

CUORE & Salute

Chi dorme non ingrassa?

ANNO XXIX

N. 1-2 GENNAIO-FEBBRAIO 2011

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

Ogni mese una **Newsletter** sulla salute del tuo cuore? **www.centrolottainfarto.it**



Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus
Capire per prevenire

Newsletter Gennaio 2011
del Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

**IL MONDO DI EVA:
CHE COSA C'È DI DIVERSO**

La cardiopatia ischemica con le sue differenti manifestazioni, l'infarto, l'angina, lo scompenso cardiaco, rimane ancora oggi la prima causa di morte nei paesi del mondo occidentale, nonostante i clamorosi progressi compiuti nella cura e nella diagnosi.

Esistono evidenti differenze nelle modalità di comparsa ed espressione della malattia nell'universo femminile e gli studiosi dedicano sempre maggiore attenzione a questi particolari aspetti, nel tentativo di assicurare alle donne la miglior cura possibile.

**FORSE NON TUTTI SANNO CHE...
IL SUCCO DI POMPELMO**

LA DIETA E LA FIBRILLAZIONE ATRIALE

LA GINNASTICA DEL MESE

IL MONDO DI EVA **IL RISER DEL MESE** **GRANDE I TUOI INDIZI ORZI-PERCOLAZI**

PER RICEVERE LA NEWSLETTER OGNI MESE CLICCA QUI

Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus - Viale Bruno Buozzi, 60 - 00197 Roma
Tel 063230178 Fax 063221068 - email: info@centrolottainfarto.it

Se non desideri più ricevere le nostre newsletter CLICCA QUI

SOSTIENI IL **CLI**

Spazio **Scienze**

scegli il CLI per il tuo **5X1000**

Di che si occupa la nostra **RICERCA**

RICERCA



Foto iStockphoto.it

Prevenzione: scienza, economia, etica 5	Lettere a Cuore e Salute 33
Ictus, nomen omen 7	Quaderno a Quadretti 36
Ictus "il tempo è cervello" 10	La rivincita del ventricolo destro 41
Ictus emorragico 12	Conoscere e Curare il Cuore 2011 44
Il "colpo" di Lutero e di Baudelaire 15	News 49
Mortalità dopo infarto miocardico 17	L'Holter 51
Chi dorme non ingrassa 21	Michel Mirowski 55
La ricerca del CLI 23	Marche, ultimo Eldorado 58
La palla di Tiche 26	Libri ricevuti 61
Food for Thoughts 30	Aforismi 62

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 XXIX - n. 1-2 Gennaio-Febrero 2011
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 di *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

Capo Redattore
Filippo Stazi

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

Vice Direttori
Eligio Piccolo
Francesco Prati

Coordinamento Editoriale
Marina Andreani

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 Srl - Nepi (VT)

n.1-2 **sommario** 2011



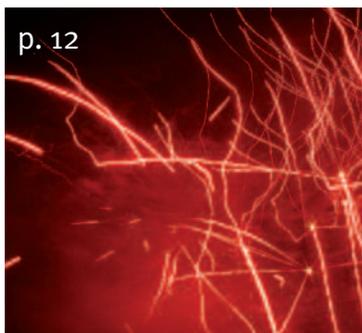
Prevenzione: scienza, economia, etica Franco Fontanini 5

Tutto quello che si deve sapere su ...
Ictus, nomen omen Filippo Stazi 7

La terapia dell'ictus ischemico, "il tempo è cervello" Antonio Salerno 10

Ictus emorragico Loredana Bove 12

Il "colpo di sangue" di Lutero e il "soffio d'imbecillità" di Baudelaire Franco Fontanini 15



Dal Congresso Conoscere e Curare il Cuore 2010
L'Infarto miocardico dopo la fase acuta: pochi sanno che la mortalità a due mesi dalla dimissione raggiunge il 6% Cesare Greco 17

Chi dorme non ingrassa? Eligio Piccolo 21

La ricerca del CLI
Cosa ancora non sappiamo sulla genesi dell'infarto? Intervista ad Attilio Maseri e Francesco Prati 23



La Palla di Tiche
La leggenda di Dorando Pietri Franco Fontanini 26

• *Meno scolarità più infarto* [Eligio Piccolo] 29

Food for thoughts
La dieta veganiana di Bill Clinton. Come l'ex presidente sta invertendo il corso della sua malattia di cuore perdendo peso 30

da  Mario Albertucci

• *Basta un Attimo* 32



Lettere a Cuore e Salute

- *Il dottore non visita più* 33

Quaderno a Quadretti Franco Fontanini 36

La rivincita del ventricolo destro Eligio Piccolo 41

• *I centenari maschi vanno meglio [Elegio Piccolo]* 43

Conoscere e Curare il Cuore 2011 44

News

Aggiornamenti cardiologici Filippo Stazi 49

L'Holter Vito Cagli 51

**“La bomba all'interno di un uomo”
Michel Mirowski e il defibrillatore impiantabile** 55

Massimo Pandolfi

• *Il pacemaker per l'angina [Elegio Piccolo]* 57

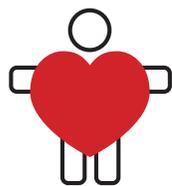
Marche, ultimo Eldorado Filippo Altilia 58

Libri ricevuti 61

Aforismi 62

Pregheira di Sir Robert Hutchinson “ Dalla smania di voler far troppo;
dall'eccessivo entusiasmo per le novità
e dal disprezzo per ciò che è vecchio;
dall'anteporre le nozioni alla saggezza,
la scienza all'arte e l'intelligenza al buon senso;
dal trattare i pazienti come casi
e dal rendere la cura più penosa della stessa malattia,
guardaci, o Signore! ”

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.

Prevenzione: scienza, economia, etica

di Franco Fontanini

La domanda che ci viene posta più spesso è: come va l'infarto in Italia? e la risposta da anni è sempre la stessa: potrebbe andare meglio.

Si muore un po' meno, ma la riduzione non è quella auspicabile e anche l'incidenza della malattia è calata di poco.

Siamo lontani dai risultati ottenuti negli USA e in altri Paesi.

Dobbiamo convincere i nostri connazionali a correggere i loro inveterati errori di condotta che sono il primo passo per la prevenzione delle malattie coronariche.

Le regole sono in genere inascoltate, i divieti rifiutati spesso con insofferenza. Non si tiene nel dovuto conto che l'infarto è una malattia che è possibile contrastare, bisogna individuare i fattori predisponenti, le condizioni che lo favoriscono, le manifestazioni iniziali, i segni spesso silenti che preludono la sua insorgenza, che la gravità dell'attacco, se affrontato tempestivamente può essere contenuta.

Numerose indagini hanno confermato che tutto questo da noi è pressoché misconosciuto.

Consideriamo solo l'alimentazione scorretta, il più comune fattore di rischio e la colesterolemia.



Fin dai tempi di Ippocrate si consiglia di non mangiare troppo, al punto che molte religioni ne fecero un peccato, un santo particolarmente illuminato intuì che i grassi ispessivano il sangue, favorivano le trombosi e le morti subitanee.

Un nostro connazionale, oggi mangia in media quanto i suoi quattro nonni insieme, e circa metà degli abitanti dei paesi industrializzati è in sovrappeso.

Shakespeare disse che gli obesi andavano all'altro mondo prima dei magri, i grassi pagano più cara l'assicurazione sulla vita, le associazioni *Over Eaters* anonime, dopo anni di risultati sconfortanti, hanno chiuso. Nonostante i risultati controversi crescono coloro che, anziché mangiare meno, affrontano il bendaggio gastrico e l'asportazione di pezzi di intestino.

I ciccioni irriducibili statunitensi, per non essere disturbati, si riuniscono nei loro club *Goodesses*, il primo dei quali è nato proprio a *Wall Street*.

Errori, mistificazioni pseudoscientifiche, pubblicità ingannevole rendono difficoltosa l'educazione alimentare, jogging e palestre non bastano, la prevenzione fai da te è spesso erronea, illudersi di risolvere tutto con due pillole ipocolesterolemizzanti al giorno è una credulità diffusissima.

Il *Centro per la Lotta contro l'Infarto* si ripropone di tenere informati, correggere e aiutare da un lato e di incrementare la ricerca dall'altro. Sono operazioni che debbono procedere parallele perché la spesa sanitaria sempre crescente rischia di far venire meno le disponibilità da destinare alla ricerca. Il solo modo per interrompere questo circolo vizioso è la riduzione della morbilità.

Tutti debbono concorrere alla prevenzione in cui è riposta ogni speranza di progresso scientifico.

La cardiologia preventiva è diventata scienza, economia ed etica sociale.

La **Fondazione** ringrazia le Aziende che hanno sostenuto la ricerca scientifica contro le malattie cardiologiche attraverso l'invio dei nostri biglietti di Natale:

- Dr.ssa **Stefania Reina** di **ALLIANZ BANK**
- **F.A.S.I.**
- **SINTESI S.r.l**
- **SRDAI**
- **STRADA DEI PARCHI S.p.A.**



Ictus, nomen omen

di Filippo Stazi

Nomen omen dicevano i latini, il destino è nel nome. E sicuramente non è un caso se lingue diverse hanno utilizzato lo stesso nome per indicare quell'accidente cerebrovascolare acuto che implica l'improvvisa perdita delle funzioni cerebrali. Il latino ictus, il greco apoplessi e l'inglese stroke significano infatti tutti la stessa cosa "colpo". E quando l'ictus arriva, sempre improvviso e spesso impreveduto, è veramente un colpo; un colpo al corpo ma anche, come direbbe il cantante Ligabue, un colpo all'anima, per il rischio che esso comporta di perdita dell'autosufficienza, della coscienza e, a volte, della propria dignità di essere umano.

L'ictus cerebrale è infatti la causa più frequente di disabilità nelle persone adulte ed una delle più frequenti cause di morte. La grande maggioranza dei casi colpisce individui che hanno superato i 65 anni ma, sebbene l'incidenza della malattia aumenti progressivamente con l'età, possono esserne colpite anche persone più giovani. Le manifestazioni cliniche sono dovute al



mancato arrivo di sangue ad una parte più o meno estesa del cervello a seguito dell'occlusione (ictus ischemico) o della rottura (ictus emorragico) dell'arteria deputata all'irrorazione di quella zona. L'eziologia ischemica è quella prevalente ed è responsabile di circa il 90% dei casi di ictus, mentre il rimanente 10% è secondario a fenomeni emorragici. Nell'ambito dell'ictus ischemico, poi, l'occlusione vasale può derivare sia da una trombosi locale che dalla migrazione di un embolo che è generalmente a partenza dal cuore o dalle pareti dei grossi vasi. Poiché l'evento acuto è frequentemente monolaterale ossia avviene o nella parte destra od in quella sinistra del cervello, i sintomi si manifesteranno in genere solo a carico dell'emicorpo controlaterale e possono variare dalla paralisi alla perdita della sensibilità, dai disturbi visivi alle difficoltà del linguaggio o dell'articolazione delle parole.



I casi più gravi possono poi portare al coma od al decesso. In alcuni casi, un tempo classificati come attacchi ischemici transitori (TIA), la sintomatologia è transitoria ed a rapida risoluzione.

Sebbene tali fenomeni non siano responsabili di danni permanenti costituiscono però preoccupanti campanelli di allarme. In genere l'ictus avviene in soggetti con malattia aterosclerotica, ipertensione arteriosa o patologie cardiache embolizzanti quali la fibrillazione atriale e la probabilità che si manifesti aumenta col sommarsi dei fattori di rischio che peraltro sono gli stessi della cardiopatia ischemica vale a dire età, diabete, dislipidemia, obesità, sedentarietà, familiarità, fumo di sigaretta e la già citata ipertensione arteriosa.

Le terapie acute dell'ictus, di cui si tratterà con maggiore estensione in altri articoli di questo stesso numero della rivista, variano a seconda dell'eziologia e comprendono, tra le altre, la terapia antiaggregante e la trombolisi nel caso di uno stroke ischemico ed i trattamenti endovascolari in quelli emorragici.

Purtroppo tali terapie, sebbene abbiano compiuto significativi progressi nel corso degli anni, sono disponibili, a parte l'aspirina, solo nei centri più avanzati e pertanto solo un numero limitato di pazienti può beneficiarne. Ciò rafforza ulteriormente l'importanza della prevenzione che si basa essenzialmente sul controllo dei fattori di rischio. Anche il bravo neurologo, quindi, così come il

bravo cardiologo, ha imparato a sciorinare ad ogni suo paziente la consueta giaculatoria: getta le sigarette, aumenta l'attività fisica, misurati la pressione, cala di peso, controlla la glicemia, abbassa il colesterolo! Con il rischio che il nostro zelante sanitario, vittima dell'automatismo e distratto da altri pensieri, possa anche aggiungere suggerimenti di difficile realizzazione quali scegliati genitori sani e riduciti l'età!

Oltre alle modifiche dietetico-alimentari ed al miglioramento dello stile di vita per la prevenzione dell'ictus è spesso necessario il ricorso a terapie farmacologiche quali la terapia antiaggregante od anticoagulante, quella ipolipemizzante con statine, quella antiipertensiva e quella ipoglicemizzante. Nei soggetti a più alto rischio è poi consigliabile l'esecuzione di un ecodoppler dei tronchi sovraortici esame non invasivo, non impiegante radiazioni e di relativamente facile esecuzione che permette di evidenziare l'eventuale presenza di restringimenti delle arterie carotidiche ossia dei principali rami arteriosi che portano il sangue al cervello. In caso di stenosi asintomatiche o comportanti una ridu-

zione di calibro minore del 70% diventa mandatoria la terapia con statine ed antiaggreganti, in presenza invece di stenosi maggiori del 70% od in presenza di sintomi recenti anatomicamente collegabili alla stenosi indipendentemente dalla sua severità è raccomandata una procedura di rivascolarizzazione chirurgica (TEA, tromboendarteriectomia) o percutanea (PTA, angioplastica percutanea transluminale).

Infine, una volta che l'ictus sia avvenuto, diviene di fondamentale importanza il ricorso ad un percorso riabilitativo che coinvolgendo un team interprofessionale (infermieri, fisiatristi, fisioterapisti, neurologi, terapisti occupazionali, riabilitatori delle funzioni superiori e del linguaggio) miri a favorire il recupero delle capacità compromesse dalla malattia ed a promuovere l'uso delle funzioni operative residue in questo modo riducendo la disabilità del soggetto e facilitandone il suo reinserimento sociale.

Gli anni futuri ci diranno se il progresso medico sarà in grado di modificare la storia naturale e le gravi conseguenze di questa patologia al punto da poterne anche modificare il nome.

La terapia dell'ictus ischemico, "il tempo è cervello"

di Antonio Salerno

La terapia dell'ictus in fase acuta ha oggi a disposizione trattamenti medici ed interventistici forse impensabili fino ad alcuni anni fa che vanno di pari passo all'acquisizione di nuove conoscenze sulla fisiopatologia dell'evento acuto e sulle capacità di recupero funzionale delle cellule neuronali.

Nell'ictus ischemico (stroke per gli anglosassoni) è dimostrabile nell'85% dei casi una occlusione vasale di natura trombotica o embolica, con conseguente morte cerebrale nel "core" dell'area infartuata e sofferenza neuronale della zona intorno al "core" dove le cellule coinvolte sono ancora vitali per la presenza di circoli collaterali; anche questa seconda zona può però rapidamente trasformarsi in infarto.

Al pari di quanto avvenuto in cardiologia per la terapia dell'infarto miocardico acuto anche nel trattamento dell'ictus ischemico si sono rese disponibili le cosiddette terapie fibrinolitiche, ossia dei farmaci capaci di sciogliere il materiale trombotico od embolico responsabile dell'occlusione vascolare acuta. L'obiettivo di tali terapie è il ripristino del flusso cerebrale a livello di quella zona di tessuto ancora salvabile (penombra ischemica) prima che l'infarto si estenda.



Il più studiato tra i farmaci fibrinolitici è stato l'attivatore intravenoso ricombinante tissutale del plasminogeno (per gli amici solo rt-PA) che si è dimostrato efficace nel trattamento dell'ictus ischemico acuto in pazienti accuratamente selezionati entro le prime ore dall'insorgenza dei sintomi. L'approvazione all'utilizzo di farmaci fibrinolitici nell'ictus risale al 1996 negli Stati Uniti mentre è molto più recente in Europa. La prova del beneficio di tali farmaci è risultata dalle metanalisi di quattro grandi studi (NINDS ATLANTIS ECASS I e II) che hanno dimostrato l'efficacia del trattamento fibrinolitico per via endovenosa in termini di riduzione significativa di morte e dipendenza da ictus al termine del follow-up e ciò nonostante l'aumento indotto dalla terapia del numero di emorragie intracraniche secondarie.

