pradella** di Imola
- **Claudia Pruni Lunardini** di Rimini
- **Daniele Puglia** di Scandiano
- **Silvia Quattrocchi** di Anagni
- **Giorgio Rabitti** di Roma
- **Carlo Racani** di Ostia Lido
- **Gina Ravani** di Ferrara
- **Renzo e Signora Ricci** di Roma
- **Giampaolo Ricci** di Acquasparta
- **Stefano Risi** di Roma
- **Fernanda E Gino Riva** di Varese
- **Salvatore Rivitti** di Roma
- **Mario Roganti** di Modena
- **Alessandro Rossi** di Roma
- **Ercole Rubino** di Gaeta
- **Giorgio Russi** di Roma
- **Antonio Sacchetti** di Roma
- **Gastone Salvato** di Merano
- **Giovanni Saviano** di Reggio Emilia
- **Alfonso Savino** di Andria
- **Luigi Savona** di Frosinone
- **Mario Scaloni** di Ancona
- **Sabino Scardi** di Trieste
- **Roberto e Vanna Scarinci** di Bologna
- **Carmen Sciuto D'Arrigo** di Roma
- **Marco Semprini** di Tivoli
- **Fernando Sensidoni** di Roma
- **Antonio Severini** di Carpi
- **Famiglia Signorelli** di Correggio
- **Giorgio Silvestri** di Senigallia
- **Paolo Simonelli** di Villafranca
- **Massimo Smeriglio** di Roma
- **Gian Carlo Spinelli** di Peschiera Borromeo
- **Ubaldo Stazi** di Galliciano nel Lazio
- **Bruno Tarquini** di Teramo
- **Liliana Tassino** di Vicenza
- **Varo Tazza** di Roma
- **Mario Tecce** di Moricone
- **Emanuele Tedesco** di Bari
- **Saverio Tedesco** di Torrecuso
- **Jole Terreni** di Ponti sul Mincio
- **Italo Testa** di Campobasso
- **Teodoro Todaro** di Rio Saliceto
- **Antonio Tommasini** di S. Maria di Sala
- **Giuliana Trabucco** di Roma
- **Pietro Tursi** di Roma
- **Alfio Uccellatore** di Adrano
- **Gennaro Uva** di Roma
- **Giovanni Verga** di Pavia
- **Tomasso Verrucci** di Orvieto
- **Francesca Zagni** di Roma
- **Giuseppe Zappalà** di Acireale
- **Vigilio Ziacchi** di Asola
- **Ezio Zilli** di Roma
- **Rolando Zorzi** di Lido di Venezia
- **Martino e Sandra Zubiani** di Roma

Ci scusiamo con i soci che non abbiamo potuto ringraziare perchè le modalità di versamento utilizzate - ad esempio il pagamento telematico o quello bancario - non ci hanno consentito di risalire ai mittenti.

aforismi

Quando un filosofo risponde, non sappiamo più che cosa gli abbiamo chiesto.

> **A. Gide**

La Sicilia, forse l'Italia intera, è fatta di troppi personaggi cui bisognerebbe tagliare la testa.

> **L. Sciascia**

Andiamo in malora per la troppa indifferenza, ma chi se ne frega.

> **Anonimo**

Nella nostra società l'iscrizione nel registro degli indagati è diventata una tappa fondamentale nella scalata al successo.

> **G. Messina**

Da vecchi è bello avere qualcuno che ci lava la schiena, ma è ancora più bello riuscire a lavarsela da soli.

> **F. Fontanini**

Non è da tutti essere cornuto. Se lo sei, vuol dire che tua moglie è bella, ti tratta bene, hai molti amici e le tue ricchezze aumentano.

> **Rabelais**

La guerra è un male perché fa più malvagi di quanti non ne toglie di mezzo.

> **I. Kant**

A me mi hanno rovinato le donne: troppo poche.

> **R. Benigni**

Non è assolutamente impossibile che una persona onesta e che ha ragione vinca una causa.

> **La Bruyere**

La verità non è vero che stia nel mezzo, spesso sta tutta da una parte: il difficile è capire da quale.

> **L. Longanesi**

Una regola pratica: qualunque cosa abbia pneumatici o testicoli ti porterà guai.

> **E. Gough**

Tutto quello che non si mangia, fa bene alla salute.

> **G. Cerometti**

Adoro il movimento femminile, specialmente quando ci cammino dietro.

> **R. Limbaugh**

Gli inglesi hanno inventato la piega dei pantaloni, altrimenti non si sarebbero messi nemmeno i pantaloni.

> **N. Busoni**

La fortuna del Nazareno fu di essersi imbattuto nei quattro migliori cronisti della storia.

> **L. Pintor**

Chissà perché Adamo viene generalmente considerato coglione, e Eva scafata.

> **F. Fontanini**

Oggi le donne esercitano le più svariate attività: sono diventate fantini, giocatrici di baseball, scienziate atomiche, dirigenti d'azienda, e forse un giorno impareranno anche a parcheggiare la macchina.

