


CUORE & Salute

Il risveglio dell'iperteso

N. 1-2 GENNAIO-FEBBRAIO 2012

Poste Italiane SpA
Spedizione in abbonamento postale
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art. 1, comma 1, C/RM/113/2004

Una pubblicazione del:

 Centro per la Lotta contro
l'Infarto - Fondazione Onlus

XXX

ANNO

PRESENTAZIONE DELLA CAMPAGNA

*Se ami il tuo cuore
ti ricambierà!*



Da sinistra a destra: Dr. Gianluigi Bracciale,
Dr. Claudio Cecchini, Prof. Francesco Prati,
Dr. Luciano Onder



Centro per la Lotta contro
l'Infarto - Fondazione Onlus

Capire per prevenire

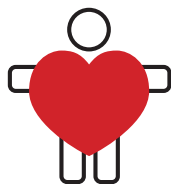
www.centrotottainfarto.it



PROVINCIA
DI ROMA

Associazione alla politica Sociale e per la Famiglia
www.provincia.roma.it

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.

n. 1-2 **sommario** 2012

www.centrolottainfarto.it
cuoreesalute@centrolottainfarto.it

Direttore Responsabile
Franco Fontanini

Vice Direttori
Eligio Piccolo
Francesco Prati

Capo Redattore
Filippo Stazi

Coordinamento Editoriale
Marina Andreani

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

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

Progetto grafico e impaginazione
Valentina Girola

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

Cuore e Salute

Rivista di cardiologia divulgativa e di educazione sanitaria per gli iscritti al *Centro per la Lotta contro l'Infarto-Fondazione Onlus*

Anno XXX
n. 1-2 Gennaio-Febrero 2012
*Poste Italiane SpA - Spedizione
in abbonamento postale - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art 1, comma 1, C/RM/113/2004
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

Se ami il tuo cuore ti ricambierà CLI 4

Il risveglio dell'iperteso Vito Cagli 6

• *La pennichella, la più dolce delle terapie antiipertensive* [F. S.] 9

Un ricordo di Pier Luigi Prati Filippo Altilia 10

Gli spinaci di braccio di ferro Filippo Stazi 12

Il cuore d'atleta Eligio Piccolo 13

**Lo "stile di vita" come "farmaco" del cuore.
Un discorso sulla cultura della prevenzione.** 16

Cristina e Bruno Domenichelli

• *Dalla Cina "senza amore"* [E.P.] 18

Dal Congresso Conoscere e Curare il Cuore 2011

**La malattia aterosclerotica coronarica
e l'attività sportiva** Antonio Pelliccia 19

**Trapianto di cuore: cosa è cambiato
dai tempi di Barnard?** Intervista di Filippo Stazi a Ugolino Livi 22

• *La vedova* [F. F.] 26

Qualche secondo di buon umore 27

Quando il fumo era bello Eligio Piccolo 28

**Tecniche di meditazione "mindfulness-based stress
reduction" in cardiologia** Alberto e Piero Dolara 31

La ricerca del CLI 33

• *Dalla Finlandia con amore* [E.P.] 34

La palla di Tiche
L'artista di cui non esistono opere Franco Fontanini 35



p. 13



p. 28

Food for thoughts

Spiacente per quelli che si impegnano: il talento conta. 39

da *The New York Times* a cura di Mario Albertucci

Lettere a Cuore e Salute 42

- *Terapia ipoglicemizzante, Paolo Brunetti*
- *Fibrillazione atriale, Eligio Piccolo*

Conoscere e Curare il Cuore 2012 46

Quaderno a Quadretti 52

Pelle nera, cuore d'oro.
Vivien Thomas: l'angelo nero dei bambini blu 56

Massimo Pandolfi

News
Aggiornamenti cardiologici Filippo Stazi 60

Aforismi 62



p. 56

Pregghiera 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!* ”

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

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

Se ami il tuo cuore ti ricambierà!



Il 15 dicembre scorso, alla presenza di un centinaio tra giornalisti ed invitati, nella splendida cornice di Palazzo Valentini, sede della Provincia di Roma, è stata ufficialmente presentata la campagna di informazione, sensibilizzazione, educazione alla prevenzione dell'infarto e delle malattie cardiovascolari promossa dal Centro per la Lotta contro l'Infarto – Fondazione Onlus, con il patrocinio e il sostegno della Provincia e, in particolare, dell'Assessorato alle Politiche Sociali e per la Famiglia.

Rivolta a tutti i cittadini e in modo particolare alle persone anziane e ai giovani, la campagna si prefigge di spronare soprattutto questi ultimi ad avere cura della propria salute, rendendoli nel contempo protagonisti e portatori di educazione alla prevenzione nella propria famiglia e nella comunità.

Per l'ampia diffusione della campagna che coinvolgerà a partire da gennaio 353 scuole medie superiori e 383 centri anziani di Roma e Provincia è stato ideato e prodotto materiale di facile consultazione e rapido utilizzo, opportunamente differenziato. Nel corso dell'anno saranno inoltre attivati incontri nelle scuole e nei centri anziani, per approfondire l'argomento, con il supporto di audiovisivi, presto visibili anche sul nostro sito www.centrolottainfarto.it

Per sottolineare l'importanza dell'iniziativa, i primi due incontri in una scuola media superiore e in un centro anziani vedranno la presenza del Presidente della Provincia di Roma Nicola Zingaretti.

“Abbiamo deciso di sostenere questa campagna del Centro per la Lotta contro l'Infarto perché siamo rimasti colpiti dall'efficacia della proposta, e perché possiamo fare molto per diffondere il messaggio nelle scuole superiori e nei centri anziani del nostro territorio” – ha affermato nell'intervento di apertura l'Assessore Claudio Cecchini – *“Credo sia un dovere delle istituzioni, oltre che sostenere la ricerca, anche sensibilizzare e promuovere stili di vita e comportamenti quotidiani più corretti. È ormai dimostrato che, anche nella lotta all'infarto e alle malattie cardiovascolari, essere consapevoli ed evitare fin da giovani i fattori di rischio è un passo fondamentale di prevenzione. Anche grazie al felice incontro con il CLI, vogliamo fare la nostra parte per diffondere questo messaggio”*.