In relazione al problema della "finestra terapeutica" (intervallo esordio dei sintomi-trattamento) tutti gli studi confermano che più precocemente viene effettuato il trattamento fibrinolitico maggiore è la possibilità di "salvare" tessuto nervoso e quindi migliore la prognosi. Lo studio ECASS III del 2008 ha dimostrato tuttavia che l'efficacia clinica dei farmaci trombolitici si mantiene fino a 4,5 ore dall'insorgenza dei sintomi.

Non tutti i pazienti affetti da ictus sono candidati alla trombolisi ma è dimostrato (revisione sistematica della Cochrane Collaboration) che l'assistenza al paziente con ictus è comunque superiore se avviene in una struttura dedicata (Unità

di Terapia Neurovascolare o Stroke Unit) rispetto a reparti non dedicati e ciò a prescindere dal tipo di terapia praticata. L'organizzazione ottimale di tali strutture dedicate dovrebbe prevedere un team multidisciplinare coordinato e dedicato alle malattie cerebrovascolari composto da diverse figure professionali (medici, infermieri, fisioterapisti) con competenze specifiche e specialistiche.

Gli enormi progressi in campo di neurodiagnostica interventistica completano oggi il quadro delle possibilità terapeutiche nell'ictus in fase acuta mettendo a disposizione trattamenti di disostruzione meccanica del trombo, possibilità di utilizzo di stent nel caso di occlusioni multiple e introduzione diretta di farmaci trombolitici per via arteriosa (PROACT I II).

Estrema importanza assume nella popolazione la conoscenza ed il riconoscimento precoce dei segni e dei sintomi dell'ictus al fine di rendere pratico l'assunto "time is brain", "il tempo è cervello". La possibilità di poter salvare tessuto nervoso, infatti, dipende fortemente dalla precocità della terapia e quindi dagli interventi messi in atto a partire dal riconoscimento dell'evento per poi proseguire con il trasporto in strutture dedicate che assicurino diagnosi e trattamento in tempi molto rapidi grazie ad una rete assistenziale organizzata a tale finalità.

Molto è stato fatto ma molto altro è ancora da fare. Il futuro ci presenta pertanto una sfida difficile ma che vale sicuramente la pena affrontare.

Ictus emorragico

di Loredana Bove

La terminologia e le classificazioni delle emorragie cerebrali sono tradizionalmente variabili ma vi è generale accordo nel definire spontanee le emorragie nelle quali può essere esclusa una origine post-traumatica o iatrogena quali quelle a genesi ipertensiva o idiopatica. È poi comune la distinzione tra emorragie primarie e secondarie, le une associate a microangiopatia da ipertensione arteriosa o angiopatia amiloide, le altre dovute a malformazioni vascolari, tumori o coagulopatie. Nella pratica clinica, infine, si indica come tipica una emorragia in sede lenticolare la sede classica delle emorragie a genesi ipertensiva e come atipica la localizzazione lobare, corticale o sottocorticale, che sono invece caratteristiche delle emorragie secondarie.

Le emorragie intraparenchimali, ossia quelle che avvengono all'interno della massa cerebrale, rappresentano il 10% circa di tutti gli accidenti cerebrovascolari. L'incidenza aumenta dopo i 55 anni e raddoppia ogni ulteriore decade, oltre all'età i fattori di rischio sono l'ipertensione arteriosa ed i difetti coagulativi patologici (epatopatie e coagulopatie eredi-

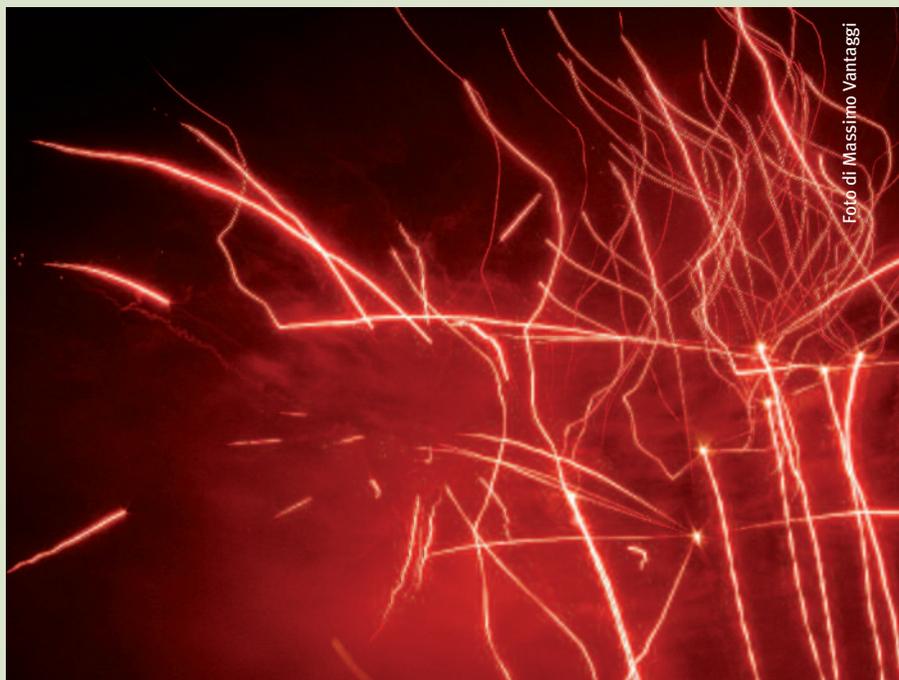


Foto di Massimo Vantaggi

tarie) o iatrogeni (farmaci anticoagulanti o trombolitici). Ulteriori fattori di rischio sono rappresentati dall'abuso di alcool e dall'uso di stupefacenti.

Le emorragie secondarie sottendono spesso la presenza di una malformazione vascolare (aneurismi, malformazioni artero-venose, angiomi cavernosi), meno del 10% delle emorragie intraparenchimali si sviluppano nel contesto di lesioni tumorali. Per quanto riguarda l'etiopatogenesi non vi è dubbio che il sovvertimento strutturale cui va incontro la parete arteriolare nel corso del processo arterosclerotico espone la parete stessa a fenomeni di cedimento. Tuttavia è emerso che in una percentuale significativa di casi la compromissione della parete arteriosa non è dovuta ad un generico processo di invecchiamento ma ad un fenomeno ben preciso: la degenerazione amiloide o amiloidosi cerebrale, un disordine acquisito, strettamente correlato all'invecchiamento, che rimane un fenomeno distrettuale e non accompagnato ad amiloidosi sistemica. Noto e indagato da più tempo è invece il ruolo dell'ipertensione arteriosa, tuttavia è opinione comune che sia l'ipertensione cronica e non il singolo episodio ipertensivo ad aumentare il rischio di rottura spontanea arteriolare (essenzialmente a livello delle arteriole lenticolostriate per rottura di microaneurismi formatisi per effetto dello stress emodinamico); è oggi noto che il danno ipertensivo si esprime sotto forma di una diffusa lipoialinosi sub intimale della parete arteriosa. L'assunzione di sostan-

ze stupefacenti in particolare cocaina e amfetamine può invece indurre emorragie con vari meccanismi: vasculiti, malformazioni e aneurismi. L'associazione tra alcolismo cronico ed emorragie, infine, è meno rilevante e sottende ad anomalie dell'assetto coagulativo secondario ad insufficienza epatica alcool-indotta.

Le iniziali manifestazioni cliniche dell'ictus emorragico sono espressione del danno primario esercitato dallo stravaso ematico sul tessuto cerebrale, le fibre vengono de-piazzate ma non necessariamente distrutte dai coaguli. La causa più frequente di deterioramento neurologico è il persistere del sanguinamento e nei casi con inondazione ventricolare il quadro può essere complicato dallo sviluppo di un idrocefalo ostruttivo. Ai margini del focolaio emorragico inoltre si instaura un danno secondario dovuto ad edema interstiziale, iperemia, perdita di autoregolazione e compromissione della barriera ematoencefalica. Nei casi più tipici l'emorragia determina sintomi neurologici focali, accompagnati da cefalea, vomito, compromissione dello stato di coscienza e aumento della pressione arteriosa. Tale sintomatologia si osserva più frequentemente nei pazienti emorragici rispetto agli ischemici. I deficit neurologici sono naturalmente dettati dalla sede dell'emorragia. Le emorragie in sede tipica, nei gangli della base, determinano un'emiparesi controlaterale di variabile entità accompagnata da emianestesia ed eventuale emianopsia e possono anche essere complicate da afasia

se la sede è nell'emisfero dominante. Le emorragie talamiche possono sconfinare nel tronco dell'encefalo con aggravamento della sintomatologia mentre le emorragie cerebellari possono indurre una sindrome da ipertensione endocranica.

L'esame diagnostico di elezione è la tomografia computerizzata (TC) che oltre all'alto grado di specificità e sensibilità nei confronti della patologia emorragica, ne consente il monitoraggio in modo efficace e riproducibile. In fase acuta la sede della emorragia (tipica o atipica) indirizza verso ulteriori approfondimenti diagnostici per escludere per esempio la presenza di malformazioni vascolari con metodiche di diagnostica angiografica non invasiva come la risonanza magnetica (RM) con sequenze angiografiche e l'angio-TC. Il ricorso alla RM è ad esempio talvolta giustificato dal sospetto che l'emorragia sia avvenuta nel contesto di lesioni neoplastiche o malformazioni vascolari a basso flusso come gli angiomi cavernosi.

La terapia varia a seconda della gravità del quadro clinico. Per i pazienti in coma il primo approccio deve ovviamente mirare alla rianimazione: disostruzione delle vie aeree, supporto cardiorespirato-

rio e controllo dell'ipertensione endocranica che dovrebbe essere contenuta al di sotto di 20 mmHg. In tutti i casi l'ipertensione arteriosa deve essere contenuta per evitare che persistenti rialzi pressori esponano ad ulteriori sanguinamenti.

L'efficacia dei corticosteroidi nel trattamento delle emorragie cerebrali, invece, non è stata a tutt'oggi dimostrata se non in casi di associazione con patologie neoplastiche. Il ruolo della chirurgia nel trattamento delle emorragie intraparenchimali, infine, è oggetto di dibattito e pertanto nella valutazione dell'iniziale quadro clinico e radiologico lo sforzo è quello di discernere in quale misura i sintomi del paziente siano ascrivibili a fenomeni compressivi piuttosto che all'azione distruttiva dell'emorragia.

È inoltre evidente come la sede e le dimensioni dell'emorragia svolgano un ruolo decisivo ai fini della decisione di operabilità o meno, accanto a ulteriori fattori come l'età, le condizioni neurologiche all'ingresso, le condizioni generali e la presenza di patologie concomitanti.

Un caso a parte, in ultimo, è costituito dalle emorragie cerebellari superiori a 3 cm che possono invece costituire un'emergenza chirurgica.

Il “Colpo di Sangue” di Lutero e il “Soffio d’imbecillità” di Baudelaire

di Franco Fontanini

Martin Lutero a sessant’anni cominciò a lamentare mal di testa e vertigini che spesso gli impedivano di leggere e scrivere. Ad uno scabbioso disse: “Potessi cedervi i miei mali di testa prendendomi la vostra rognna lo farei volentieri e in più vi darei dieci fiorini d’oro”.

Come terapia gli erano stati prescritti impacchi alla testa con latte di donna profumato di violetta, alternati con impiastri di midollo di cervo e vermi cotti con zafferano.

Non traendone alcun beneficio decise di curarsi da solo, abbandonò il vino che riteneva la causa delle sue cefalee, sostituendolo con la birra scura di *Witternberg*, ma neppure questo gli giovò.

Interruppe una predica perché aveva il viso congesto, la vista annebbiata e difficoltà di parola. Rapidamente diminuì la forza del braccio e della gamba destra. Il conte professor *Alberto di Mansfeld*, chiamato a consulto, gli portò la medicina più efficace del tempo: la raschiatura di unicorno.

Morì poco dopo mentre gli veniva praticato un clistere caldo. La diagnosi fu “colpo di sangue”; il nobile consulente non disse come si era procurato la raschiatura di unicorno.



Martin Lutero



Charles Baudelaire

Charles Baudelaire cominciò ad avvertire le conseguenze dell'ipertensione arteriosa a 39 anni.

Lamentava mal di testa violenti, ronzio alle orecchie, disturbi visivi, debolezza alle gambe, vertigini e improvvisi dolori precordiali. Due anni dopo scriveva: "Ho sempre vertigini, ed oggi, 23 gennaio 1862, ho avuto un singolare avvertimento: ho sentito passare su di me un soffio d'imbecillità".

Aveva avuto, molto verosimilmente, il primo attacco ischemico cerebrale transitorio.

A 45 anni, nella chiesa di *Saint-Loup a Namur*, cadde a terra. Disse di essere inciampato, ma poco dopo divennero evidenti i segni della paralisi agli arti di destra. Affascinante parlatore visse per un anno articolando solo qualche monosillabo. Morì di ictus nello stesso modo della madre e di un fratellastro.

La *Fondazione* ringrazia per i contributi inviati a sostegno della ricerca cardiologica:

- *in ricordo di Luciano Cottino di Torino:
la Dottoressa Alda Maria Cottino*
- *in ricordo dell'Ing. Bruno Moser di Roma:
i condomini di Via Alfredo Fusco 95*



Foto di Stefano Di Carlo

DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2010

di Cesare Greco



**CONOSCERE
E CURARE
IL CUORE 2010**

Atti
XXVII Congresso del
Centro per la Ricerca
sull'Infarto
Produzione Olibon

a cura di
Francesco Pisci
Firenze, 20-25 Marzo 2010

EDIZIONI URBAN

*L'infarto miocardico dopo la fase acuta:
pochi sanno che la mortalità a due mesi
dalla dimissione raggiunge il 6%*

Un recente rapporto di un importante istituto di statistica nordamericana sulle malattie cardiovascolari conferma che, malgrado il declino della loro incidenza e conseguentemente della loro letalità sia iniziato già negli anni '70, le malattie cardiovascolari rimangono la prima causa di morte negli Stati Uniti; la cardiopatia ischemica, in particolare, causa negli Stati Uniti il 52% delle morti cardiovascolari. Anche in Italia, per quanto la mortalità per infarto miocardico sia di livello inferiore e per quanto anche qui si sia registrata una significativa riduzione della letalità, le malattie cardiovascolari rimangono la prima tra le cause di morte. Negli ultimi decenni sono state investite ingenti risorse da parte di tutti i sistemi sanitari per ottenere una riduzione della mortalità dell'infarto miocardico acuto; su questo obiettivo sono stati concentrati gli sforzi della ricerca farmacologica e clinica e delle stesse società scientifiche, che hanno operato attraverso la stesura di linee guida e l'identificazione di misure di performance delle strutture ospedaliere al fine di un miglioramento dell'assistenza e dell'outcome. Sono state create in molti paesi, tra cui il nostro, reti interospedaliere integrate per l'emergenza coronarica con l'obiettivo di ridurre i tempi di ripercussione ed assicurare al maggior numero di pazienti l'ottimale trattamento interventistico o, comunque, una terapia ripercussiva farmacologica tempestiva. Tale profusione di risorse dovrebbe aver dato risultati lusinghieri nel miglioramento della prognosi immediata ed a

distanza; una analisi sui ben 2.755.370 pazienti con infarto miocardico acuto ricoverati dal 1995 al 2006 negli ospedali americani documenta una riduzione della mortalità globale a 30 giorni dal 18.9% del 1995 al 16.1% del 2006; analogamente la mortalità intraospedaliera si riduceva dal 14.6% al 10.1%. Da questi dati risulta però con chiarezza un inatteso aumento, nel decennio dello studio, della mortalità registrata dal momento della dimissione al trentesimo giorno, che passa dal 4.3% del 1995 al 6% del 2006. Si tratta di un dato “epocale” che impone una riflessione accurata poiché, estrapolandolo teoricamente e proiettandolo negli anni futuri, si verrebbe a verificare il paradosso di una mortalità nel primo mese dopo la dimissione superiore a quella intraospedaliera.

Già in precedenza studi di minori dimensioni avevano evidenziato questa tendenza: in 20550 pazienti del sistema Medicare in 4 stati americani, di età maggiore di 65 anni con infarto miocardico acuto dimessi nei periodi 1992-1993, 1995, 1998-1999, e 2000-2001 il rischio di mortalità intraospedaliera, a 30 giorni e ad un anno si riduceva dal primo all'ultimo periodo di osservazione rispettivamente a 0.75, 0.90 e 0.87; i dati non corretti per le caratteristiche di base evidenziavano però come la mortalità intraospedaliera rimanesse in realtà stabile intorno all'11.6%, mentre quella dalla dimissione a 30 giorni aumentava dal 3.5% al 5.3% e quella dalla dimissione ad un anno dal 16.1% al 18.3%.