> **B. Vaughan**

Sostenete e diffondete Cuore e Salute

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

- ☺ La quota minima annuale di iscrizione alla Fondazione è di € 20,00.
- ☺ La quota di iscrizione come *medico* alla Fondazione è di € 180,00. Essa dà diritto a: 1) partecipare al Congresso annuale **Conoscere e Curare il Cuore**; 2) ricevere il volume degli Atti del Congresso; 3) essere informati sulle iniziative culturali della Fondazione.
- ☺ I soci che desiderano offrire **Cuore e Salute** ai loro amici, debbono fornire l'indirizzo del destinatario unitamente al versamento della quota associativa. 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:

IN QUALITÀ DI **ADERENTE**

IN QUALITÀ DI **MEDICO**

COGNOME NOME

CODICE FISCALE

VIA CAP CITTÀ

PROV. NATO A IL

E-MAIL CELL

(*) nominativo di chi offre l'abbonamento

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

VERSAMENTO SUL 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 INTESTATO A: CENTRO PER LA LOTTA CONTRO L'INFARTO - FONDAZIONE ONLUS

CARTA DI CREDITO CIRCUITO VISA: N. CARTA SCABCAD.

NOME E COGNOME DEL TITOLARE DELLA CARTA.

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 - Viale Bruno Buozzi, 60 - 00197 Roma**.



5x1000

Una scelta che non costa nulla ma che per il *Centro per la Lotta contro l'Infarto* ha un valore grandissimo.

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 quasi 30 anni fa. Il *CLI* svolge opera di prevenzione e di educazione sanitaria attraverso due consolidati strumenti: ***Cuore e Salute***, inviata a 32.000 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 soci e sostenitori che la Fondazione ha potuto raggiungere questi obiettivi e che potrà puntare ad altri ambiziosi traguardi.

SCELTA DEL DICHIARANTE PER LA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF (in caso di scelta FIRMARE in UNO degli spazi sottostanti)

<small>Sostegno del volontariato, delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale, delle associazioni e fondazioni</small>	<small>Finanziamento della ricerca scientifica e della università</small>
FIRMA 	FIRMA _____
Codice fiscale del beneficiario (eventuale) 97020090581	Codice fiscale del beneficiario (eventuale) _____
<small>Finanziamento della ricerca sanitaria</small>	<small>Attività sociali svolte dal comune di residenza del contribuente</small>
FIRMA _____	FIRMA _____
Codice fiscale del beneficiario (eventuale) _____	

In aggiunta a quanto indicato nell'informativa sul trattamento dei dati, contenuta nel paragrafo 3 delle istruzioni, si precisa che i dati personali del contribuente verranno utilizzati solo dall'Agenzia delle Entrate per attuare la scelta.

AVVERTENZE: Per esprimere la scelta a favore di una delle finalità destinarie 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.

Apponendo la tua firma nel riquadro sopra indicato e scrivendo il codice fiscale del ***Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus*** n. **97020090581**, senza versare un Euro in più di tasse, offrirai un aiuto fondamentale che sarà utilizzato 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.



Date il vostro 5 X 1000 al
**Centro per la Lotta contro
l'Infarto - Fondazione Onlus.**
È un aiuto prezioso che non
vi costa nulla.



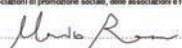
Il rapporto che mi lega da anni al Centro per la Lotta contro l'Infarto non è solo affettivo, per la profonda amicizia con il suo fondatore Prof. Pier Luigi Prati. È anche di riconoscenza e apprezzamento per avere sperimentato personalmente la professionalità e l'efficacia della loro azione di educazione, prevenzione dell'infarto e ricerca cardiologica.

È per questo che vi invito a sceglierlo come ente beneficiario del 5 X 1000.

Ennio Morricone

Il vostro **5x1000** al
Centro per la Lotta contro l'Infarto-Fondazione Onlus

SCELTA DEL DICHIARANTE PER LA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF (in caso di scelta FIRMARE in UNO degli spazi sottostanti)

<small>Scoglio del volontariato, delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale, delle associazioni e fondazioni</small>	<small>Presempimento della ricerca scientifica e della università</small>
FIRMA: 	FIRMA: _____
Codice fiscale del beneficiario (eventuale) 977020090581	Codice fiscale del beneficiario (eventuale) _____
<small>Fondazione della ricerca sanitaria</small>	<small>Attività sociali svolte dal comune di residenza del contribuente</small>
FIRMA: _____	FIRMA: _____
Codice fiscale del beneficiario (eventuale) _____	Codice fiscale del beneficiario (eventuale) _____

In aggiunta a quanto indicato nell'informativa sul trattamento dei dati, contenuta nel paragrafo 3 delle istruzioni, si precisa che i dati personali del contribuente verranno utilizzati solo dall'Agenzia delle Entrate per attuare la scelta.

AVVERTENZE: Per esprimere la scelta a favore di una delle finalità destinarie 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.