Condotto dal Dr. Luciano Onder, che da anni segue il lavoro della Fondazione e che ha più volte evidenziato l'importanza della conoscenza ai fini della prevenzione, l'incontro ha visto la partecipazione del Dr. Gianluigi Bracciale, Direttore Generale dell'Ospedale San Giovanni di Roma, di cui il Professor Francesco Prati è Primario nel reparto di Cardiologia. Nel suo intervento, il Dr. Bracciale ha sottolineato come una struttura di eccellenza nell'emergenza quale è l'Ospedale San Giovanni, fin dal 1970, abbia colto l'importanza della prevenzione, anche in funzione del necessario contenimento dei costi delle prestazioni ospedaliere e, più in generale, del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel suo intervento in veste di Presidente della Fondazione, il Professor Prati ha tenuto a precisare che, fin dalla sua costituzione nel 1982, il CLI ha dedicato particolare attenzione, notevoli energie e risorse, all'opera di informazione, sensibilizzazione e educazione nei confronti dell'opinione pubblica. Nel ricordare la campagna "Cuorevivo" realizzata nel 1987 nelle maggiori piazze d'Italia, la rivista bimestrale "Cuore & Salute", il Congresso annuale "Conoscere e Curare il Cuore" rivolto a medici e specialisti, egli ha voluto inquadrare la campagna promossa in collaborazione con la Provincia di Roma in una più vasta e prolungata attività del Centro per la Lotta contro l'Infarto, resa possibile dal fondamentale e insostituibile contributo di tante sostenitrici e sostenitori.

Rispondendo alle domande del Dr. Onder e del pubblico in sala, il Professore Prati ha inoltre illustrato i progressi del programma di ricerca su cui è personalmente impegnato,

mirato all'acquisizione di maggiori conoscenze sui fattori di rischio oggi non evidenti, con positive ricadute in termini di prevenzione, miglioramento della terapia dell'infarto, valutazione dell'efficacia dei farmaci. *"L'infarto è la principale causa di morte nei Paesi occidentali e la prima emergenza sanitaria in Italia; è per questo che la nostra Fondazione è da sempre impegnata in una robusta attività di ricerca per far avanzare la conoscenza scientifica sulle patologie cardiovascolari"*.

Condotto attraverso le più moderne tecniche di imaging coronarico, la ricerca recentemente avviata consentirà in un futuro non lontano di scoprire perché soggetti apparentemente non a rischio vengono colpiti da infarto. L'uso di nuove tecnologie permette oggi la possibilità di studiare le arterie "da dentro" e di individuare le placche che possono determinare infarti e malattie cardiovascolari.

I fattori di rischio "classici" - fumo, pressione arteriosa alta, eccesso di colesterolo, obesità, diabete e familiarità - tuttora validi ai fini della prevenzione, grazie alla ricerca e allo studio *Opposites* saranno implementati e completati con altri fattori individuati scrutando le arterie di ciascun soggetto, attraverso indagini personalizzate. Un passo avanti di fondamentale importanza ai fini della prevenzione, che necessita dunque di controlli periodici eseguiti presso centri adeguatamente attrezzati e da personale altamente specializzato.

Il risveglio dell'iperteso

di Vito Cagli



Un momento delicato quello del risveglio mattutino. La coscienza assume di nuovo, gradualmente, ma in fretta, il controllo. Ci assalgono nuovamente i problemi cui stiamo per andare incontro. A volte, ma non è purtroppo l'evento più frequente, la consapevolezza di qualcosa di piacevole che ci attende. In ogni caso, il nostro organismo deve prepararsi ad affrontare la giornata. Lo ha già fatto nelle ultime fasi del sonno, che verso il mattino si fa più superficiale, spesso si accompagna ai sogni e prelude al ritorno dello stato di veglia. È il sistema simpatico che lentamente riprende il dominio sul corpo che durante il sonno è stato sotto la prevalente influenza del vago. La frequenza delle pulsazioni cardiache tende ad aumentare; la pressione arteriosa, dopo il calo notturno, tende progressivamente a salire e spesso nelle prime ore del mattino raggiunge i valori più elevati di tutto l'arco della giornata. Il rischio di infarto del miocardio e di ictus cerebrale cresce proprio in ragione di questi cambiamenti.

Insomma, con il risveglio ci sono aggiustamenti cardiocircolatori cui dobbiamo guardare con attenzione, anche se non con allarmismo. Ma soprattutto dobbiamo considerare che proprio perché il risveglio possiede le caratteristiche di cui si è detto è anche il momento più opportuno per la misurazione della pressione. E allora cerchiamo di seguirlo passo passo questo iperteso, che immaginiamo già in trattamento con farmaci antiipertensivi, al momento del suo risveglio, alle prese, fra le tante incombenze che ricadono sulle spalle di ciascuno, iperteso o non iperteso, con quelle che lo caratterizzano: la misurazione della pressione arteriosa e l'assunzione della terapia.

Misurarsi la pressione ogni mattina? Salvo situazioni particolari (inizio della terapia, valori molto elevati, valori troppo bassi con sintomi, modifica-

zioni della cura) sarebbe certamente eccessivo. Ma *almeno* una volta la settimana l'iperteso, in trattamento o ancora in attesa di iniziarlo, dovrebbe farlo e, come si è già detto, preferibilmente il mattino al risveglio ma non necessariamente soltanto in questo orario, soprattutto quando gli sia stata prescritta l'assunzione di farmaci antiipertensivi il mattino e la sera, a distanza di circa 12 ore. In questo caso la misurazione della pressione prima dell'assunzione della dose serale può essere molto utile.