Emerge quindi una tendenza che è il risultato di due spinte contrapposte: da una parte il miglioramento descritto dei trattamenti nella fase acuta e dall'altra il peggioramento delle caratteristiche di base della popolazione di infartuati, sempre più anziani e con maggiori comorbidità. L'aumento del rischio di base risulta essere molto ben contrastato nella fase intraospedaliera, mentre lo è stato molto meno nella fase post-ospedaliera in cui l'assistenza cardiologica è meno organizzata. L'incrocio paradossale che ne deriva determina un progressivo peggioramento della prognosi a distanza dell'infarto miocardico. Esso è descritto perfettamente in un recente studio canadese: qui una popolazione di 7733 pazienti con più di 65 anni di età, senza precedenti di scompenso e con primo infarto miocardico veniva seguita per cinque anni, tra il 1994 ed il 2000. Nel corso dei 5 anni la mortalità intraospedaliera si riduceva del 28% mentre l'incidenza di scompenso cardiaco intraospedaliero aumentava del 25%. Il 50% dei soggetti che non avevano presentato scompenso lo sviluppavano nei 5 anni successivi e la mortalità a 5 anni rimaneva sostanzialmente invariata malgrado la forte riduzione di quella intraospedaliera. Sembra quindi che nel mondo ci si debba preparare a fronteggiare nella fase post-ospedaliera un'epidemia di casi di scompenso cardiaco ed un incremento della mortalità, rivoluzionando i criteri organizzativi correnti dell'assistenza cardiologica: ed in Italia?

La prognosi delle sindromi coronariche acute è stata studiata in Italia mediante l'uso di registri regionali o nazionali. Nello studio BLITZ era apparso evidente un sorprendente 2% di mortalità che incideva nella fase immediatamente post-ospedaliera, dalla dimissione al trentesimo giorno. Recentemente però lo studio IN-ACS Outcome, condotto da ANMCO ed Istituto Superiore di Sanità ha arruolato 5869 pazienti di cui 2187 con infarto miocardico ad ST in alto e 3682 con sindrome coronarica acuta senza ST in alto, afferenti prevalentemente a strutture cardiologiche di terzo livello. I dati relativi alla mortalità intraospedaliera si sono fermati al 4.6% per lo STEMI ed al 2.9% per le SCA NSTEMI mentre a trenta giorni si è registrato rispettivamente il 5.9% di mortalità per lo STEMI ed il 3% per le SCA NSTEMI. Si tratta evidentemente di risultati ottimali con percentuali di mortalità molto basse, vicine a quelle registrate negli studi randomizzati e verosimilmente lontane da quelle invece ricavabili dalle schede di dimissione ospedaliera nel mondo reale. Il mondo reale è però esplorato con maggiore fedeltà ricorrendo ai dati dalle schede di dimissione ospedaliera: dei 98817 infarti miocardici ricoverati nel 2004, 8842 (8.7%) sono deceduti nel ricovero indice (2.9% tra i non complicati e 26% tra i 25082 infarti complicati) e 90175 sono stati dimessi vivi. Di questi dimessi vivi il 2.5% è morto in ospedale nei 60 giorni successivi alla dimissione (1.9% tra i non complicati e 4.5% tra i complicati).

Va ricordato a questo punto che la mortalità intraospedaliera sottostima la mortalità a distanza, poiché ad essa va aggiunta la quota di morte improvvisa o comunque la quota di mortalità che si verifica fuori dalle strutture ospedaliere che alcuni recenti studi hanno trovato essere dell'1.2% a trenta giorni.

Aggiungendo quindi la percentuale teorica dell'1.2% alla mortalità ospedaliera ottenuta dai dati del SIO a 60 giorni si ottiene una stima ragionevole della mortalità totale a 60 giorni dopo IMA: questa è del 3.7% nell'intero gruppo e del 5.7% nel gruppo degli infarti complicati, che rappresentano circa un terzo della popolazione globale di infartuati. È ragionevole ritenere che il dato relativo agli infarti complicati sia ancora sottostimato poiché la mortalità extraospedaliera a breve distanza dalla dimissione si concentra maggiormente nei sottogruppi a maggior rischio, ma è tuttavia importante sottolineare che il terzo degli infartuati dimessi vivi che ha avuto un decorso complicato secondo la SDO ha una mortalità a 60 giorni di circa il 6%.

Se andiamo poi a verificare l'andamento della mortalità nel corso del ricovero indice e di quella ospedaliera a 60 giorni in un secondo ricovero negli anni 2003-2004-2006 possiamo notare come, mentre la mortalità intraospedaliera nell'episodio indice si è andata riducendo dal 9.5% all'8.7% come tra il 2003 ed il 2006, la mortalità intraospedaliera a 60 giorni sia rimasta stabile intorno al 2.5%, incrementando conseguentemente in percen-

tuale rispetto alla prima. Impressionante è il numero dei re-ricoveri: tra i dimessi dopo IMA nel 2001 la percentuale di nuovi ricoveri era del 32.2% a 60 giorni e del 55% ad un anno.

È evidente da questi dati come la prognosi nella fase post-acuta e post-ospedaliera dell'infarto miocardico sia nel mondo reale sorprendentemente peggiore di quella che noi cardiologi ci aspetteremmo sulla base dei risultati lusinghieri ottenuti nella fase intraospedaliera. Sembra quindi sensato affermare che noi cardiologi dovremmo cercare di guardare all'infarto miocardico con l'occhio dell'epidemiologo. In un lavoro di un importante gruppo di epidemiologi romani è stato analizzato il destino di una coorte di 12207 soggetti colpiti da infarto miocardico acuto nell'area di Roma nel periodo 1998-2000: di questi 3740 (30.6%) morivano prima di raggiungere l'ospedale; i restanti 8467 venivano ricoverati con diagnosi di infarto miocardico acuto; di questi 1147 (il 13.5%) morivano in ospedale e 7320 venivano dimessi vivi. Tra questi ultimi l'8% moriva nel primo anno dalla dimissione, periodo in cui il 20% si ricoverava nuovamente in ospedale per proble-

mi cardiaci.

Un'osservazione obiettiva di questi dati del mondo reale suggerisce che si debba ripensare all'organizzazione dell'assistenza cardiologica nella fase post-acuta della malattia coronarica. Mentre è infatti difficile agire sulla mortalità pre-ospedaliera per il carattere imprevedibile dell'insorgenza della trombosi coronarica, è invece colpevole non valutare appieno e non cercare di porre rimedio alla futura epidemia di scompenso e letalità post-ospedaliera sopra delineata. Il concentrarsi degli eventi negativi in sottogruppi relativamente poco numerosi suggerisce di creare percorsi assistenziali specifici per i pazienti a più alto rischio; ciò potrebbe essere realizzato creando un collegamento tra le strutture di cardiologia per acuti e quelle dedicate alla riabilitazione cardiologica; la riconversione di una parte delle strutture riabilitative ed il loro collegamento funzionale con le strutture dedicate alla terapia della fase acuta potrebbe consentire, insieme ad uno stretto rapporto con la medicina di base, di riempire un vuoto assistenziale ormai fin troppo evidente e segnalato da sistemi sanitari più efficienti.

Chi dorme non ingrassa?

di Eligio Piccolo

Non c'è dubbio che l'obesità e il sovrappeso stiano arrovellando il cervello dei medici, dei dietisti e conseguentemente dei ricercatori, nel tentativo di risolvere questo annoso problema che minaccia la nostra salute, l'estetica e anche il budget della sanità. Ma quando ci si addentra in tale ginepraio, che coinvolge lo stile di vita delle popolazioni cosiddette occidentali, benestanti, ma anche l'ereditarietà, le deviazioni metaboliche, le ghiandole endocrine e quello che un tempo si chiamava il peccato di gola, rimaniamo spesso con un pugno di mosche perché i rimedi dietetici, farmacologici e addirittura chirurgici finora proposti per risolverlo ci lasciano quasi sempre insoddisfatti e perplessi. Che il divino Poeta abbia dedicato la terza bolgia dell'inferno a questi intemperanti e li abbia condannati alla scarnificazione del corpo da parte del mostruoso *Cerbero* la dice lunga, non solo sulla mortalità del peccato, ma anche sulla complessità dei fattori che lo generano.

Di questa complessità se ne sono resi conto non solo i medici delusi dai risultati terapeutici, ma anche i ricercatori, che sono voluti andare più a fondo, alla scoperta dei meccanismi che regolano le variazioni del peso corporeo. In tale ricerca è emerso un dato che lì per lì parrebbe fare a pugni



con il buon senso: meno si dorme e più si ingrassa. In molti avevamo pensato che ridurre l'attività fisica e psichica, per la quale si spendono più calorie che durante il sonno, dovrebbe invece favorire l'accumulo di adipe. È la sensazione che si ha quando ci risvegliamo intorpiditi dalla pennichella dopo un pasto abbondante.

Orbene, gli esegeti della materia hanno scoperto invece che, non solo le sensazioni di fame, di sazietà e l'accumulo di grasso sono regolati da almeno due ormoni, la grelina che stimola l'appetito e la leptina che dà il segnale di sazietà; ma hanno anche osservato che quando accorciamo il sonno aumenta paradossalmente la prima e si abbassa la seconda. Come dire che riducendo il sonno nelle 24 ore aumenta l'appetito e di conseguenza il peso grasso.

Un recente studio nordamericano (Ann Int Med 2010;153:435) ha voluto andare ancora più a fondo e verificare cosa succede nei soggetti in sovrappeso se, oltre alla riduzione del sonno, diminuiamo l'apporto calorico. Il peso in questo caso si riduce, ma più a spese della parte magra che di quella grassa. Gli autori di tale ricerca non traggono conclusioni azzardate o finalistiche, si limitano a constatare che il problema è complesso poiché è difficile da spiegare per quali ragioni l'organismo in quelle condizioni di digiuno e di minor riposo consumi più le parti nobili del suo corpo che quelle di deposito. Staremo a vedere se le ricerche future confermeranno questi risultati e se potremo consigliare agli obesi, oltre alla dieta restrittiva, un sonno più lungo e ristoratore, onde non perdere muscoli, cuore e reni invece del grasso.

La *Fondazione* ringrazia per i contributi inviati a sostegno della ricerca cardiologica:

- *in ricordo del Rag. Oreste Scavizzi di Roma:
le Signore Santa Marani e Sabrina Filippini*
- *in ricordo di Anco Marzio Zanetti di Zola Pedrosa:
le famiglie Calegari, Montisci e Tagliavini*
- *in ricordo di Antonio Di Sia di San Gimignano:
la Signora Cristiana Margheri*



Foto di Stefano Di Carlo



Cosa ancora non sappiamo sulla genesi dell'infarto?

Intervista ad **Attilio Maseri** e **Francesco Prati**

L'individuazione dei fattori di rischio coronarico è stato un passo in avanti fondamentale. Tuttavia l'infarto può anche verificarsi in chi non ne ha. Perché?

AM > Le nostre attuali conoscenze sono limitate:

- a) I fattori di rischio indicano la probabilità statistica di eventi ma, il 30% degli individui che ha un evento ha un solo fattore di rischio, il 20% non ha alcun fattore di rischio e, di converso, il 70% di individui con 3 o più fattori di rischio muore per cause non cardiache. Inoltre questi fattori di rischio predisponenti non possono dirci se l'evento si svilupperà tra un mese, tra un anno, dieci anni o mai perché non conosciamo ancora gli stimoli precipitanti!
- b) La correlazione tra fattori di rischio e sviluppo di aterosclerosi coronarica è debole.
- c) Anche in tempi precedenti allo sviluppo della prevenzione, dopo un evento acuto, molti pazienti non hanno sviluppato più eventi per anni o decenni: l'aterosclerosi è regredita? Si è stabilizzata? Non ha avuto più stimoli capaci di scatenare l'instabilità?

Con le nozioni e le tecnologie attuali è possibile individuare i soggetti a rischio di infarto?

AM > Per farlo dovremmo identificare i vari stimoli trombotogenici acuti. Nella prevenzione secondaria i farmaci anti-trombotici sono efficaci, ma non in tutti, e con un rischio emorragico: la nuova sfida è la preven-

zione di occasionali stimoli trombotogenici piuttosto che ridurre la risposta trombotica, in modo continuativo.

- a) È accettato che in circa il 70% dei casi l'arteria che, occludendosi, causa l'infarto aveva una stenosi solo lieve o moderata, mentre altre stenosi critiche possono restare stabili per anni e decenni, eppure si impiegano correntemente test provocativi e metodiche invasive per identificare le stenosi critiche per poi trattarle a scopo preventivo!
- b) La rottura di una placca aterosclerotica è una spiegazione di comodo, che non può essere generalizzata perché, all'autopsia, si riscontrano placche rotte in individui morti per cause non cardiache, e non si riscontrano rotture sotto trombi coronarici che hanno portato a morte il paziente.

Possiamo dire che identificare le cosiddette placche vulnerabili è quasi impossibile?

AM > È una possibilità tutta ancora da dimostrare perché le conoscenze delle cause dell'infarto sono ancora troppo speculative. Abbiamo bisogno di studi osservazionali e di studi longitudinali di follow-up per ricercare le caratteristiche specifiche, distintive, delle lesioni che nel futuro diventeranno instabili e che potrebbero non essere le stesse in tutti i casi. Il progetto OPPOSITES è stato disegnato per affrontare questa sfida nella strategia degli studi OUTLIERS.

In che cosa consiste?

FP > Lo studio OPPOSITES è stato concepito per cercare di comprendere meglio gli aspetti fisiopatologici dell'infarto, applicando una tecnica morfologica innovativa (l'*optical coherence tomography*), analizzando la composizione del trombo dell'arteria responsabile dell'infarto e valutando marker bioumorali.

Il disegno è innovativo perché prevede il confronto tra situazioni cliniche che possiamo considerare agli estremi opposti per le manifestazioni dell'aterosclerosi coronarica (massima stabilità ed instabilità):

- 1) grave estensione e severità dell'aterosclerosi coronarica con presenza di angina stabile per mesi o anni, senza mai aver presentato SCA, da un lato;
- 2) presenza nella fase acuta di una SCA solo di modesta aterosclerosi, dall'altro.

Quindi prototipi di OUTLIERS.

È sufficiente "spegnere" l'infiammazione per prevenire l'infarto?

FP > Tra i contributi alla ricerca delle cause dell'infarto forniti dal gruppo del Prof. Maseri c'è l'osservazione che l'infiammazione, (uno stimolo che può essere una componente importante nell'insorgenza dell'infarto specialmente nei pazienti nei quali è preceduto da angina instabile) può interessare l'intero albero coronarico. Rimangono però molti aspetti da chiarire: ad esempio perché nei grandi studi la PCR si correla debolmente con il rischio di eventi infartuali.

Lo studio OPPOSITES può chiarire qualche aspetto?

FP > Sì, individuando segni locali di infiammazione e/o di rottura di placca e correlando la morfologia della placca a markers di infiammazione sistemica, ed alle caratteristiche del trombo aspirato.

Quali altre osservazioni possono scaturire dallo studio?

AM > Una prima domanda che attende risposta è la seguente: nelle SCA, gli stimoli trombogenici che tendono a causare l'occlusione coronarica acuta sono un evento focale, localizzato, occasionale (es. rottura di una placca trombogenica, forse con vari meccanismi), oppure rappresen-

tano "la punta di un iceberg" dove più intensamente si localizza uno stimolo trombogenico coronarico, che è però diffuso anche ad altre placche coronariche? Infine, quanto frequente è il contributo di stati pro-trombotici sistemici occasionali o persistenti nell'insorgere di una SCA?

Albertucci:

Grazie. Siamo fiduciosi che nei prossimi anni lo studio OPPOSITES possa chiarire aspetti così importanti.

Un ringraziamento ufficiale alla Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus e al "Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus" per il supporto dato a questa iniziativa.

Il **Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus** ringrazia vivamente i sostenitori che hanno contribuito a diffondere **Cuore e Salute**, offrendo l'iscrizione ai loro amici:

Leonardo Breschi di Ancona

Guglielmo Bugliotti di Roma

Lorenzo Buonincontri di Capraia a Limite

Maria Luisa Coen di Roma

Margherita Corsi Sacconi di Parma

Francesco Frazzini di Roma

Vincenzo Misiani di Reggio Calabria

Eligio Piccolo di Padova

Paolo Santivetti di Palombara Sabina

Carmen Sciuto D'Arrigo di Roma

Terzina Tuveri di Roma

Enzo Zotti di Padova



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.

La leggenda di Dorando Pietri

A Londra, nel 1908, si svolsero le Olimpiadi in forma grandiosa: 22 nazioni partecipanti, 2070 atleti fra i quali, per la prima volta, 36 donne.

Il re Edoardo VII fece parte della giuria, al successo contribuì soprattutto la rivalità, invero più nazionalista che sportiva, fra inglesi e americani. L'eroe fu un italiano, trionfatore della maratona, subito squalificato, rimasto simbolo dei vincitori morali; in quell'occasione *Pierre de Coubertin*, promotore dei giochi olimpici moderni, pronunciò la famosa baggianata: "L'importante non è vincere, ma partecipare".

La conclusione della gara è ricordata da una fotografia "storica" in cui si vede un ometto mingherlino, alto poco più di un metro e mezzo, le gambe storte che non lo sorreggono più e alla sua destra un uomo col panama e il megafono, preoccupato che il maratoneta possa cadere sul traguardo. Ottantamila spettatori allo stadio *White City* applaudono entusiasti: mai un italiano ha ricevuto tanti applausi dagli inglesi.

L'omino con la bandana bianca, i baffetti neri e i mutandoni color porpora cardinalizia, è un ventitreenne italiano di Carpi, arrivato a Londra una settimana prima in terza classe, che vive con i sette scellini al giorno che gli passa il Comitato Olimpico. È ignoto a tutti, si è allenato da solo e diventerà immediatamente celebre in tutto il mondo.



Stadio di Londra, dove Dorando Pietri giunse primo alle Olimpiadi nel 1908 ma venne subito ingiustamente squalificato



Copertina della Domenica del Corriere, allora il più diffuso settimanale italiano, dipinta da Achille Beltrame, meno drammatica di quanto sia stata la realtà

È un garzone di pasticceria nato per correre come, Forrest Gump dopo l'operazione alle gambe.

A Carpi è già popolare, si racconta che per consegnare una lettera urgente era andato da Carpi a Reggio e ritornato in meno di tre ore e che aveva raggiunto e fermato un cavallo in fuga. Un famoso podista romano andò a Carpi per battere il primato italiano della mezz'ora, nella piazza prospiciente al castello dei Pio, una delle più grandi d'Italia, Dorando diciottenne non resisté, gli si accodò alla partenza e venne fermato dalla giuria pochi metri prima del traguardo: avrebbe vinto, ma evidentemente era scritto nel suo destino di essere privato delle vittorie sulla linea d'arrivo.

Quand'era soldato, venne selezionato per le Olimpiadi di Atene, era tra i primi, ma venne fermato dal mal di pancia poco

prima del traguardo: si sospettò un avvelenamento.

Quando si iscrisse alle Olimpiadi di Londra nessuno credette al tempo che dichiarò, come Abebe Bekila a Roma.

“Vedremo”, commentò Pietri.

Quand'era emozionato si esprimeva a monosillabi.

Il re Vittorio Emanuele volle conoscerlo e gli chiese che cosa volesse: “Un piatto di pasta asciutta”, rispose.

Il 24 luglio, a Londra, era una giornata torrida, Pietri al raduno nel parco del Castello di Windsor vide per la prima volta i più famosi marciatori del mondo che conosceva solo di nome. Anche se ignorato da tutti non perse la fiducia di emergere, era sicuro di sé. Alla partenza lo assegnarono all'ultima fila, quella degli anonimi, una posizione non certo favorevole che tradiva la scarsa conside-

La regina Alessandra proclama Pietri "vincitore morale" e gli consegna una coppa d'oro



razione della giuria, ma neppure questo lo scoraggiò.

Dopo pochi chilometri dall'uscita del parco, dove la principessa del Galles aveva dato il via, faceva già parte del gruppo di testa insieme a tutti i favoriti e procedeva col suo ritmo sempre regolare, poco curandosi degli altri fra i quali, dopo il decimo chilometro si osservavano già numerosi casi di crisi.

Al trentesimo chilometro anche il pellerossa che la maggioranza aveva pronosticato vincitore, cominciò a cedere, un sorso di champagne che avrebbe dovuto rianimarlo, gli tagliò le gambe costringendolo al ritiro. Dopo altri dieci chilometri in testa si era piazzato un altro fortissimo marciatore, Hefferson, un sudafricano acromegalico con gambe lunghe il doppio di quelle di Pietri a causa del quale Dorando commise l'errore tattico che gli fu fatale.

Per un'informazione sbagliata, secondo la quale il traguardo era ad un miglio e mezzo mentre ne mancavano tre, Pietri accelerò l'andatura senza rendersi conto che Hefferson era allo stremo. Era piutto-

sto confuso perché qualche chilometro prima alcuni sudafricani amici di Hefferson, da un'auto lo coprirono di polvere e lo appestarono col gas dello scappamento, finché non venne liberato da un carpiagiano in bicicletta che prese a pugn l'autista.

Poco dopo anche Hefferson crollò di colpo, restando esanime sul selciato.

In prossimità dell'arrivo Pietri era disorientato per lo sforzo del sorpasso; gli resisteva solamente Johnny Hines, un diciannovenne americano già famoso.

Aveva lo sguardo vuoto di chi non riesce più a capire ciò che gli accade, barcollava con le gambe annaspanti, cadde a terra, si rialzò, ripartendo sbagliò direzione, voltò a destra anziché a sinistra, ma riuscì a mantenere la prima posizione.

Il pubblico era tutto per lui, che cadde altre due volte finché tagliò il traguardo, forse appoggiato per un paio di metri al megafonista, in due ore, cinquanta minuti e quarantasei secondi: aveva impiegato quasi dieci minuti a fare gli ultimi trecentocinquanta metri. Hines arrivò dopo 32 secondi.

Venne proclamato vincitore: aveva il volto smorto, gli occhi senza vita. Lo stadio applaudiva soltanto lui, la regina Alessandra lo volle sul palco d'onore e gli donò una coppa d'oro, una signora misteriosa gli regalò il bracciale d'oro che aveva al polso, gli spettatori lo coprono di regali di ogni tipo. Purtroppo la giuria accolse il reclamo degli americani, Pietri, privato della vittoria, venne ricoverato in ospedale.

All'indomani sir Arthur Conan Doyle, il padre di Sherlock Holmes, cronista sportivo del Dayly Mail, in preda all'emozione cadde nella pietà retorica, descrivendo Pietri come "l'unico uomo di oggi degno degli antichi trionfatori del colosseo", "che nessun romano antico seppe mai cingere altrettanto meritatamente il lauro della vittoria alla sua fronte", che "la grande razza latina non è ancora estinta" e così via in un crescendo di elogi per due pagine. Qualcuno insinuò che la dovizia di elogi era dovuta al senso di colpa perché si sentiva responsabile della squalifica avendolo per primo aiutato a rialzarsi. Promosse una sottoscrizione fra i lettori del suo giornale

le a favore di Pietri.

Irving Berlin compose una canzone dedicata al campione sfortunato che fece il giro del mondo.

Dorando Pietri visse come un sogno questa sfortunata avventura, scrisse molti articoli per promuovere lo sport fra i giovani, compilò la prefazione al manuale "La cultura fisica per tutti" edita da The Dr. W.M.Parker Co., per decenni fu l'atleta più popolare del mondo.

Il suo ricordo restò a lungo nel cuore di tutti; quando morì d'infarto a Sanremo il 17 febbraio 1942 a 56 anni, a causa dell'infuriare della guerra, i giornali non dedicarono molto spazio alla notizia: non era più un ex-atleta, faceva parte della leggenda.

Meno scolarità più infarto

Lo studio INTERHEART (Heart 2009), compiuto contemporaneamente su oltre 12 mila abitanti di 52 paesi per valutarvi l'incidenza di primo infarto in rapporto allo stato socio-economico, ha dimostrato che una



scolarità inferiore agli 8 anni (paragonabile alla nostra terza media), comparata ai gradi superiori di istruzione, predice un maggiore rischio di infarto miocardico, soprattutto nei paesi con maggiore benessere. Vi sono anche elencati i vari fattori di rischio (fumo, dieta, obesità, attività fisica, alcool) collegati in qualche modo con questo risultato.

E.P.

Food for Thoughts

Perché leggiamo? La lettura è cibo per i nostri pensieri. Lo dicono gli americani, lo dicevano anche i sumeri più di tremila anni fa. È dal confronto con le opinioni degli altri che nascono nuove idee, nuove ipotesi, nuove opportunità.

Food for thoughts è una nuova rubrica di *Cuore e Salute* che nasce per offrire un momento di riflessione su opinioni forti e anche controverse. Oggi propone, riscritto in italiano, un editoriale apparso il 29 settembre 2010 sul quotidiano *The Examiner*.

Da:



Bill Clinton's vegan diet

How he's reversing heart disease and losing weight

by Jane Buhler

La dieta veganiana di Bill Clinton

Come l'ex presidente sta invertendo il corso della sua malattia di cuore perdendo peso

di Mario Albertucci

Si parla sempre molto di diete e ricette miracolose per perdere peso, in genere seguono una tendenza o una moda spinta da forti interessi economici e reclamizzata da questa o quella star del cinema. Ma la dieta vegetariana è con noi da millenni, i nostri antenati più remoti non ne potevano fare a meno, anche perché era la loro unica alternativa e poi hanno imparato a cacciare.

Questo controverso articolo ci fa riflettere sui possibili benefici di un cambiamento dello stile di vita un po' drastico.

Wolf Blitzer (un noto giornalista televisivo della CNN) ha intervistato recentemente Bill Clinton.

L'intervista si è occupata non solo dello stato dell'economia e della situazione internazionale, ma anche della recente significativa riduzione di peso dell'ex presidente e del suo stato di salute notevolmente migliorato.

Clinton ha ammesso di aver perso circa 12 chilogrammi seguendo una dieta essenzialmente a base di piante. Il presidente ha dichiarato che il cambiamento delle sue abitudini alimentari è stato stimolato da uno studio molto autorevole che riportava come l'82% delle persone analizzate che seguivano la sua stessa dieta dimostrava una regressione del-

l'aterosclerosi e che il risultato era stato supportato da un follow-up di 25 anni.

L'ex presidente ha specificato che la sua dieta consiste di fagioli, altri legumi, frutta e vegetali vari e che il latte animale viene sostituito con il latte di mandorla.

Blitzer ha poi intervistato due dei medici di Clinton, il dottor Caldwell Esselstyne cardiologo della *Cleveland Clinic* ed il dottor Dean Ornish.

Il dottor Esselstyne ha esordito con una frase ad effetto: "L'aterosclerosi non dovrebbe esistere, ma se esiste non c'è nessuna ragione che progredisca".

Esselstyne ha poi ribadito la fantastica capacità che il nostro organismo ha di "guarire" se stesso se stimolato appropriatamente. Il cardiologo ha poi aggiunto "mangiando cibi integrali ed evitando quelli conservati e trattati, evitando i latticini e tutto ciò che abbia una madre o una faccia (carne, pesce e pollame) è incredibile quanto potere possiamo dare al nostro organismo".

Continuando il dottor Esselstyne ha spiegato che dallo studio autoptico dei giovani soldati caduti in Corea è stato evidenziato come circa l'80% di essi manifestasse segni evidenti di aterosclerosi delle arterie del cuore, visibili anche senza il microscopio, e si è quindi chiesto il motivo per cui continuare a nutrire i nostri figli con cibi che sappiamo essere dannosi. Il dottor Esselstyne ha sostanzialmente le sue affermazioni rivelando che lui stesso segue una dieta strettamente veganiana (priva di qualsiasi sostanza animale) che elimina tutte le

carni, il pesce, i latticini e l'olio.

Il dottor Ornish ha usato questo paragone "cercare di fermare l'aterosclerosi senza cambiare abitudini alimentari è come cercare di asciugare il pavimento intorno a un lavandino da dove continui ad uscire acqua". Ornish ha spiegato come i farmaci e le tecniche chirurgiche come il bypass delle coronarie a cui l'ex presidente Clinton è stato sottoposto trattino solo i sintomi, mentre invece l'eliminazione dalla dieta dei cibi che sono dannosi per il sistema cardiovascolare rimuove la causa della malattia con l'effettiva possibilità di far regredire l'aterosclerosi. In questo modo tutti gli organi del corpo ricevono più sangue mettendo in atto quel meccanismo anti-invecchiamento che procura un senso di benessere.

Queste sono affermazioni molto pesanti specialmente se consideriamo che vengono da un ex presidente e dai suoi medici. Anche se cambiamenti drastici ed improvvisi della dieta possono essere difficili da ottenere per la maggior parte delle persone, il cambiamento non deve essere inteso come o tutto o niente.

Cambiare gradualmente è più facile.

Poichè sono in gioco la salute e la qualità della vita, molte persone hanno iniziato con convinzione la dieta che il dottor Esselstyne, il Beatle Paul McCartney e numerose altre celebrità seguono da molti anni. Molte persone cominciano ad osservare il "lunedì senza carne" e gradualmente aggiungono altri giorni senza carne alla loro settimana. Altri preferi-

scono sostituire le ricette tradizionali con quelle vegetariane una portata alla volta o un pasto alla volta. Quasi tutti sono sorpresi di come siano gustose le ricette vegetariane e di come sia sempli-

ce iniziare a cambiare dieta un piatto alla volta.

L'incoraggiamento finale del dottor Ornish è "se trasgredisci un giorno ... mangia bene il giorno dopo".

Certo noi italiani abbiamo imparato ad usare molti elementi vegetali nella nostra cucina mediterranea che a buon diritto è diventata "patrimonio dell'Umanità" proprio per le sue doti terapeutiche. Anche la Religione ci ha insegnato che non far uso di carne un giorno alla settimana è un buon "fioretto". E, infine, varie evidenze scientifiche suggeriscono che in effetti modificazioni alimentari drastiche possono portare a regressione o non progressione dell'aterosclerosi. D'altro canto è sempre opportuno evitare ogni forma di integralismo, sia pure di natura alimentare. È quindi proprio il caso di dire "food for thoughts" ...



Nel 2009 sono state registrate 295 morti contro le 288 del 2008.

I pedoni morti sono stati 648 con un aumento del 3 per cento, i ricoverati 20.236 appena 1,5 per cento in meno.

Siamo lontani dagli obiettivi che la Carta Europea per la Sicurezza Stradale si prefigge.

Ce lo ricorda **Basta un Attimo**, che svolge la Campagna Nazionale sulla sicurezza stradale e contro le stragi del sabato sera.

Lettere a Cuore e Salute

ANNIVERSARIO

Nell'ultimo numero del 2008 di Cuore e Salute che aveva in copertina Bartali e Coppi che si scambiavano la borraccia, diventata simbologia della lealtà fra rivali, venne pubblicata la risposta di Prati ad un lettore (un ammalato modenese che volle restare anonimo) in cui annunciava, il suo addio, dopo sessant'anni, alla professione per la quale era vissuto: il dottore non visita più. La sconvolgente previsione era la prognosi, come sempre esatta, della malattia dalla quale si sentiva sconfitto.

Nel primo anniversario della morte ci sono state molte testimonianze che il Suo ricordo è vivissimo.

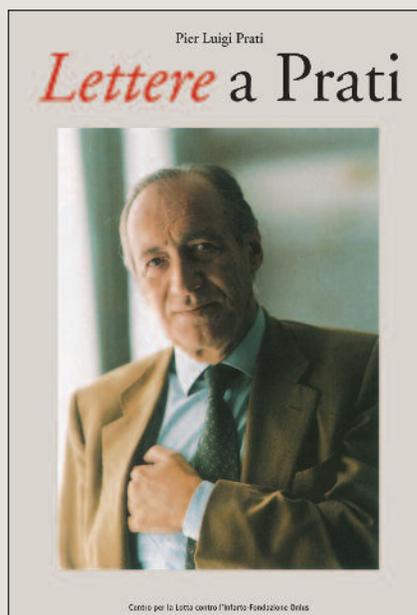
Il collega Alfredo Giordano di Roma ci ha invitato a ripubblicare nell'occasione, quella lettera che può essere considerata un testamento morale.

Accettiamo, ringraziandolo, il Suo invito.

D. Il dottore non visita più

Caro Prof. Prati, circola la notizia che Lei sta maturando l'idea di interrompere la professione medica. Ci interesserebbe sapere se è vero e come Lei è giunto a questa importante ed inaspettata decisione. Sono molti i motivi che mi spingono a questa domanda, ivi compreso quello di essere un fedele ed affezionato paziente oltre che lettore di *Cuore e Salute*.