Sembra un compito facile quello di misurarsi la pressione con i moderni apparecchi elettronici digitali. Ma, come in questo caso, facile non equivale sempre a semplice. In realtà sono molte le accortezze richieste. Si tratta comunque della soluzione migliore, poiché l'automisurazione è il sistema più pratico che occupa il minor tempo, lascia maggior libertà al paziente e si presta ad un controllo dell'apparecchio elettronico personale in occasione della visita medica mediante misurazione in contemporanea con un apparecchio a colonna di mercurio, che resta ancora quello di riferimento.

Una delle prime azioni che vengono compiute al risveglio è quella di vuotare la vescica e, in presenza del relativo stimolo, anche l'intestino. La prima di queste due azioni va obbligatoriamente condotta prima di misurarsi la pressione; la seconda soltanto se effettuabile senza sforzo e senza necessità di particolari sollecitazioni.

È sconsigliabile lavarsi la faccia in quanto potrebbero derivarne stimolazioni neuro-vegetative in grado di modificare i valori della pressione. Si possono lavare le mani,

preferibilmente in acqua tiepida. La prima colazione o anche un semplice caffè, così come l'assunzione di eventuali farmaci di qualsiasi tipo vengono rinviate a dopo la misurazione della pressione e lo stesso va fatto per la "prima sigaretta, se già non è stata abolita insieme a tutte le altre, come sarebbe necessario".

Ora il nostro ipotetico iperteso è pronto per la misurazione della pressione, che deve essere effettuata in una stanza lontana dai rumori (radio, televisione ecc), in cui il soggetto sia solo o al più in presenza di persone ferme e silenti. D'inverno la stanza deve essere ben riscaldata in modo tale che sia evitata la sensazione di freddo.

La posizione migliore è quella seduta, con la schiena ben appoggiata alla spalliera della sedia, i piedi entrambi con le piante a contatto del pavimento e il braccio sinistro, denudato, appoggiato a un tavolo posto dinanzi alla sedia in modo che l'arto superiore sia all'incirca all'altezza del cuore.

Sul tavolo saranno stati preparati oltre all'apparecchio per la pressione, un foglio di



carta (dove segnare tutti i valori rilevati), un quaderno (dove registrare quello che verrà considerato il valore finale, come si dirà più avanti), una penna e un orologio per determinare gli intervalli tra una misurazione e l'altra.

A questo punto il bracciale della pressione viene avvolto attorno al braccio sinistro in modo da risultare ben aderente e con il margine inferiore a circa 2 centimetri al di sopra della piega del gomito. Il soggetto cerca di rilassarsi e per 3 minuti resta fermo sulla sedia, ad occhi chiusi evocando contenuti di coscienza piacevoli e riposanti. Poi dà il via alla prima misurazione e ne scrive il risultato sul foglio di carta. Con intervalli di almeno 1 minuto procede ad altre due misurazioni e annota sul foglio i risultati. Infine, scartando il primo risultato, addiziona quello dei successivi due, divide per due la somma così ottenuta dei valori di pressione massima e minima e considera questo valore come quello della pressione rilevata in quella misurazione.

Quest'ultimo valore verrà riportato in un quaderno insieme alla data e alla terapia in atto. Dopo un congruo numero di misurazioni (20-30) è molto utile calcolare il valore medio da esse risultante addizionando i valori delle misurazioni e poi dividendo la somma per il numero delle valutazioni. Si avrà in tal modo il valore medio della pressione di circa sei mesi (20-30 settimane) e si scoprirà che molte di quelle pressioni che vengono definite "ballerine" si muovono in realtà intorno a valori medi molto vicini tra loro. Ma si potrà anche scoprire se, ad esempio, vi è una tendenza all'aumento della pres-

sione che nel tempo può acquistare una consistenza tale da reclamare un aggiustamento della terapia.

Il paziente avrà, insomma, un valido strumento per aiutare il proprio medico a valutare nel modo migliore l'andamento della malattia e ad assumere i provvedimenti più adatti.

Ma supponiamo che una bella mattina, non tanto bella in verità, ma neppure da considerare un dramma, il nostro iperteso che viaggiava intorno a valori di 130/70 e che poteva quindi considerarsi ben controllato si trovi a rilevare una pressione di 180/110. Che fare? In assenza di sintomi (cefalea, oppressione precordiale, cardiopalmo, sensazione di battito irregolare del cuore ecc.) sarà meglio rimandare alla sera, prima della cena, una nuova misurazione, sempre effettuata con le modalità descritte e poi ripetere ancora la misurazione il mattino seguente. Se tutto è tornato nei limiti, tanto meglio e non vale certo la pena di lambiccarsi il cervello per trovare una spiegazione. Ricordiamoci sempre che la pressione arteriosa è variabile in rapporto a molte e diverse condizioni non tutte e non sempre identificabili con facilità e con sicurezza.

Teniamo infine presente che i valori di normalità per l'automisurazione sono più bassi di quelli della misurazione da parte del medico: per questi ultimi la normalità è al di sotto di 140/90; per i primi, invece, cioè per quelli automisurati, la normalità si situa al di sotto di 135/85. Non va però dimenticato che queste cifre non sono da considerarsi come un limite tassativo, su-

perato il quale si entra in una zona ad altissimo rischio. Ciò che chiamiamo “rischio” in questo caso “rischio cardiovascolare” è la somma di molte condizioni che oltre ai valori della pressione sono il sesso (i maschi con maggior rischio rispetto alle femmine), la familiarità per malattie cardiovascolari, il fumo di sigaretta, l’aumento del colesterolo, l’obesità o l’eccesso di peso, il diabete, l’insufficienza renale cronica, l’ipertrofia ventricolare sinistra, precedenti di infarto miocardico, angina pectoris, ictus o TIA, per nominare soltanto le condizioni più frequenti e rilevanti. Come si vede qualcosa di piuttosto complesso tanto che la determinazione del rischio cardiovascolare complessivo va lasciata al medico che su questa base potrà indicare i valori *intorno ai quali* andrebbe mantenuta la

pressione arteriosa.

Dunque, una corretta gestione dell’ipertensione arteriosa richiede un lavoro “in tandem” tra paziente e medico. Al paziente spetta il compito di misurarsi la pressione, con gli accorgimenti sopra indicati, almeno una volta alla settimana e di registrarne i valori. Crediamo che quel quarto d’ora che dedicherà al controllo della propria pressione arteriosa sia davvero ben speso, come contributo al mantenimento della propria salute. Sarà poi compito del medico prendere, insieme al suo paziente, tutte quelle eventuali decisioni che riguardano la modificazione della terapia, la necessità di accertamenti ulteriori e ogni aspetto (lavoro, sport, vacanze, alimentazione ecc) capace di influire sulle condizioni cardiocircolatorie dell’iperteso.

La pennichella, la più dolce delle terapie antiipertensive

Pennichella è il termine comunemente impiegato a Roma per indicare il breve riposo del primo pomeriggio. Molte pagine sono state scritte su questo pisolino, alcune per elogiare le virtù altre per addurla ad esempio di esecrabile pigrizia. In realtà la pennichella era comune soprattutto negli anni passati essendo ormai stata sopraffatta dall’aumento dei ritmi della vita. Una recente ricerca americana ha però dimostrato che la pennichella (anche se loro non la chiamano così) contribuisce a mantenere bassa la pressione arteriosa. Ottantacinque studenti sani sono stati divisi in due gruppi, nel primo era concessa una breve siesta di massimo un’ora mentre nel secondo il sonno pomeridiano era precluso. Quando entrambi i gruppi venivano sottoposti ad un mental stress test (esame che induce un aumento della pressione sanguigna) l’incremento pressorio risultava inferiore in coloro che avevano potuto abbandonarsi alla pennichella. Divulgate i risultati di questa ricerca al vostro capoufficio così che quando vi dovesse sorprendere addormentati sulla scrivania potrete sempre dirgli che ve lo ha ordinato il dottore!

F.S.



Un ricordo di Pier Luigi Prati

di Filippo Altilia



Sono ormai più di due anni che Pier Luigi Prati ci ha lasciato. Può essere l'occasione per ricordarlo rileggendo un suo scritto che mi è sempre apparso il più significativo tra i tanti che di lui sono da ricordare:

Diagnosi e carezze

Alla domanda “esiste ancora la missione del medico?”, io rispondo: “secondo me, non è mai esistita; quello del medico è il mestiere di un tecnico premuroso”. Sento la delusione di chi mi interroga (tutti ci vorrebbero in partenza per l’Africa a curare i lebbrosi) e mi rendo conto che l’aggettivo “premuoso è stato considerato irrilevante. Eppure è fondamentale. Oggi, troppa gente esce dall’ospedale con sentimenti di ostilità verso chi l’ha curata, pur avendo in tasca una diagnosi giusta ed una cura indovinata. Una volta, l’ammalato se ne andava baciando le mani di un premurosissimo medico che non era stato in grado di formulare una diagnosi e di proporre una cura ma che aveva toccato nel migliore dei modi le corde della solidarietà umana.*

Viene voglia di rievocare anche la figura del tanto amato e rimpianto medico di famiglia. Non si può dire che ne sapesse molto, sicuramente distribuiva più carezze che diagnosi, più parole gentili che medicine utili. Ma aveva capito - con suo enorme sollievo perché era consapevole della propria ignoranza - che l’ammalato ha tanto bisogno di essere amato e capito quanto di essere curato e guarito. Lo dico con la trepidazione di chi ha paura di sbagliare, ma ho l’impressione che nel medico di ieri ci fosse una presenza religiosa che si è perduta nel labirinto del sociale.

Chi si ammala non è generalmente in grado di apprezzare la qualità delle prestazioni professionali, ma è capacissimo di riconoscere l’umanità del medico. Può perdonare gli errori ma non dimentica gli sgarbi e la mancanza di sensibilità.

A me non piace una medicina in cui si dice: “lei ha un cancro”. Il medico di famiglia non l’avrebbe mai detto.

Pier Luigi Prati

Questo scritto risale ai primi anni novanta: Pier Luigi Prati è stato il primo a segnalare uno dei maggiori problemi che stava comparso nella professione medica. Erano gli anni in cui dalla Medicina Generale nascevano e si affermavano le specializzazioni e la tecnologia prendeva un ruolo sempre più rilevante nella gestione del paziente. L'attività del medico diventava sempre più condizionata dalla specializzazione necessaria per dominare la tecnologia.

La comparsa sempre più frequente dell'insoddisfazione del paziente era il segnale che spesso, su questa strada non c'era più l'uomo malato, ma il corpo dell'uomo, anzi, il pezzo del corpo dell'uomo da riparare.

Ed oggi, con le dovute (e numerose eccezioni), con le attenuanti derivanti da strutture ina-

deguate, orari asfissianti, stress "istituzionalizzato", si può ritenere che il richiamo di Pier Luigi Prati per una maggiore umanità nel rapporto medico-paziente è sempre attuale. Anche perché in questi anni è diventato macroscopico nel rapporto medico-paziente un altro problema: il contenzioso medico-legale. Si sa da sempre che il medico può sbagliare, certo sbagliava più in passato che adesso, ma una volta non si pensava nemmeno a denunciare il medico. Oggi c'è la televisione a ricordare che si può chiedere un risarcimento anche dopo dieci anni e che c'è chi aiuta a farlo.

Ma è legittimo pensare che il medico che ha preso in cura il paziente con umanità e sollecitudine difficilmente sarà denunciato se qualcosa non è andata per il verso giusto.

tra i libri ricevuti

Non è una novità libraria, ma conserva le sue finalità che sono quelle di insegnarci ad evitare tutti gli errori che si commettono ai danni del cuore ancora numerosi nel nostro modo di vivere.

L'autore è il cardiologo padovano Fabio Bellotto che da molti anni studia e insegna come prevenire le malattie del cuore e come rimediare ai danni una volta che il danno c'è stato.

Attualmente dirige il reparto di cardiologia dell'ospedale Codivilla-Putti di Cortina d'Ampezzo che vanta un glorioso passato per le cure della tubercolosi polmonare e ossea.