R. Il 10 luglio 1952, a Modena, faceva un gran caldo. L'abituale fenomeno stagionale, io lo avvertivo in modo particolare perché, con passo affrettato, stavo raggiungendo l'Università per discutere la tesi di laurea in Medicina. Finiva l'epoca della



scuola ed iniziava quella della sospirata professione. Finiva anche - almeno lo speravo - una giovinezza abbastanza malinconica. I principali motivi di scontento retrospettivo concernevano una guerra che aveva rovinato quelli che avrebbero dovuto essere gli anni più gioiosi, un eterno conflitto con il mio corpo nei confronti del quale nutrivo una sostanziale insoddisfazione, infine il modo insoddisfacente con il quale avevo vissuto il periodo scolastico, soprattutto l'Università, antiquata, teorica e poco colta. Mi guardavo intorno e non potevo gioire di una situazione che mi aveva portato a vestire parecchie divise, compresa quella di balilla, senza dividerne mai interamente l'ideologia.

Dopo una fase decisamente obliqua della mia vita, comincio a fare il dottore con la convinzione di avere infilato finalmente la strada giusta. Le prerogative della medicina, ivi compresa quella cardiologia sulla quale era caduta la mia scelta specialistica, mi dette l'aspettata soddisfazione che prova chi si dedica ad un lavoro lungamente desiderato. Le mie tappe culturali e di approfondimento, a Milano, Barcellona, Città del Messico non ebbero mai l'impronta del sacrificio quanto il realizzarsi di un programma prediletto. Anche le mie tappe professionali, dall'Università di Modena all'Ospedale Cardiologico di Ancona ed all'Ospedale San Camillo di Roma, furono vissute come eventi gioiosi e molto graditi. Il mio lavoro di medico l'ho fatto con molto impegno ed oggi, avviandomi a lasciarlo, rivedo le montagne di lettere dedicate a tanti cardiopatici veri o presunti, le infinite scalette che mi permisero altrettante relazioni congressuali nelle sedi più disparate. Ricordo che, interrogato su cosa ne pensassi della vita ospedaliera, risposi di "aver vissuto nell'ospedale e per l'ospedale, di aver gioito nell'effettuare la visita di controllo ai ricoverati alla domenica mattina, nel trovare una cartella ben tenuta, nel districarmi in una diagnosi difficile strappata alla ennesima rimediazione anamnesticca, nel liberare un corridoio da letti indecorosi, nell'incontrarsi dopo cena per proseguire una ricerca scientifica, nell'aver convinto qualcuno che ai vecchi non si deve dare del tu, né chiamarli "nonno", né trattarli con sufficienza". Non so quanto ci sia di giusto in simili regole di vita e di lavoro ma io mi ci sono trovato molto bene. Ho cercato anche una linea narrativa, soffermandomi

sulla “Nostalgia di baroni”, un breve libro scritto a quattro mani con il Prof. Fontanini e sulle qualità spesso ignorate delle donne medico nell’articolo intitolato “Le Dottoresse”, scritto negli anni ’90.

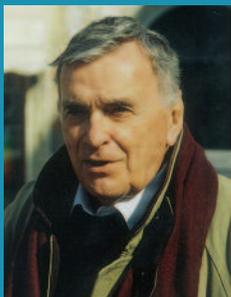
Il 4 maggio 2007, non ricordo se facesse caldo o freddo, ma ricordo chiaramente che compivo 80 anni e che, per la prima volta, mi stavo interrogando sulla ragionevolezza di smettere di fare il medico per non incorrere in situazioni che compromettessero la dignità professionale ed il rispetto degli impegni presi cinquanta anni prima. Sarebbe stato un po’ triste smettere di visitare, rinunciare ai rapporti stretti con il proprio ammalato, comunicare a tutti che era giunto il momento di salutarci. Ma era giusto fare così perché non vedevo più il modo di essere pienamente utile alla gente e di riscuotere da loro quella fiducia alla quale ho sempre aspirato.

Il 2 ottobre 2008 ho visitato l’ultimo paziente, con lo stato d’animo di chi non farà più il dottore e si limiterà ad incontrarsi con tutti gli amici che lo vorranno, per discutere, anzi chiacchierare, sui loro mali passati e presenti. Sarà di conforto mantenere la direzione di Cuore e Salute e la collaborazione all’organizzazione del congresso annuale Conoscere e Curare il Cuore.

La mia ultima paziente è stata una anziana signora, gravemente ammalata di cuore, che presentava importanti affezioni extra-cardiache.

Mi ripromettevo di dissuaderla dal suo proposito di sottoporsi a sostituzione della valvola aortica per via percutanea e di convincerla ad accettare i più conosciuti rischi e le migliori prospettive, scegliendo un intervento a cuore aperto che le avrebbe permesso il contemporaneo by-pass aorto-coronarico. Alla fine della consueta lettera per il medico curante, io raccontai alla signora che si trattava della mia ultima visita e che speravo di essere riuscito ad eseguirla dignitosamente. Ai medici che avrebbero preso il mio posto, dicevo tutta la mia fiducia ed anche un briciolo di invidia.

Mi è parso che, alla fine, fossimo tutti un po’ commossi: io, la paziente e la segretaria cui avevo dettato la lettera.



Quaderno a Quadretti

di Franco Fontanini

LE CORNA NON FANNO PIÙ RIDERE

Carlo Goldoni sosteneva che le corna sono uno dei trenta argomenti che, in teatro, funzionano sempre.

Oggi non più; l'ultimo a provarci è stato Berlusconi, ma neppure lui ha avuto successo.

Oggi non usano più le foto di gruppo con quello che fa le corna a chi gli sta davanti, né le partite di calcio estive fra scapoli e cornuti in voga nei paesi dell'Emilia.

A Napoli le corna restano immutate come millenaria panacea contro la jettatura, e mettono in gioco la scadente virilità di un marito, responsabile delle evasioni della moglie.

Verosimilmente il fascino *o malocchio o jettatura* non si estingueranno mai: il mago Cagliostro, prossimo a morire a San Leo, pronosticò che la superstizione non finirà mai e gli scongiuri esisteranno sempre.

A niente servirono le invettive di Pico della Mirandola al tempo di Lorenzo il Magnifico, nello staff del presidente Reagan c'era fissa una pitonessa, il nostro Ciampi faceva sovente le corna come scongiuro, Giovanni Leone le faceva con entrambe le mani.

A volte è stata auspicata l'istituzione di cattedre universitarie di superstizione, non solo a Napoli. Un'equipe di psichiatri dell'*Università del Galles* ha segnalato che le persone jellate sono quasi altrettanto numerose di quelle oggi sofferenti di depressione, e che entrambe le condizioni sono spesso coesi-



stenti nella stessa persona, verosimilmente causate dallo stesso gene.

Nel *Baylor College of Medicine* di Houston è stato rilevato che la predisposizione agli atteggiamenti superstiziosi di molte persone è provocata da fenomeni biochimici, in particolare da una cronica elevazione del tasso di dopamina, e si ricercano anche farmaci contro la jettatura, ma lo scetticismo è diffuso, dando ragione ai napoletani i quali sono convinti che per la jettatura non ci siano medicine all'infuori delle corna. Molto spesso si pensa che malocchio e jettatura siano la stessa cosa, ma per i napoletani non è così.

Il malocchio è un maleficio volontario dal quale ci si può difendere, a differenza della jettatura che è involontaria e senza possibilità di difesa. Secondo gli esperti entrambe provengono dagli occhi e c'è chi si vanta di saper riconoscere lo sguardo dello jettatore. All'origine sia del malocchio che della jettatura ci sarebbe l'invidia condannata per primo da San Paolo.

Non si sa dove siano nate le corna, certamente non a Napoli, perché cornetti antijettatura sono stati ritrovati in tombe etrusche, nell'antica Grecia, a Micene e a Creta. In un decreto di Galeazzo Sforza del 1475, rivolto a moralizzare la vita pubblica milanese c'era il divieto del gioco d'azzardo, della bestemmia e di fare le corna, che erano del tutto sconosciute dagli anglosassoni e dagli scandinavi.

Gli esperti distinguono due tipi principali di corna, quelle verticali, le più antiche, con significato prevalentemente

protettivo, e quelle orizzontali che hanno significato esclusivamente offensivo, di insulto, derisione e di sfida fin dall'antichità. Oggi sopravvivono come gesto di scherno fra gli automobilisti che si sorpassano con prepotenza.

Da tempo non si usa più dare del cornuto all'arbitro, ma molti antropologi affermano che il gesto delle corna orizzontali come scongiuro, guadagni terreno nel mondo, e ritengono che sia una manifestazione della paura recondita in crescita nell'umanità di oggi.

L'origine più accreditata è quella che attribuisce l'origine delle corna ad un imperatore bizantino di nome Andronico, quasi certamente il secondo, grande amante della vita mondana, che aveva una corte affollatissima di nobiluomini tutti con mogli bellissime.

Poiché giudicava di cattivo gusto corteggiare una dama in presenza del marito, trovò un modo più elegante: disponendo di una riserva di caccia personale ricchissima di selvaggina, concedeva a turno ad un cortigiano il permesso di andare per due giorni a caccia e di uccidere un grosso cervo, la preda maggiormente ambita.

Superfluo spiegare il motivo della concessione: al suo ritorno il cortigiano veniva insignito del titolo di *Gran Cacciatore* e godeva del privilegio di mettere in mostra le corna del cervo abbattuto all'ingresso del proprio palazzo. Il popolo, con non celata ironia, li battezzò gran cornuti, soprannome, che acquistò carattere offensivo e irrisorio, ed ebbe

fortuna in gran parte del mondo. Oggi non lo si usa quasi più e frasi come “avere più corna che capelli” oppure “avere le corna a sette piani” non sono più vigenti perché non fanno più ridere.

A Parma, dove un tempo era molto diffusa la frase conclusiva, “ecco fatto il becco all’oca e le corna al podestà”, si racconta che un podestà evidentemente con la coda di paglia, chiese ad un amico avvocato se non fosse possibile vietarla. L’avvocato lo dissuase: “Se qualcuno lo dice di te, tu dagli una cornata”.

Non ci sono amuleti né talismani che tengano. Gli specialisti fanno differenza anche fra i due rimedi.

Il talismano in genere rosso, è ancora diffuso, perché si vuole che porti anche fortuna. Il più singolare che si conosca, e anche il meno gradevole, non è fatto di corallo, bensì con un’unghia regale, quella del mignolo di Vittorio Emanuele II il quale era solito farsela crescere per un anno, dopodiché la tagliava, la faceva incastonare in oro e diamanti e la donava all’amante di turno quando la relazione compiva l’anno, evenienza non molto frequente.

Non si sa quanti di questi amuleti ci siano in circolazione, perché vengono custoditi con segretezza: si conosce solo la quindicesima unghia, quella donata alla celebre Rosina, che molti collezionisti comprerebbero a qualunque prezzo.

Per il malocchio restano solo le corna, in decadenza, prive di efficacia e ormai anche di umorismo, ma senza alternative.

L’IMPAREGGIABILE DUCA DI VENTIGNANO

Si dice che a Napoli gli iettatori crescano più numerosi che altrove, non a caso è napoletano quello che viene considerato il più celebre iettatore di tutti i tempi: un duca di Ventignano, almeno così lo chiama il suo più illustre biografo, Alessandro Dumas padre che assicurò di aver accolto solo le notizie controllabili.

La madre del duca morì nel partorirlo, ma portava jella già durante la vita intrauterina perché il padre, ambasciatore dei Borboni alla corte di Firenze, alla notizia della sua prossima nascita andò a casa per stare vicino alla moglie e perse il posto per non aver chiesto l’autorizzazione.

Allevarlo fu assai arduo: tutte le balie, appena lui si attaccava al seno, perdevano il latte.

Durante l’adolescenza, ogni volta che gio-



Alexandre Dumas padre

cava con i coetanei, provocava incidenti e vere disgrazie per cui tutti cominciarono ad evitarlo. Nessuna voleva viaggiare con lui: immancabilmente un cavallo si imbizzarriva, le redini si rompevano o la carrozza perdeva una ruota.

Quando entrò in seminario, tutti i giovani ai quali venne presentato, furono colpiti da gravi attacchi di asma.

Per il noviziato venne mandato nel monastero di Camaldoli e nel giorno successivo al suo arrivo giunse l'ordine della Repubblica partenopea che aboliva l'ordine. La sua fama di iettatore si era ormai diffusa a Napoli e tutti al suo nome facevano i doverosi scongiuri.

Un suo fratello per difenderne l'onorabilità, sfidò a duello un accusatore più sfrontato degli altri, mal gliene incolse perché fu colpito mortalmente al primo assalto.

Nonostante la fama sinistra e sebbene fosse un religioso, ebbe una figlia bellissima, il giovane che la sposò divenne impotente nel giorno di nozze e non recuperò più. La sua presenza al San Carlo coincise con l'incendio del teatro.

Nel luglio 1789, il duca si recò a Parigi: pochi giorni dopo il suo arrivo scoppiò la Rivoluzione Francese.

L'ultima data importante nella sua biografia è del 1823 quando venne ricevuto in udienza da Papa Pio VII che all'indomani morì improvvisamente.

Iettatori a Napoli ne sono nati molti e, a detta degli esperti, ne nasceranno sempre, ma come il duca di Ventignano, morto a 94 anni, non ce ne saranno altri.

CONVERSAZIONI

L'arte della conversazione non è più di moda, non usa più dialogare, all'occorrenza si grida.

All'ultima regina del bon ton Lina Sotis, stanno cadendo le braccia, probabilmente pensa alla pensione.

L'inizio del declino non è recente.

Montanelli venne mortificato a Parigi da una signora che gli disse: lei è un uomo ricco di fascino, sarebbe perfetto se sapesse conversare. Peccato.



Montanelli restò particolarmente deluso perché fino a quel momento aveva parlato per impressionare favorevolmente la signora che, oltre ad essere la padrona di casa che l'aveva invitato per la prima volta, era anche una signora molto avvenente.

Nel corso della serata riuscì a farsi spiegare il motivo di quel severo giudizio.

La signora glielo disse chiaramente: "Lei finora non ha conversato, ha fatto una bella conferenza per darsi ragione".



Skoda Octavia, 1959

MISTERIOCRAZIA

Gli antichi teologi definivano “misterio” le verità trascendenti rivelate da Dio, inaccessibili all’intelligenza umana.

La misteriosofia era la scienza iniziatica, e la misteriocrazia la sua applicazione furono definite nel Concilio Vaticano I, nel 1870, dopo la proclamazione del dogma dell’infalibilità pontificia.

L’aspirazione alla misteriocrazia era evidente anche in medicina: trattati e tesi di laurea erano scritte in latino.

A infrangere la tendenza fu il professor

Skoda, cecoslovacco, clinico medico di Vienna, il primo a tenere le lezioni in tedesco, lingua che parlava con qualche difficoltà, rimasto famoso perché dette tutti i suoi guadagni al fratello meccanico perché costruisse automobili.

I termini medici dovevano essere il più possibile arcani, di matrice latina, greca o araba.

Non è da escludere che sia da attribuire alla misteriocrazia anche la grafia dei medici ostinatamente illeggibile.

In Gran Bretagna, a metà ottocento, si andò ancor più in là nel mistero: circolavano ricette con una sigla ermetica: A, D, T, incomprensibile per i pazienti, ma ben chiara per i farmacisti, Any Dammed Thing che, liberamente tradotto, vuol dire “quel diavolo che ti pare”.

La *Fondazione* ringrazia per i contributi inviati a sostegno della ricerca cardiologica:

- *in ricordo di Gianluca Franchini di San Giorgio di Piano - Bologna:*
 - *la moglie Sandra, gli amici e parenti della Famiglia*
 - *le Famiglie Ansaloni, Banchieri, Contini, Monti, Paltrinieri, Passerini, Regazzi, Rubini, Sarti, Soglia, Stefani, Tosi e Turrini*
 - *la Famiglia Luciano Cumani - i Signori Mafalda, Serena, Marisa ed Ivan Cumani - il Signor Vittorio Fortini - il Signor Sergio Pazzaglia*
 - *i Signori Roberto e Vanna Scarinci.*
 - *i Docenti della V/C del Liceo Copernico - The Good 40016 di San Giorgio di Piano*
 - *i Commercianti di San Giorgio di Piano - i Commercianti e Condomini di via Lame dal n. 194 al n. 208 di Castel Maggiore - i Condomini di Via Vitale da Bologna 2 di Bologna*



Foto di Stefano Di Carlo

La rivincita del ventricolo destro

di Eligio Piccolo

Quando quelli della mia generazione si sono formati alla cardiologia non tutto era così chiaro come oggi, ma un concetto credevamo di averlo afferrato: che il ventricolo destro era molto più piccolo e meno importante del sinistro perché pompava il sangue solo verso i polmoni per ossigenarsi, quindi con regimi di pressione inferiori di quattro o cinque volte rispetto al sinistro. E inoltre che soltanto alcune rare patologie congenite, come il *Fallot*, lo potevano rendere protagonista di malattie serie e di interventi chirurgici impegnativi. Non che lo si trascurasse nella diagnostica, ci mancherebbe, ma l'attenzione si concentrava sulle ripercussioni che su di lui aveva il ventricolo sinistro quando era malato e insufficiente, quasi una spia di ciò che accadeva a sinistra e



Teatro anatomico
di Padova

quindi dello stato di gravità della parte principale del nostro cuore. In fondo le malattie che ci impegnavano di più erano anche allora le coronariche, le valvolari, l'ipertensione, le cardiomiopatie, tutte coinvolgenti quasi solo il ventricolo sinistro.