L'ospedale è stato all'avanguardia in Europa per l'elioterapia e, successivamente, in collaborazione con l'Istituto Rizzoli di Bologna, nella terapia chirurgica; da alcuni anni si è in parte trasformato in centro di cardiologia preventiva e riabilitativa.



Gli spinaci di Braccio di Ferro

di Filippo Stazi

La scena l'abbiamo perfettamente davanti agli occhi tutti quanti, qualsiasi sia la generazione di appartenenza. Braccio di Ferro è in difficoltà. L'eterno rivale, il perfido e gigantesco Bruto, lo sta sconfiggendo. La sua enorme mano ha afferrato il collo del nostro eroe e lo sta stringendo sempre più forte. La posta in palio, ancora una volta, è la bella (si fa per dire) Olivia. Quando ormai la resa di Braccio di Ferro appare inevitabile tutto si capovolge. Accompagnato dall'inconfondibile musicchetta ecco comparire in scena il vero protagonista della storia: il barattolo di spinaci. Con l'ultimo suo sforzo il simpatico marinaio apre la lattina, la sprema ed il suo verde contenuto, con una parabola indifferente ad ogni legge della fisica, finisce dritto dritto nella sua bocca. La scena subisce un'accelerazione vorticoso, i muscoli si gonfiano, la piccola pipa di granturco emette fumo come la ciminiera di un transtatlantico, il braccio ruota su se stesso a velocità sempre crescente fino a che il pugno di Braccio di Ferro colpisce Bruto e lo fa volare in cielo. Ordine è fatto, il bene ha trionfato ed Olivia è salva.



Braccio di Ferro è, a partire dal 1929, il protagonista di una serie a fumetti creata dall'americano Elzie Crisler Segar. L'enorme successo di pubblico subito riscontrato dalla serie ha fatto sì che dalle pagine stampate passasse rapidamente anche al mondo dei cartoni animati, prima al cinema e poi in televisione dove tuttora allietta quotidianamente i pomeriggi dei nostri figli.

La simpatia del cartone è tale che i bambini non hanno mai smesso di amarlo nonostante che le mamme lo abbiano spesso preso ad esempio per convincerli a mangiare l'odiata verdura: "mangia la verdura bello di mamma che così diventi forte come Braccio di Ferro...!"

Dopo tanti anni è ora arrivata la conferma scientifica che gli spinaci danno effettivamente più forza ai muscoli. Uno studio svedese del Karolinska Institut ha infatti dimostrato che le proprietà energetiche degli spinaci sono dovute al loro contenuto di nitrato inorganico, sostanza in grado di migliorare l'efficienza mitocondriale, e che è sufficiente una piccola dose di tale nitrato, pari a quella reperibile in un piatto di spinaci, per ottenere tale effetto. L'azione degli spinaci anche se non è immediata come si vede nel fumetto, è comunque molto precoce. Nello studio, condotto su volontari sottoposti a test con la cyclette, si è infatti osservato come i risultati di maggiore efficienza muscolare e di minore dispendio di ossigeno vengano raggiunti già dopo soli tre giorni di assunzione di 300 grammi al giorno di spinaci.

Non è però dato sapere quali possano essere le conseguenze di assunzioni di elevate quantità di questa verdura (e quindi di nitrati inorganici) per lunghi periodi di tempo.

Il cuore d'atleta

di Eligio Piccolo



Anni fa giocando a golf con un collega, questi fece un tiro strepitoso che meravigliò lui stesso tanto da lasciarsi scappare un urlo, cosa che non fa parte dell'etichetta di questo sport nel quale si vorrebbe imitare il *self control* inglese. Mi complimentai e lui facendomi un sorriso d'intesa fra medici disse: "sai, è tutta questione di sarcolemma". Aveva perfettamente ragione, perché anche gli studi più recenti dimostrano l'importanza dell'intima struttura delle cellule muscolari, cuore compreso, che si chiama per l'appunto sarcolemma. È nozione comune, d'altra parte, che la performance migliore ce l'hanno quegli atleti o sportivi la cui muscolatura è più tonica, compatta, senza un rapporto diretto con la sua appariscenza. La si riconosce spesso anche nella stretta di mano e non ha alcuna relazione con certi gonfiaggi culturistici.

Gli esegeti dei più microscopici meccanismi del metabolismo e della funzione delle fibrocellule muscolari hanno scoperto infatti che le loro capacità di distensione e di contrazione sono molto condizionate da altrettante capacità di scambi di determinate sostanze nel loro interno nonché tra questo e l'esterno, in modo particolare del calcio. Il quale è un vero protagonista della contrazione, ma deve farlo senza accumularsi nella cellula e divincolandosi da essa con la dovuta rapidità. Se queste funzioni avvengono al meglio il muscolo saprà distendersi bene e contrarsi con energia, se invece sono insufficienti la distensione sarà incompleta, come se fosse legata, con conseguenze negative anche per la contrazione. Inoltre, in mezzo alle fibre meno valide tende a crescervi quel tessuto inerte, il connettivo, che rende il tutto più rigido. Da queste poche nozioni, forse maldestramente riassunte, si può anche capire che possedere un tipo o l'altro di muscolatura è un fatto congenito, o se preferite scritto nel DNA, e che, come il coraggio di Don Abbon-

dio, se uno non ce l'ha non c'è Cardinal Federigo che glielo possa imporre o infondere. Ne deriva che chi può fare, una certa prestazione, la faccia ma chi non può cerchi di non strafare.

È il messaggio che ci arriva anche da tutta una serie di ricerche che medici, e cardiologi in particolare,



hanno messo in atto da oltre un secolo onde verificare se l'ingrossamento del cuore, già osservato dai clinici svedesi nel 1890 negli sciatori, sia un bene o un male per il nostro motore della circolazione. Agli inizi del secolo scorso, proprio sulla scia di questa problematica, altri medici cominciarono a parlare di sindrome del cuore d'atleta o più semplicemente di cuore d'atleta, inteso come se fosse una situazione anormale. Nel 1918 poi il famoso clinico di Boston, Paul Dudley White, osservò che spesso nell'atleta si associava una bradicardia, sulla quale successivamente i fisiologi disserteranno a lungo ponendo in evidenza soprattutto il tono vagale e i vantaggi che questo può conferire a una migliore capacità di sforzo. Ricordiamo i cuori sempre citati di Bartali e Coppi, che partendo dai 40 battiti al minuto potevano affrontare meglio degli altri corridori il Rolle e il Tourmalet.

Le grandi guerre e i dopoguerra non hanno consentito di dare grande impulso a queste ricerche, mentre il lungo periodo della guerra fredda ha riscaldato il cuore delle madri, che, ancora in apprensione nel ricordo dei figli in guerra, non accettarono le morti inaspettate dei loro "bambini" sui campi di calcio. Molte Sanità, soprattutto in Italia, hanno stimolato leggi e ricerche per saperne di più, sicché oggi grazie agli studi di Padova, Perugia, Roma e Minneapolis, per citare solo i più importanti, abbiamo quasi fatto il punto sulla situazione. Si è fra l'altro imparato che l'impegno cardiaco è diverso se lo sport attuato è di resistenza (corsa, nuoto, ciclismo) oppure di sforzo o di potenza (sollevamento pesi, ve-



locisti, lanciatori). Nel primo le cavità del cuore tendono a dilatarsi, con solo un lieve aumento dello spessore; nel secondo invece l'organo rimane di grandezza normale, ma ingrossa il suo muscolo, il miocardio. Sono cambiamenti di adattamento, che si osservano anche nelle cardiopatie, dove il cuore si dilata quando una sua valvola perde e il riciclo del sangue aumenta; si ingrossa invece se deve confrontarsi contro un ostacolo, come una valvola stretta o una pressione aumentata. Tali ricerche hanno anche consentito di togliere buona parte del contenuto patologico del cuore d'atleta, inteso come malattia, e dell'apprensione che aveva generato. Così ad esempio il gruppo di Pelliccia di Roma, in un recente studio sugli olimpionici, seguiti nei loro allenamenti per quasi 9 anni, non ha rilevato alcuna conseguenza che si potesse definire patologica, nemmeno nei cuori più dilatati, concludendo che il cuore d'atleta in questi casi è una specie di adattamento fisiologico all'attività sportiva. Adattamento le cui conseguenze di dilatazione e di

spessore si possono peraltro cancellare dopo alcune settimane di sospensione dell'allenamento stesso.

Sempre parlando di atleti, ossia di persone giovani, spesso con particolari doti fisiche e abituati a lunghi allenamenti, si deve anche segnalare che la loro capacità di contrazione, quella che gli ecocardiografi indicano con la sigla FE, non è sempre al meglio se è vero come è vero, che l'11% dei ciclisti di un Tour de France l'aveva inferiore al 52%; cifra non certamente patologica, ma solo se la riscontrassimo negli impiegati del catasto. In altri studi si sono anche registrate aritmie, in genere quasi mai pericolose, ma non certo indicative che lo sport in quei casi fosse un ricostituente. Infine, non va trascurata la segnalazione che in alcuni maratoneti, di varie età, dopo la corsa si sono riscontrati aumenti degli enzimi del sangue, gli stessi che si ricercano al pronto soccorso in chi arriva con sospetto infarto; piccole variazioni, s'intende, ma indicative che il cuore subisce una qualche sofferenza, che non è proprio in vacanza.

Le conclusioni alle tante conoscenze che gli esperti ci hanno fornito negli ultimi 50 anni non possono che essere quelle di affidare al buon senso, oltre che al medico, la decisione di dedicarsi a questo o a quello sport, e in che misura. Ma senza dimenticare le parole che Eugene Darling della Harvard University scrisse allora, nel 1899: "*... as with other muscles, (with the heart) not size but quality tells in the long run*" (sia per il cuore che per gli altri muscoli ciò che conta alla lunga non è la grandezza ma la qualità).

Lo “stile di vita” come “farmaco” del cuore.

Un discorso sulla cultura della prevenzione.

di **Cristina Domenichelli e Bruno Domenichelli**



In un'epoca caratterizzata da una fiducia, spesso eccessiva, nelle conquiste della scienza, nessuno metterebbe in dubbio l'efficacia dei moderni “farmaci del cuore”.

Antiipertensivi delle varie categorie, farmaci anticolsterolo, aspirina, si sono dimostrati capaci di ridurre ognuno l'incidenza degli infarti fra il 20 e il 60%! Se, in un soggetto che assume un farmaco di ognuna di queste categorie, si sommassero le percentuali di riduzione del rischio ottenibile con un singolo farmaco, la percentuale di riduzione degli infarti e delle morti per cardiopatie sarebbe ben superiore al 100%, pari all'immortalità! Qualcosa non torna! Se questo modo di fare i conti fosse corretto, ne sarebbero certamente tranquillizzati i gozzovigliatori di professione, che, sotto la protezione dei farmaci si sentirebbero autorizzati ad ogni sorta di piaceri proibiti. Queste osservazioni positive sembrerebbero ulteriormente confermate dalle statistiche degli ultimi decenni relative ai paesi industrializzati, fra cui l'Italia, che hanno in effetti visto diminuire la mortalità cardiovascolare delle loro popolazioni.

Purtroppo, al di là delle speranze utopiche degli aspiranti alla crapula, i numeri delle statistiche devono essere interpretati. Non sempre in medicina 1+1 è uguale a 2! Nel nostro caso, ad esempio, il vantaggio di ogni singolo farmaco non può certo essere semplicemente sommato al vantaggio indotto dagli altri farmaci. Oltretutto, negli ultimi anni anche l'ottimismo degli epidemiologi ha cominciato a vacillare. Perché, ci si è chiesti, nonostante gli effetti dei farmaci promettano miracoli, muore ancora di malattie cardiocerebrovascolari quasi la metà della popolazione? Perché, nei paesi in via di sviluppo, le malattie ischemiche di cuore stanno aumentando? E perché, anche nei paesi industrializzati, la tendenza alla diminuzione delle

malattie coronariche sembra essersi arrestata? Forse i farmaci hanno perso la loro efficacia?