Con il passare degli anni e anche di generazioni, e con il progredire degli esami diagnostici, il povero e negletto ventricolo destro si è fatto via via sentire e ha presentato il conto, che è piuttosto salato. Il primo segnale è partito dal Veneto, da Padova, dove qualcuno ha messo in rapporto alcune alterazioni dell'elettrocardiogramma, apparentemente banali, con la morte improvvisa di persone giovani, magari atleti. Il patologo, incaricato di analizzare quei cuori, ha scoperto che il loro ventricolo destro si stava trasformando in grasso e, pur non alterando la geometria globale del cuore, quei pochi grammi di adipe mescolati alle cicatrici conseguenti davano origine a fibrillazioni ventricolari, le aritmie che se non si risolvono subito arrestano la vita. La malattia si chiama oggi cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro e per non far torto ai tanti ricercatori che hanno contribuito a farla conoscere nel mondo nominerò solo colui che dall'ECG trasse l'idea, il veneziano Andrea Nava e l'anatomico che descrisse alla maniera di Morgagni le lesioni in coloro che non avevano fatto in tempo a curarsi, il vicentino Gaetano Thiene.

Questa malattia, pur endemica nel nostro Veneto per ragioni genetiche, è tuttavia rara altrove, mentre non lo è affatto un'al-

tra, che può colpire il cuore destro indirettamente, l'embolia polmonare. Una patologia certamente antica quanto il mondo, ma che la diagnostica e la tecnologia attuali hanno consentito di scoprire in un numero sempre maggiore di pazienti. Nei quali una banale tromboflebite delle gambe o un intervento chirurgico alla coscia o all'addome, superati brillantemente, potevano essere seguiti da una crisi acuta di cuore e anche dalla morte inaspettata. Sono casi che fanno gridare alla malasantità, pur avendo il medico fatto il possibile per evitarle. Si tratta dell'improvviso arrivo ai polmoni di un coagulo, che si era formato e staccato laddove un'infiammazione venosa o l'intervento chirurgico l'avevano provocato. Questo proiettile che, dopo essere transitato per le grandi vene e per il ventricolo destro, va a finire nei polmoni, scatena un'improvviso sovraccarico di quel ventricolo, per sua natura non attrezzato a sopportarlo. Oggi, come ho detto, siamo spesso in grado di prevenirla e di curarla, ma l'imprevisto è sempre in agguato.

A pochi anni di distanza dalla forma aritmogena del Veneto, i fratelli Brugada di Barcellona hanno segnalato un forma simile per le conseguenze aritmiche a partenza dal ventricolo destro, compresa la fibrillazione ventricolare, ma con un quadro elettrocardiografico distinto e senza la degenerazione grassa del ventricolo. Anzi con un cuore apparentemente normale, perfino dopo autopsia. È un'altra malattia subdola e temibile, molto più diffusa nel mondo, specie in

Asia, e sulla quale i cardiologi si stanno sempre meglio attrezzando per individuarla e per definirne i gradi di rischio. Sia questa che quella veneta, nonché altre forme benigne di tachicardia ventricolare, si accompagnano spesso nelle fasi quiescenti (come segnalano un gruppo di ricercatori italiani sul JACC di ottobre 2010) ad extrasistoli apparentemente innocenti, ma che possono essere una spia. Si è arrivati quindi al paradosso che, mentre prima davamo più valore alle extrasistoli di origine dal ventricolo sinistro quali possibile indizio di una sua malattia coronarica o del musco-

lo, oggi dobbiamo prestare forse più attenzione a quelle che l'ECG ci indica provenienti dal ventricolo destro.

L'orizzonte si allarga quindi e con esso l'impegno medico, ma ci conforta il fatto che se uniamo tutti questi segnali apparentemente dispersivi con le valutazioni cliniche che ci arrivano parlando con i malati, con i loro familiari e dialogando con le informazioni mediche oggi disponibili attraverso i mille canali di aggiornamento, riusciamo ancora ad essere veri medici come i tanto decantati clinici del passato, cui solo un privilegiato intuito consentiva di vedere lontano.

I centenari maschi vanno meglio

Uno studio geriatrico dell'Università di Boston (Arch Intern Med 2008;168:277), comparando uomini e donne centenari, ha osservato che le capacità cognitive e la prestanza fisica dei maschi erano migliori di quelli delle compagne. Peccato, direbbe un Woody Allen, dover aspettare tanto.

E.P.



Foto di Paolo Cirrnia

Conoscere e Curare il Cuore 2011

Firenze, Palazzo dei Congressi

4 - 5 - 6 marzo 2011

Coordinamento
Francesco Prati

Segreteria
Alessandra Tussis

VENERDÌ 4 marzo

I SESSIONE

MODERATORI Mario Motolese, *Roma* • Marino Scherillo, *Benevento*

8.00 Registrazione

8.45 Saluto ai partecipanti

9.00 **Il by-pass a cuore battente. Riduce il rischio operatorio a parità di efficacia?**
Ottavio Alfieri, *Milano*

9.15 **Ipertensione polmonare: diagnosi e terapia.**
Nazzeno Galiè, *Bologna*

9.30 **Statine e prevenzione primaria nella donna: che cosa ci insegna lo studio JUPITER?**
Gian Piero Perna, *Ancona*

9.45 **Genetica e cardiopatia ischemica: il legame si fa più stretto.**
Diego Ardissino, *Parma*

10.00 Discussione

10.30 Intervallo

11.00 - 11.30 **LETTURA** **Trent'anni di cardiologia interventistica**
Antonio Colombo, *Milano* • Introduzione di Francesco Versaci, *Roma*

II SESSIONE

MODERATORI Mario Albertucci, *Roma* • Giancarlo Piovaccari, *Rimini*

11.30 **Ferrara: città della prevenzione.**
Roberto Ferrari, *Ferrara*

11.45 **Trapianto di cuore. Cos'è cambiato dai tempi di Barnard?**
Ugolino Livi, *Udine*

12.00 **WPW asintomatico: stratificazione del rischio o ablazione in tutti i casi?**
Carlo Pappone, *Cotignola - RA*

12.15 **L'ECG nell'ingrandimento ventricolare sinistro: cosa rimane nella pratica clinica?**
Eligio Piccolo, *Mestre - VE*

12.30 Discussione

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

III SESSIONE

MODERATORI David Antonucci, *Firenze* • Piera Angelica Merlini, *Milano*

- 15.00** **Le cardiopatie congenite dell'adulto.**
Luigi Ballerini, *Roma*
- 15.15** **Danni del sale: nella dieta è troppo.**
Paolo Verdecchia, *Perugia*
- 15.30** **Quale è il rischio di trombosi negli stent medicati di seconda generazione?**
Francesco Prati, *Roma*
- 15.45** **Le calcificazioni coronariche aumentano nei maratoneti. Lo sport "eccessivo" può fare male?**
Antonio Pelliccia, *Roma*
- 16.00** Discussione
- 16.30** Intervallo

IV SESSIONE

MODERATORI Fulvio Camerini, *Trieste* • Pietro Delise, *Conegliano - TV*

- 17.00** **La stimolazione apicale del ventricolo destro. È finita un'epoca?**
Filippo Stazi, *Roma*
- 17.15** **I risultati deludenti dello studio ACCORD nella prevenzione cardiovascolare del diabetico.**
Paolo Brunetti, *Perugia*
- 17.30** **Cardiomiopatie familiari: qual'è il ruolo della clinica?**
Gianfranco Sinagra, *Trieste*
- 17.45** **Viaggio nelle coronarie: le nuove frontiere dell'imaging non invasivo e delle tecniche intracoronarie.**
Marco Zimarino, *Chieti*
- 18.00** Discussione

SABATO 5 marzo

V SESSIONE

MODERATORI Angelo Branzi, *Bologna* • Maria Grazia Modena, *Modena*

- 9.00** **Il "cuore stanco": i sorprendenti risultati del PREDICTOR.**
Alessandro Boccanelli, *Roma*
- 9.15** **HDL e aterosclerosi: dai grandi anziani di Limone sul Garda ai nuovi farmaci per il cuore.**
Claudio Borghi, *Bologna*
- 9.30** **Il dabigatran ci libera dall'INR. Per chi è indicato?**
Edoardo Gronda, *Sesto San Giovanni - MI*

9.45 Come prevenire l'ischemia cerebrale silente da fibrillazione atriale? Il ruolo dell'ablazione.

Fiorenzo Gaita, *Asti*

10.00 Discussione

10.30 Intervallo

11.00 - 11.30 **LETTURA**

Scompenso: cambia l'epidemiologia si evolve la terapia

Luigi Tavazzi, *Cotignola - RA* • Introduzione di Gian Francesco Mureddu, *Roma*

SIMPOSIO

LUCI ED OMBRE NELLA PREVENZIONE DELL'INFARTO

MODERATORI

Raffaele De Caterina, *Chieti* • Attilio Maseri, *Firenze*

11.30 Ci sono nuove acquisizioni sulla genesi dell'infarto?

Filippo Crea, *Roma*

11.45 Infarto senza fattori di rischio: un'associazione tutt'altro che rara.

Giuseppe Di Pasquale, *Bologna*

12.00 Le recidive infartuali si riducono: ruolo di statine, aspirina e nuovi tienopiridinici.

Claudio Cavallini, *Perugia*

12.15 Il progetto "outliers".

Attilio Maseri, *Firenze*

12.30 Discussione

VI SESSIONE

MODERATORI

Gian Franco Gensini, *Firenze* • Francesco Versaci, *Roma*

15.00 Diagnosi e cura dell'amiloidosi cardiaca.

Claudio Rapezzi, *Bologna*

15.15 Televisione e obesità.

Vito Cagli, *Roma*

15.30 L'angioplastica complessa al posto del by-pass: ruolo degli score di rischio.

Davide Capodanno, *Catania*

15.45 Cardiomiopatie e screening clinico-genetici delle famiglie. Nuovi scenari diagnostici?

Eloisa Arbustini, *Pavia*

16.00 Discussione

16.30 Intervallo

VII SESSIONE

MODERATORI

Enrico Agabiti Rosei, *Brescia* • Alessandro Distante, *Pisa*

17.00 Quale frequenza tenere nella fibrillazione atriale? I risultati sorprendenti dello studio RACE II.

Pietro Delise, *Conegliano - TV*

17.15 Variabilità della pressione arteriosa, un nuovo predittore di rischio?

Bruno Trimarco, *Napoli*

17.30 Enigmi nel rischio cardiovascolare. Omocisteina, psoriasi ed ipovitaminosi D.

Cesare Greco, *Roma*

17.45 Perché il diabete ha più aterosclerosi?

Raffaele De Caterina, *Chieti*

18.00 Discussione

DOMENICA 6 marzo

VIII SESSIONE

MODERATORI Francesco Prati, *Roma* • Patrizia Presbitero, *Rozzano - MI*

- 9.15 **Trattamento percutaneo dell'insufficienza mitralica: i risultati promettenti dello studio EVEREST.**
Corrado Tamburino, *Catania*
- 9.30 **I tanti falsi positivi dei test di ischemia: cause e significato clinico.**
Pasquale Perrone Filardi, *Napoli*
- 9.45 **Tienopiridine e sindrome coronarica acuta: nuovi scenari terapeutici.**
Leonardo Bolognese, *Arezzo*
- 10.00 **La fibrillazione ventricolare: incubo e sfida per la società moderna.**
Gaetano Thiene, *Padova*
- 10.15 **Iperensione arteriosa: esistono nuovi valori pressori target?**
Massimo Volpe, *Roma*
- 10.30 **Come si interpreta un trial clinico?**
Stefano Savonitto, *Milano*
- 10.45 **Aspirina nella prevenzione primaria: a chi va consigliata?**
Maddalena Lettino, *Pavia*
- 11.00 **Discussione**



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).
NELLA SUDETTA SALA IL CONGRESSO POTRÀ ESSERE SEGUITO TRAMITE COLLEGAMENTO TELEVISIVO A CIRCUITO CHIUSO SU GRANDE SCHERMO.

L'ISCRIZIONE È RISERVATA AI SOCI IN REGOLA CON LA QUOTA ASSOCIATIVA PER L'ANNO 2011 (€ 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 - Sala Chopin**
Luncheon Panel (in collaborazione con Merck Sharp & Dohme)
"Le innovazioni in cardiologia: dalla fibrillazione atriale al trattamento cronico"

ore 13.30 **Auditorium**
Lettura (in collaborazione con I. F. B. Stroder)
"La modulazione della frequenza cardiaca nel continuum cardiovascolare"

ore 14.00 **Auditorium**
Simposio (in collaborazione con Boehringer Ingelheim)
"Paziente ad alto rischio cardiovascolare: a che punto siamo?"

ore 13.00 **Palazzo degli Affari - Sala Chopin**
Luncheon Panel (in collaborazione con AstraZeneca)
"La gestione clinica del paziente dislipidemico nel continuum cardiovascolare"

ore 13.30 **Auditorium**
Lettura (in collaborazione con A. Menarini)
"La terapia della cardiopatia ischemica cronica alla luce delle recenti novità farmacologiche: nuove linee guida?"

ore 14.00 **Auditorium**
Simposio (in collaborazione con Novartis Farma)
"Aliskiren: innovazione terapeutica per il paziente iperteso ad alto rischio"

SABATO 27 marzo

ore 8.30 **Auditorium**
Lettura (in collaborazione con A. Menarini e Novartis Farma)
"Studio Navigator: quali nuove evidenze terapeutiche per i pazienti ipertesi prediabetici?"

ore 10.00 **Palazzo degli Affari - Sala Chopin**
Simposio (in collaborazione con Bayer Schering Pharma)
"Moderna gestione del paziente a rischio cardiovascolare"

DOMENICA 28 marzo

Ore 8.45 **Auditorium**
Lettura (in collaborazione con Eli Lilly)
"Sindrome coronarica acuta: la gestione dei pazienti con i nuovi farmaci antitrombotici"

Aggiornamenti cardiologici

di Filippo Stazi



Ulteriori evidenze a favore della terapia di resincronizzazione nello scompenso cardiaco lieve-moderato: Lo studio RAFT recentemente pubblicato sul *New England Journal of Medicine* ha valutato l'effetto dell'aggiunta della terapia di resincronizzazione cardiaca (CRT) all'impianto di defibrillatore in 1798 pazienti con scompenso cardiaco in classe NYHA II (80%) o III (20%), frazione d'eiezione del ventricolo sinistro < 30% (valore medio 23%), e QRS > 120 msec se spontaneo (93%) o > 200 msec se indotto da un precedente impianto di pacemaker (7%). L'endpoint primario di mortalità totale o scompenso cardiaco è risultato significativamente ridotto dalla stimolazione biventricolare (33,2% vs 40,3%, $p < 0.001$). L'effetto benefico della terapia si è verificato, a differenza del MADIT-CRT, sia sulla mortalità ($p = 0.003$) che sullo scompenso ($p < 0.001$) ed è stato sostanzialmente lo stesso sia per i pazienti in classe II che per quelli in classe III. I pazienti, infine, che sembrerebbero maggiormente giovare dalla terapia di resincronizzazione sono stati quelli con QRS > 150 msec. Il rovescio della medaglia è stato l'aumento significativo degli eventi avversi (pneumotorace, ematoma, infezioni, dislocazioni, problemi della tasca) nel gruppo trattato con CRT (124 vs 58, $p < 0.001$). (*New England Journal of Medicine* 2010; 363; 2385-2395).

Displasia aritmogena e defibrillatore: Il ruolo del defibrillatore impiantabile nel trattamento della displasia aritmogena del ventricolo destro non è ancora completamente chiarito. Un importante contributo al riguardo giunge da uno studio recentemente pubblicato da un gruppo italiano su *Circulation*. 106 pazienti con displasia aritmogena ed un aggiuntivo fattore di rischio aritmico (sincope, tachicardia ventricolare non sostenuta, familiarità per morte improvvisa e inducibilità di tachicardia ventricolare allo studio elettrofisiologico) sono stati sottoposti ad impianto di defibrillatore e seguiti per 4 anni. Durante questo periodo 25 soggetti (24%) hanno ricevuto una scarica appropriata dell'ICD e in 17 (16%)

segue →



casi l'intervento è stato causato da una fibrillazione ventricolare. La positività anamnestica per sincope prediceva in maniera significativa l'intervento del defibrillatore a differenza, invece, della positività dello studio elettrofisiologico e della familiarità per morte improvvisa. La conclusione degli autori, sicuramente oggetto di futura discussione, era che in caso di pazienti con displasia aritmogena l'occorrenza di un episodio sincopale rappresenta sicura indicazione all'impianto di un defibrillatore mentre in pazienti asintomatici l'impianto profilattico può non essere indicato anche in caso di familiarità per morte improvvisa o di inducibilità allo studio elettrofisiologico. (*Circulation 2010; 122:1144-1152*).

Statine e funzione epatica: Una post-hoc analisi dello studio GREACE ha valutato sicurezza ed efficacia della terapia con statine in soggetti con coronaropatia e test di funzionalità epatica alterati (incremento delle transaminasi non superiore a 3 volte i valori normali). Dei 437 pazienti con incremento degli enzimi epatici, i 227 che hanno ricevuto statine (principalmente atorvastatina al dosaggio medio di 24 mg al giorno) hanno presentato un sostanziale miglioramento ($p < 0.0001$) della funzionalità del fegato mentre i 210 che non hanno assunto il farmaco sono andati incontro ad un ulteriore aumento dei livelli di transaminasi. Inoltre, un evento cardiovascolare (infarto non fatale, angina instabile, rivascolarizzazione o scompenso cardiaco) si è verificato nel 10% dei soggetti in terapia statinica contro il 30% del gruppo senza farmaci ipolipemizzanti ($p < 0.0001$) con un effetto benefico delle statine superiore rispetto a quello osservato nell'altro gruppo dello studio che non presentava anomalie epatiche di base. La conclusione degli autori era che la terapia con statine in soggetti con epatopatia non alcolica decorrente con lieve incremento delle transaminasi è sicura e riduce la morbilità cardiovascolare. (*Lancet 2010; 376: 1916-1922*).

Body-Mass Index e Mortalità: Per valutare l'effetto di un elevato indice di massa corporea (BMI che equivale al peso in kilogrammi diviso il quadrato dell'altezza espressa in metri) sulla mortalità da tutte le cause, gli autori di questo lavoro hanno preso in considerazione 19 studi prospettici che hanno complessivamente arruolato 1.460.000 soggetti adulti di razza bianca. Dopo aggiustamento dei dati per sesso, età, livello di studio, attività fisica, consumo di alcool e stato civile, si è avuta l'ulteriore conferma che il sovrappeso (BMI tra 25 e 29,9, HR 1,44) e l'obesità (BMI tra 30 e 34,9, HR 1,88; BMI tra 35 e 39,9, HR 2,51) sono associati ad un aumento della mortalità totale. I livelli più bassi di mortalità si sono invece osservati nel gruppo con valori di BMI compresi tra 20 e 24,9. (*New England Journal of Medicine 2010; 363: 2211-2219*).

L'Holter

di Vito Cagli

In città Ludovico era arrivato da poco. Aveva dato retta a sua figlia: «hai superato gli ottanta - gli aveva detto al telefono - in paese sei solo, Mamma ci ha lasciato ormai da quindici anni, degli amici te ne son rimasti pochi, chi è morto e chi se ne è andato via; hai una casa aperta lì e io una qui. Se tu venissi a stare con me, ci terremmo compagnia e risparmieremmo, tutti e due, un bel po' di soldi».

Sì, quella sua figliola, se poteva dire ancora così di una donna di cinquant'anni, era stata sempre piena di spirito pratico - aveva pensato Ludovico - e anche di molta voglia di indipendenza, forse troppa. Non aveva mai sopportato a lungo un legame e questa sua insofferenza, l'aveva portata ad essere, anche lei, ormai sola. Perciò lui aveva accettato il suggerimento e da qualche settimana aveva lasciato il paese per la città.

Però sua figlia, se n'era accorto già dopo pochi giorni, non la vedeva quasi mai: usciva presto al mattino per andare al lavoro e la sera molto spesso rientrava brevemente a casa verso le sei, per uscire di nuovo dopo un'ora: «Ciao - gli diceva - ti ho preparato qualcosa in cucina, tornerò un po' tardi». Un rapido bacio sulla guancia, giusto il tempo per fargli sentire che dietro la scia di acqua di colonia c'era un essere umano in carne ed ossa, e lei era già per le scale: la sentiva scendere con quel suo passo svelto, come se fosse felice di andare incontro a qualcosa di bello. Eppure, lo aveva capito da tempo, per lei la felicità era ormai qualcosa di perduto.

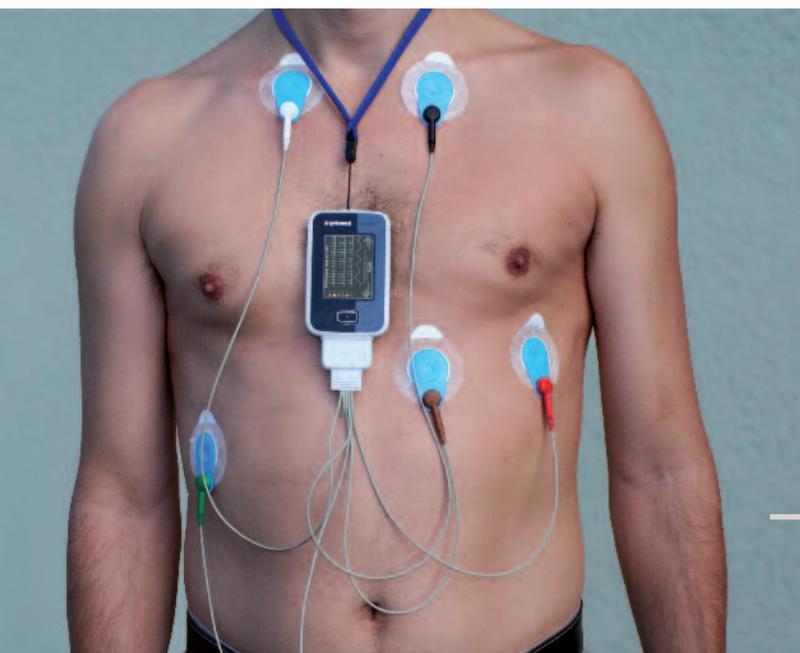


Norman Holter

Anche quella notte, quando per la prima volta Ludovico si svegliò con il cuore in gola, era solo. Quella palpitazione, quel senso di sfarfallio che avvertiva al torace, durò poco, forse cinque minuti, piuttosto di meno che di più. Poi si riaddormentò tranquillo e per alcuni giorni se ne dimenticò. Neppure a sua figlia ne aveva parlato: era stata una cosa da nulla, inutile preoccuparla. Ma un pomeriggio, mentre era al parco, tanto per uscire a prendere una boccata d'aria, e faceva le parole crociate seduto su una panchina, il disturbo si ripresentò, forse più lieve ma certo più prolungato. Rimase fermo, confidando che passasse presto, come la volta precedente e quando si sentì meglio si avviò a passi lenti verso casa. Sua figlia non c'era, era fuori per le vacanze: e, questa volta lui, più ancora che essere preoccupato, provò un senso di smarrimento e di paura. Non

aveva ancora fatto la scelta del medico; «ti ci accompagno io, papà, uno di questi giorni», gli aveva detto sua figlia, ma poi il tempo per mantenere la promessa non lo aveva mai trovato. Sarebbe andato anche all'ospedale se avesse saputo dov'era. Certo, in paese era tutto più semplice; e poi lì il suo medico era un amico e sempre rintracciabile. Gli venne in mente di telefonargli per avere un consiglio. «Non te ne preoccupare - gli disse il dottore - non sei in pericolo di vita; però devi fare un holter e poi fammi sapere la risposta; comunque devi avere il tuo medico, in città». Ludovico si fece spiegare in cosa consistesse l'holter, promise che appena sua figlia fosse tornata avrebbe fatto la scelta del medico e che gli avrebbe dato notizie. Si sentì comunque rincuorato.

Il mattino seguente si alzò di buon ora e uscì. Nelle sue brevi passeggiate, proprio



Apparecchio Holter

vicino a casa aveva letto, accanto a una elegante porta d'ingresso a vetri, una grande targa in cui erano elencati tantissimi esami medici che l'istituto era in grado di eseguire. Era certo che in quel posto gli avrebbero potuto fare quel benedetto holter (il nome se l'era segnato). Varcata la soglia, si trovò in una grande sala in cui un lato era occupato da divanetti su cui erano già sedute molte persone, mentre su quello di fronte c'erano una serie di box numerati dietro cui sedevano delle signorine in divisa. Ogni tanto si sentiva un breve suono, la luce che sovrastava uno dei box si metteva a lampeggiare e qualcuno si alzava dai divanetti dirigendosi verso il box lampeggiante. Si guardò intorno interdetto; una signora accanto a cui si era seduto lo vide smarrito, gli suggerì di prendere il biglietto dall'apposita macchinetta e gliene indicò la collocazione. In possesso ormai del suo talismano attese con pazienza che arrivasse il proprio turno per poter infine avanzare la richiesta che gli premeva.

«Già, un holter – gli rispose la gentile signorina – ma un holter cardiaco o un holter pressorio? » Ludovico fu colto da grave imbarazzo; dovette confessare che non lo sapeva: il medico, per telefono, aveva parlato soltanto di un holter. La signorina, sempre sorridendo, gli fece un cenno con la mano, poi sollevò la cornetta del telefono, compose un numero, disse qualcosa che egli non sentì e, rivolta a lui, gli chiese: «Qual è il problema per cui vuol fare questo esame?».

«Palpitazioni, ho...» rispose lui: avrebbe voluto aggiungere dell'altro, precisare meglio, ma la signorina imperturbabile fece ancora un cenno con la mano mentre riferiva qualcosa al telefono e, infine, abbassando la cornetta: holter cardiaco, sentenziò e gli diede un appuntamento per il mattino successivo.

Tornò a casa, un po' frastornato ma contento: il problema sembrava avviato a soluzione. In attesa dell'appuntamento del giorno dopo, gli venne in mente di cercare sull'enciclopedia che troneggiava nella libreria di sua figlia qualche notizia sull'holter. Scoprì così che Holter (Norman Holter, per la precisione) era in realtà il nome di un biofisico americano, nato nel 1917 e morto nel 1983, che nel 1947 aveva messo a punto un apparecchio per la registrazione in continuo dell'elettrocardiogramma. Negli anni successivi questa sua invenzione, migliorata e resa meno ingombrante era entrata ampiamente nella diagnostica cardiologica, soprattutto per lo studio dei disturbi del ritmo. Dell'holter pressorio, nell'enciclopedia non veniva fatto cenno alcuno. E fu una fortuna che Ludovico non fosse in grado di connettersi con internet dove avrebbe potuto trovare non soltanto termini come holter pressorio, ma anche come holter glicemico e holter metabolico procedure tutte che, servendosi di apparati ben diversi da quello creato dal dottor Holter, servivano a controllare nell'arco di ventiquattr'ore rispettivamente la pressione arteriosa, la glicemia e il dispendio energetico. Tutto questo nella totale inconsape-

volezza del povero Holter, che, se fosse stato ancora vivo, con grande costernazione avrebbe visto assegnato arbitrariamente il proprio nome a cose che ben poco avevano a che spartire con il dispositivo da lui inventato. Comunque, le notizie che aveva raccolto servirono a Ludovico per arrivare più tranquillamente al suo appuntamento; si fece montare l'apparecchio e gli fu consegnato un foglio su cui avrebbe dovuto annotare tutte le sue attività e gli eventuali disturbi avvertiti, con i relativi orari.

La sera, prima di coricarsi, rilesse quello che aveva scritto sul diario e lo completò. Fu il momento più brutto della sua esperienza con l'holter (cardiaco, s'intende!). Lesse infatti con crescente sconforto ciò che aveva scritto: «ore 10,38 ritorno a casa a piedi; ore 11,05 vado al gabinetto; ore 11,15 leggo il giornale fino alle 11,40; ore 11,45 rassetto la mia camera; ore 12,00 preparo il pranzo; ore 12,30 mangio guardando la televisione; ore 13,00 sparecchio, lavo posate e stoviglie e le rimetto a posto; ore 13,25 guardo la televisione in poltrona, mi addormento e mi sveglio alle 14,45; vado al gabinetto; ore 15,05 spolvero i libri di mia figlia, annaffio le piante sul terrazzino; ore 16,00 vado al parco vicino casa a fare le parole crociate; ore 16,38 piccola corsa per rac-

cogliere la palla di un ragazzino, ore 18 torno a casa, vado al gabinetto e poi guardo la televisione; ore 19,00 mi preparo la cena; 19,45 telefonata di mia figlia; ore 20,00 ceno e guardo il telegiornale; ore 20,30 lavo i piatti ecc. metto a posto la cucina; ore 21,10 torno a vedere la televisione e mi addormento; ore 22,05 mi sveglio, vado in gabinetto e mi preparo a... »

Sopraffatto da un senso di profondo sconforto, quasi di nausea, lasciò in sospeso la frase. No, non era il cuore a turbarlo: era la descrizione di quella sua giornata eguale, salvo per l'applicazione dell'holter, a tante altre che aveva già trascorso e a quelle, tante o poche, che ancora lo aspettavano. Era dunque questa la sua vita? E, soprattutto, poteva mostrarla agli altri senza sentirsene umiliato? Ebbe un moto di ribellione e completò la frase: «uscire per incontrare una di quelle ragazze; ore 23,10, rapporto sessuale portato a termine con successo, ore 23,45 ritorno a casa, ore 24,00 a letto».

Aspettò sonnecchiando le 23,10, fece con fatica dieci minuti di flessioni che gli costarono un terribile fiatone e una notevole palpitazione. Si scordò di annotarli sul diario, ma andò a letto soddisfatto. Era riuscito a dare a quella sua giornata un volto più presentabile. E poi... chissà?

La bomba all'interno di un uomo

Michel Mirowski e il defibrillatore impiantabile

di Massimo Pandolfi

La sirena dell'ambulanza, lanciata a tutta velocità, lacerava la serena notte di maggio.

All'interno, la donna stringeva la mano dell'uomo che ormai non dava più segni di vita. Fu quasi spinta da parte, quando i barellieri iniziarono la breve corsa verso il Pronto Soccorso del *Tel Hashomer Hospital*, a Tel Aviv.

Si riscosse quando la mano amica le si posò sulla spalla, nella piccola camera mortuaria. Il dottor Mirowski aveva gli occhi lucidi, in difficoltà a pronunciare le solite frasi di circostanza. L'uomo che era appena deceduto era il suo mentore, quello che gli aveva insegnato la pratica della medicina, a lui, profugo ebreo polacco, sopravvissuto al più efferato genocidio della storia umana. Il Professor Harry Heller lo aveva accolto come un figlio e proprio come un figlio il giovane Michel era piombato nell'ansia quando l'anziano medico aveva avuto la prima manifestazione aritmica. Aveva dato la colpa alla stanchezza, senza sapere che la nera mietitrice lo avrebbe aspettato quando meno se l'aspettava, a cena con la moglie nel suo ristorante preferito, a Tel Aviv. "Almeno fosse successo lì, in Ospedale" pensò Mirowski, mentre stringeva le mani della vedova "sarebbe bastato avere un defibrillatore a portata di mano".

Michel Mirowski





Evacuazione del ghetto di Varsavia

Il pensiero tornò, idea dapprima embrionale e poi sempre più disegnata, sempre più razionalmente facile da sviluppare. Perché non costruire un defibrillatore di piccole dimensioni, che poteva essere impiantato nel torace o nell'addome, come un comune pacemaker, in modo che le aritmie mortali potessero essere eliminate al momento dell'insorgenza, anche in assenza dei soccorritori?

L'idea, che a lui sembrava brillante, non entusias mò nessuno, soprattutto in Israele. Ma Mirowski non era uomo che si faceva facilmente scoraggiare. Era scampato ai nazisti, assieme alla sorella, di poco più vecchia di lui. Il padre gli aveva addirittura cambiato il nome, dall'originario Mordecai Frydman all'impronunciabile Mieczyslaw Mirowski, sperando che questo lo facesse sembrare polacco e non ebreo. L'espedito non bastò a proteggere il resto della famiglia e quando il giova-

ne, fuggito in Ucraina, tornò sulle rovine della sua Varsavia potè solo piangere chi non era più, passato per le canne fumarie dei forni crematori di Auschwitz. Suo padre, sua madre, il fratellino Abraham: in onore a loro decise di diventare medico e, nonostante che la guerra gli avesse fatto perdere anni di studio, riuscì a laurearsi a Lione, dove ricevette ospitalità dalla sorella Anna, che dopo la guerra si era trasferita oltre cortina. Fu lei che, per farlo sentire più francese lo chiamò Michel. Ma il suo destino presto lo chiamò lontano dall'Europa là dove il nascente stato ebraico lo aspettava. Qualcuno al di sopra delle umane cose aveva deciso che per il giovane ebreo nulla della sua vita fosse facile, però le difficoltà di inserimento nella sua nuova vita gli furono attenuate dalla solida presenza del Professor Heller, a cui poi fu grato per tutta la vita.

Fu lui che lo spinse verso la Cardiologia, che lo inviò a specializzarsi da quella donna straordinaria che fu *Helen Brooke Taussig* in quel di Baltimora, dove alla fine la sua idea sul defibrillatore impiantabile avrebbe trovato la realizzazione. A lungo cercata.

Da quella notte del 1966 in cui l'amico e maestro trovò la più dolce a terribile delle morti, Mirowski non si dette pace. Bussò ad infinite porte, fu deriso, inascoltato, disprezzato. "Vorrebbe mettere una bomba nel corpo di un uomo" fu il commento di un cattedratico.

Alla fine, nel 1980, la sua ostinazione ebbe successo e da allora la comunità cardiologica mondiale ha potuto salvare innumerevoli vite grazie all'ordigno che, attualmente impiantato come un pacemaker, non è sinonimo di morte come potrebbe essere una bomba, ma spesso è un guardiano affidabile della vita di un essere umano.

Il medico ebreo conobbe allora una meri-

tata fama che lo portò a tenere conferenze in tutto il mondo, sfruttando la sua abilità di poliglotta: lui parlava francese, polacco, inglese, russo, spagnolo e Yiddish, ma per tutta la vita si rifiutò di imparare il tedesco.

Nel 1990 gli fu diagnosticato un mieloma multiplo, resistente alla chemioterapia. Solo un trapianto di midollo avrebbe potuto salvargli la vita, ma il solo congiunto istocompatibile, il piccolo Abraham, aveva perso la sua ad Auschwitz, nell'olocausto degli ebrei d'Europa.

Il destino, anche questa volta sotto la forma di una croce uncinata, si accanì contro Mirowski che, chiudendo gli occhi per sempre, assieme ai volti amati dei suoi cari persi nella tempesta di odio nazista, avrà visto sorridergli il suo amico e maestro, Heller, che con la sua morte aprì la strada ad una delle più importanti conquiste della cardiologia dei giorni nostri.

Il pacemaker per l'angina

Non sono molti per fortuna gli anginosi refrattari, quei malati nelle coronarie che né gli interventi di bypass, né gli stent e nemmeno i tanti farmaci riescono a liberarli dal dolore dell'angina pectoris. Da molti anni si è tentato, per questi sfortunati, di interferire sulla sensazione del dolore mediante uno stimolatore, una specie di pacemaker, posizionato sottocute e collegato con un filino al midollo spinale. L'impianto si fa ambulatoriamente e non comporta rischi.

I risultati sono stati altalenanti, ma ora ci arriva uno studio eseguito in 10 centri europei, indicato con l'acronimo EARL (European Angina Registry Link) (Heart 2010;96:1132), nel quale questo marchingegno, applicato a 121 pazienti seguiti per un anno, ha migliorato enormemente l'angina, ha ridotto l'uso della trinitrina o del carvasin sublinguali e ha abbassato lo score della classificazione del dolore anginoso.

E.P.

Marche, ultimo Eldorado

di Filippo Altilia

È da qualche mese che la stampa internazionale segnala all'attenzione dei lettori europei ed americani una regione italiana, le Marche, risvegliando sulla regione stessa anche l'interesse degli italiani. Ha cominciato, la scorsa estate, la rivista AARP, bibbia dei pensionati americani con oltre 30 milioni di lettori, che ha scelto le Marche come uno dei cinque "paradisi terrestri" dove andare a vivere dopo essere andati in pensione; gli altri sono Puerto Vallosta in Messico, la Linguadoca in Francia, Boquete in Panama e Cascais in Portogallo.

Sono posti meno conosciuti della Florida, tradizionale rifugio dei pensionati degli Stati Uniti, esposta agli uragani, il Galles e la Cornovaglia per gli inglesi dove tra brume e brughiere la vita è tranquilla ma verosimilmente noiosa.

Per l'Italia l'interesse è spostato dalla Toscana e dall'Umbria, sempre di grande interesse, ma, ormai, piuttosto costose specie per una sistemazione residenziale che è quello che ci vuole per andarci a vivere. A questo proposito viene ricordato un lungo servizio già qualche anno fa, del *New York Times* intitolato proprio "Is le Marche the new Tuscany?"

C'è chi ritiene che questa recente attenzione internazionale sulle Marche sia stata suscitata da uno spot televisivo nel quale il noto attore americano *Dustin Hoffman*, per un compenso spropositato da parte della Regione, recita, con accento yankee e metrica del tutto personale, l'Infinito di Leopardi dall'alto del famoso colle.

In realtà il panorama che si può ammirare dall'alto del colle di Recanati è rappresentativo di una delle maggiori attrattive delle Marche, il paesaggio collinare. La regione ha sulla costa adriatica o vicino ad essa le città più importanti e così pure il collegamento tra Nord e Sud; sono



sulla costa la ferrovia, la Statale Adriatica, l'autostrada; non mancano spiagge di richiamo quali la Riviera delle Palme di San Benedetto del Tronto, un lungo palmeto di cinque chilometri o quella di Senigallia. Alla parte opposta, il confine con l'Umbria è dominato dalla catena dei monti Sibillini ed in mezzo la parte più estesa delle Marche: una distesa di morbide ondulazioni coltivate; è questa ampia zona collinare tra la fascia appenninica ed il mare il tratto saliente del paesaggio marchigiano. Lo scenario è quello di una campagna alberata, con seminativi bordati da frutteti, con oliveti ed estesi vigneti, con macchie naturali nei luoghi più accidentati, dove non mancano calanchi e piccoli boschi.

In questo paesaggio si inseriscono, sui declivi o in cima alle colline, cittadine e piccoli borghi ognuno dei quali ha una origine secolare e la sua storia. Nel Medioevo le Marche sono state una regione di confine (da cui il nome, dal germanico *Mark*) tra i territori dell'Impero e della Chiesa. La lontananza dai centri del potere ha favorito la formazione di moltissime autonomie comunali, una fortuna

storica per i paesi e le piccole città che nei primi secoli del millennio si organizzarono come piccoli stati autonomi. Spesso erano anche in lite tra loro; le frequenti guerricciolate e scorribande li portarono a munirsi di cinte murarie fortificate con archi, portali e bastioni, di rocche e castelli nonché torri dappertutto; solo in Ascoli Piceno se ne contavano oltre duecento, in gran parte furono distrutte da Federico II nel saccheggio che fece della città (non sempre l'Impero era distratto su quel che accadeva).

Alcune rocche sono assai famose, la più nota è certo quella di Gradara; sono conservati ancora i luoghi che videro la passione tragica di Paolo e Francesca.

Da ricordare, anche l'imponente rocca di Acquaviva Picena ed il Forte Malatesta di Ascoli Piceno di recente restaurato e riaperto ai visitatori.

Le città sono di non grandi dimensioni, il capoluogo, Ancona, arriva a stento ai centomila abitanti (qualche anno fa era sceso poco al di sotto ed il sindaco istituì un premio per ogni nuovo nato, ma è dubbio che si sia tornati alla cifra desiderata per questo motivo).

Gli altri capoluoghi di provincia sono tutti al di sotto, la meno popolosa è Fermo con circa quarantamila abitanti.

Si dice che le città di queste dimensione sono più vivibili, espressione che può avere vari significati, ad esempio che anche nelle ore di maggior traffico l'orario di un appuntamento non è elastico come a Roma o Napoli; si trova sempre un parcheggio, magari in divieto di sosta; ad Ascoli Piceno da anni non fanno quasi più multe (il deterrente è nel "quasi"). I marciapiedi però sono liberi per i pedoni e gli spazi per gli invalidi sono rispettati.

Tra le città è gara tra Urbino ed Ascoli Piceno per quale sia la più bella delle Marche. Urbino ha il maestoso Palazzo Ducale con la Galleria Nazionale delle Marche, le mura storiche dichiarate patrimonio dell'umanità dall'UNESCO, l'Oratorio di S. Giovanni Battista con gli affreschi di Jacopo e Lorenzo Salimbeni.

Ascoli Piceno è la città del travertino; gli edifici storici sono tutti di questa pietra di un caldo color bianco; con poco più di 50 mila abitanti ha 17 chiese romaniche e varie altre romanico-gotiche tra cui la Cattedrale, ha otto musei e la centrale Piazza del Popolo è ritenuta tra le più belle d'Italia.

Tra gli altri elementi di attrazione per le Marche c'è da citare il clima (la neve è rara nelle città) gli alberghi e ristoranti con prezzi moderati; nei numerosi agriturismi si mangia (bene) con 20-25 euro e così in molte trattorie di città; l'enoga-

stronomia è di buon livello e menzione speciale merita la presenza diffusa del tartufo, bianco del nord e nero del sud della regione.

In conclusione l'opinione della stampa estera che segnala le Marche come Nuova Florida o Nuova Toscana è del tutto motivata. Gli stranieri, però lo sapevano già. Da anni per l'insediamento più richiesto, un casolare di campagna da ristrutturare, sono arrivati inglesi in prevalenza, molti olandesi, belgi e tedeschi e casolari di campagna non se ne trovano più.

Ora li cercano nel vicino Abruzzo, ma anche lì è già difficile trovarne ancora.

Restano, per l'insediamento residenziale i piccoli borghi collinari, ma, per questi e per le città d'arte è preferito il soggiorno di vacanza.

I marchigiani di tutto questo non si erano accorti ed è bene che ora se ne siano resi conto per darsi da fare per conservare le attrattive della loro regione. Le pale eoliche sui monti Sibillini sono state scongiurate (anche per le consuete urla e per gli impropri di Vittorio Sgarbi) ma c'è ancora la possibilità che distese di pannelli solari sostituiscano i meno redditizi vigneti ed oliveti.

Speriamo di no.

Le Marche sono diventate prima la Nuova Toscana quindi, universalmente, l'ultimo Eldorado, la Terra dove si vive meglio, più a lungo e, forse più felicemente.

Ma l'escalation non si è arrestata del tutto, recentemente per il Financial Times, la Basilicata è diventata la "Nuova Toscana".

Libri ricevuti

Gianfranco Caldarelli

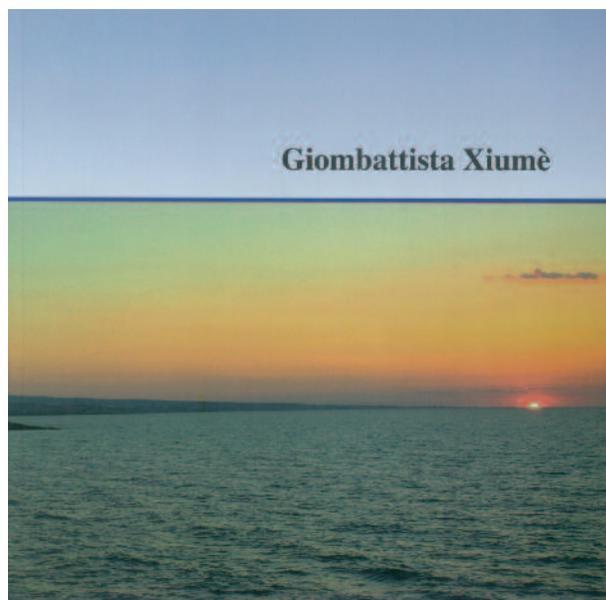
L'ULTIMO BARONE

ricordi di un chirurgo universitario
al Santa Chiara



Edizioni ETS

Giombattista Xiumè



OMBRE DELLA SERA

Ricordi di un chirurgo di provincia



aforismi

L'amo per quello che è: ricca.

> **P. Belford**

È pieno di voglie svogliate.

> **M. Vassalle**

La donna prima medita poi decide, l'uomo prima decide poi medita sui suoi errori.

> **E. Piccolo**

Non riesco a capire come faccia un astrologo a restare serio quando parla con un altro astrologo.

> **F. Fontanini**

Si preferisce una lode non meritata ad una critica meritata.

> **M. Vassalle**

Non basta avere ragione, serve qualcuno che te la dia.

> **G. Andreotti**

La volpe sa molte cose, ma il porcospino ne sa una importantissima.

> **Archiloco**

Nessun potere è innocente.

> **L.A. de Saint Juste**

Uno scrittore che parla dei suoi libri è insopportabile quasi come una madre che parla dei propri figli.

> **B. Disraeli**

Quando tutto il resto fa fiasco, prova a fare come dice il capo.

> **A. Block**

Tra poco ci saranno più scrittori che lettori e sarà lo scrittore a chiedere l'autografo al lettore.

> **L. Shane**

Due monologhi non fanno un dialogo.

> **A. Block**

Un amico è uno che sa tutto di te e ti vuole bene lo stesso.

> **Detto popolare**

Per capire che non avevo talento di scrittore mi ci sono voluti venticinque anni, ma non ho potuto farci nulla perché ormai ero diventato famoso.

> **R. Berchley**

La scuola insegna a leggere, ma non a capire ciò che vale la pena di leggere.

> **Anonimo**

Niente è più intellettualmente inelegante, perfino rozzo, di una sviscerata e bigotta devozione per la cultura.

> **U. Ojetti**

Per l'uomo libertà sessuale vuol dire che la donna ci deve stare.

> **Rapporto Hite 1976**

Un figlio è poco, ma due sono decisamente troppi.

> **Detto popolare**

Chi non legge è un carcerato nel mondo.

> **U. Galimberti**

Le donne dopo i settanta, sono divise in tre categorie: quella cara vecchietta, quella vecchia e quella vecchia strega.

> **S.T. Coleridge**

Il guaio dell'Italia è che l'unità è stata fatta un po' troppo alla garibaldina.

> **F. Fontanini**

Sostenete e diffondete Cuore e Salute

Cuore e Salute viene inviata ai medici e sostenitori del **Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus**.

- La quota minima annuale per ricevere **Cuore e Salute** in qualità di **Aderente** è di € 20,00.
- La quota di iscrizione alla Fondazione in qualità di **Medico** è di € 180,00. Essa da diritto a: 1) partecipare al Congresso annuale **Conoscere e Curare il Cuore** previo invio della cartolina; 2) ricevere il volume degli Atti del Congresso o Atti online; 3) essere informati sulle iniziative culturali della Fondazione.
- Con un contributo di € 30,00 anche gli **Aderenti** alla Fondazione, possono richiedere il volume degli Atti del Congresso o gli Atti online.
- Coloro che desiderano offrire **Cuore e Salute** ai loro amici, debbono fornire l'indirizzo del destinatario unitamente al versamento della quota d'iscrizione. Sarà cura della segreteria informare dell'avvenuto omaggio (*).



MODULO PER ISCRIVERSI ALLA FONDAZIONE O PER ISCRIVERE UN AMICO

DESIDERO: ISCRIVERMI RINNOVARE L'ISCRIZIONE ISCRIVERE UN AMICO AL

CENTRO PER LA LOTTA CONTRO L'INFARTO - FONDAZIONE ONLUS:

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 **Cuore e Salute**

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

VERSAMENTO SU C/C POSTALE N°64284003

BONIFICO BANCARIO c/c Y 01005 03213 000000012506

c/o BANCA NAZIONALE DEL LAVORO - Ag.13 - V.LE BRUNO BUOZZI 54, ROMA

ASSEGNO NON TRASFERIBILE

CARTA DI CREDITO CIRCUITO VISA (COMUNICANDO NUMERO E SCADENZA).

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**.

5X1❤️❤️❤️

Una scelta che non ti costa nulla e che ha un valore grandissimo

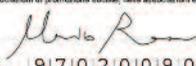
Diffondere nel nostro paese l'educazione alla prevenzione delle malattie di cuore ed istituire innovativi progetti di ricerca per debellare l'infarto è l'impegno che questa Fondazione ha assunto quasi 30 anni fa. Il CLI svolge opera di prevenzione e di educazione sanitaria attraverso due consolidati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

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

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

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

Scegliere tra: **Sostegno del volontariato, delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale, delle associazioni e fondazioni** (circolo rosso) oppure **Finanziamento della ricerca scientifica e della università**

FIRMA: 	FIRMA:
Codice fiscale del beneficiario (eventuale): 97020090581	Codice fiscale del beneficiario (eventuale):
Finanziamento della ricerca sanitaria	Altre finalità sociali scelte dal contribuente di residenza del contribuente
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.

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

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

5X1 

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

**Grazie per il sostegno
che vorrai dare al CLI.**

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