Si è poi capito che il problema non sta nei farmaci, ma nel fatto che questi sono usati poco e male. Negli ultimi due decenni, alcuni grandi studi **EUROASPIRE** hanno dimostrato che dopo un infarto, passata la paura, troppo spesso i farmaci che dovrebbero aiutare a ridurre le recidive vengono sospesi o sottodosati. L'ipertensione riprende allora vigore, il colesterolo risale e diabete ed obesità accelerano l'evoluzione dell'aterosclerosi. La colpa non è allora dei farmaci, ma del fatto che manca ancora nelle popolazioni una diffusa e convinta *cultura della prevenzione*, che prevede la messa in atto di tutti quegli accorgimenti, farmacologici e non, che possono evitare molte morti per infarto. Manca ancora, fra la gente, la convinta consapevolezza che nella terapia delle malattie coronariche i farmaci, anche se correttamente usati, costituiscono solo una parte delle stra-

tegie preventive e terapeutiche e che l'effetto protettivo dei farmaci oltre ad un certo punto non può andare. La ricerca ha infatti dimostrato quanto il comportamento delle persone interferisca nell'insorgenza e nell'evoluzione delle malattie aterosclerotiche e quanto un corretto stile di vita (cura adeguata dell'ipertensione e dell'ipercolesterolemia, corretta alimentazione, abolizione del fumo, attività fisica ecc.) possa contribuire ad evitare molti infarti e a consentire una migliore qualità di vita a chi l'infarto lo ha già avuto.

Ed ecco allora lo "stile di vita" presentarsi come chiave di volta nella prevenzione e nella terapia delle malattie vascolari. Lo hanno dimostrato le ricerche epidemiologiche di oltre mezzo secolo, che mettono però in evidenza come la *cultura della prevenzione* abbia ancora molta strada da compiere. Una cultura che deve cominciare dall'infanzia, fin dai banchi della scuola elementare, età in cui devono essere apprese le corrette regole di un'ottimale alimenta-

zione. Una cultura che deve vedere coinvolti, insieme ai medici, anche insegnanti, nutrizionisti e psicologi. Sappiamo infatti, ad esempio, dalle più recenti ricerche epidemiologiche, che circa il 30% degli infartuati continua a fumare, che un infartuato su due, a distanza di un anno dall'infarto, ha ancora il colesterolo troppo alto, che



solo un terzo degli ipertesi controlla in maniera ottimale la sua pressione, che l'obesità sta diventando un problema in tutti i paesi industrializzati e che abitudini di vita sedentarie inducono situazioni fisiopatologiche favorevoli al progredire dell'aterosclerosi e della sindrome metabolica.

Un corretto "stile di vita" assume quindi valore decisivo di vero e proprio "farmaco del cuore", al fine di far vincere all'uomo la sua sfida epocale contro le malattie coronariche. La scarsa aderenza del paziente alle prescrizioni mediche e la mancata assunzione di uno stile di vita salutare hanno spesso radici psicologiche e culturali complesse. Se la regolare assunzione di un farmaco prevede in fondo per il paziente un'accezione *passiva* di una prescrizione medica, modificare le proprie abitudini ali-

mentari o uno stile di vita troppo sedentario, implica un coinvolgimento *attivo*, convinto e spesso radicale della volontà di una persona e del proprio modo di vivere. Tutti obiettivi spesso difficili da portare felicemente a termine!

Disponibilità al dialogo e ad intervenire nella sfera emozionale del paziente, introspezione psicologica e una certa dose di creatività, saranno quindi doti necessarie al curante per fornire al paziente convincenti motivazioni per qualche inevitabile rinuncia. Solo così un semplice incontro fra medico e paziente potrà diventare "ars curandi". E anche lo stile di vita potrà essere "somministrato" ad un paziente adeguatamente educato alla prevenzione, come efficace ed indispensabile "farmaco" del cuore.

Dalla Cina "senza amore"

Jia-Yi Dong dell'Università cinese di Soochow si è divertito, si fa per dire, a raccogliere le inchieste di 12 centri ben selezionati nel mondo, relative al rischio che corrono coloro ai quali la potenzialità amorosa è venuta meno. Detto in termini più scientifici, che soffrono di disfunzione erettile, il contrario del celodurismo di nostrana vanteria. Cinque di questi studi sono stati effettuati negli USA, 4 in Europa, 2 in Cina e uno multinazionale, tutti fra il 2005 e il 2011, e con un'osservazione nel tempo da 4 a 16 anni, per un totale di 36.755 maschi di età fra i 20 e gli 80 anni (variabili nelle differenti casistiche) (*JACC 2011;58:1378*). Si è potuto così verificare, con una differenza statistica molto significativa rispetto a coloro che assicuravano di avere ancora una buona performance amorosa, che i sofferenti di quella disfunzione erano anche più cagionevoli nei confronti delle malattie cardiovascolari, delle coronaropatie, dell'ictus e di una più precoce mortalità in genere. Insomma, come direbbero a Venezia, "bechi e bastonai".

Naturalmente i commentatori di queste indagini si sono sperticati alla ricerca delle cause di questo doppio inconveniente, che sembrano essere molte, da quelle ereditarie alle inibizioni indotte da problemi psicologici, come l'ansia e la depressione, mentre avrebbero poca o punta influenza i cosiddetti fattori di rischio cardiovascolare (colesterolo, ipertensione, obesità, ecc). Non ci sono invece ancora dati sufficienti per dire se i nuovi ritrovati farmaceutici, come il sildenafil (Viagra) e i suoi derivati, siano riusciti ad ottenere la doppia rivincita: scomparsa della disfunzione erettile e riduzione degli eventi cardiovascolari. Ho qualche dubbio, ma non si sa mai.

E.P.

DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2011



La malattia aterosclerotica coronarica e l'attività sportiva



di **Antonio Pelliccia**,
Istituto di Medicina e Scienza dello Sport, di Roma

La patologia aterosclerotica coronarica rappresenta la causa più frequente di arresto cardiaco e morte improvvisa negli atleti in età adulta e matura (> 35 anni), rilevabile in oltre l'80% dei casi che arrivano all'esame autoptico. Per tale motivo, è importante conoscere l'influenza dell'attività sportiva nella presentazione clinica ed evoluzione della malattia aterosclerotica coronarica.

L'idea che la pratica regolare dell'attività sportiva (in particolare le discipline di endurance) possa modificare le caratteristiche morfologiche e funzionali del circolo coronarico viene suggerito da studi animali, ma non ha trovato che conferme aneddotiche negli uomini. Alla fine degli anni '70, Bassler aveva ipotizzato che gli atleti in grado di correre regolarmente distanze pari o superiori alla maratona (nella repubblica sud-africana la Comrades Marathon si corre sulla distanza di 89 Km) siano immuni dall'aterosclerosi coronarica. Una condizione simile era stata riferita per i guerrieri Masai e per gli indiani Tarahumara, caratterizzati dall'abitudine di correre giornalmente per lunghe distanze. Altri fattori ambientali venivano invocati per spiegare tale "immunità dall'aterosclerosi coronarica",

quali le abitudini alimentari caratterizzate da bassi consumi di grassi saturi e l'assenza del fumo di sigaretta.

Tale ipotesi ha riscosso credito negli ambienti sportivi fino alla prima dimostrazione inequivocabile, da parte di Noakes e Opie, di lesioni coronariche aterosclerotiche critiche responsabili di infarto miocardico (IM) ed arresto cardiaco (AC) in maratoneti, anche se capaci di prestazioni sportive eccellenti. Successivamente, numerose osservazioni hanno confermato che l'incidenza di eventi acuti cardiaci (IM e AC) nei maratoneti non è rara: Thompson ha descritto un evento cardiaco per anno ogni 7.620 joggers/maratoneti e Siscovick un evento per anno ogni 18.000 sportivi.

Nella popolazione di sportivi "amatori" l'incidenza di eventi cardiaci è stata stimata, in un campione di 2.9 milioni di soggetti che frequentano grandi centri di fitness e palestre negli Stati Uniti, pari a 1 evento per anno ogni 82.000 persone.

Da segnalare che tale incidenza è sostanzialmente maggiore negli uomini, mentre le donne sembrano essere relativamente meno esposte a tale rischio. Le ragioni sono non interamente note, ma verosimilmente includono la ridotta progressione della patologia aterosclerotica coronarica nelle donne (sino alla menopausa), come pure la minore rappresentanza femminile tra le atlete partecipanti a sport di endurance ad elevato livello.

L'attività sportiva rappresenta pertanto un fattore indipendente e aggiuntivo rispetto ai tradizionali fattori di rischio per lo sviluppo di un evento cardiaco (IM e AC).

Sia lo studio di Rhode Island che lo studio di Seattle riportano una incidenza di eventi cardiaci maggiore (sino a 25 volte) durante le attività sportive in confronto alle attività domiciliari o al riposo notturno. Tuttavia il rischio varia in relazione inversa al livello di attività fisica abituale e risulta maggiore nei soggetti fisicamente meno attivi. Pertanto, l'evidenza scientifica dimostra che l'esercizio fisico vigoroso, inclusa la pratica sportiva agonistica, aumenta transitoriamente il rischio di IM e AC nei soggetti con una patologia coronarica, ma in modo precipuo in quelli sedentari o poco allenati che intraprendono un'attività fisica senza adeguata preparazione. Lo studio Onset ha calcolato che il rischio di IM in relazione ad un'attività fisico-sportiva strenua aumenta sino a 50 volte nei soggetti non allenati rispetto agli allenati.

I meccanismi che sottintendono tale aumentato rischio sono verosimilmente molteplici, e prevedono che l'esercizio strenuo sia il trigger che rende clinicamente manifesta una patologia aterosclerotica preesistente. Dagli studi osservazionali sopra riferiti appare evidente che la strategia efficace per ridurre l'incidenza di eventi cardiaci indotti dall'esercizio fisico e dallo sport nei pazienti con malattia coronarica nota (o con profilo di rischio elevato) è quella di far precedere la pratica sportiva da un adeguato e regolare programma di ricondizionamento fisico e preparazione pre-atletica. Dal punto di vista medico-sportivo, due strategie appaiono raccomandabili al fine di ridurre l'incidenza degli eventi cardiaci: lo screening car-

diologico preventivo e la disponibilità di defibrillatori semiautomatici nei luoghi dove si svolge l'attività sportiva.

Lo scopo dello screening preventivo cardiovascolare è quello di individuare precocemente i soggetti asintomatici con patologia coronarica silente, e stratificare il rischio nei soggetti con patologia coronarica già nota. Nell'ottica di uno screening di massa, in considerazione della vasta popolazione praticante sport in età adulta, l'unico strumento proponibile è il test ergometrico, in associazione ad una accurata raccolta anamnestica e valutazione clinica generale. La limitazione del test ergometrico è che esso risulta positivo solo in caso di una lesione coronarica che limiti il flusso ematico, mentre invece la maggior parte degli eventi cardiaci sono causati dalla rottura di placche vulnerabili in soggetti senza lesioni significativamente stenotanti. Questa considerazione indica che il semplice test non può dare garanzie assolute circa il rischio effettivo, ma va inquadrato alla luce dei fattori di rischio e della familiarità del singolo atleta. Dal punto di vista pratico, le principali società scientifiche americane ed europee raccomandano l'esecuzione del test ergometrico nei soggetti adulti (uomini >45 anni, donne >55 anni) anche asintomatici che intendano intraprendere un'attività sportiva competitiva, anche se tale indicazione non è unanimemente condivisa.

Un'attenzione particolare merita l'osservazione che la maggioranza degli eventi cardiaci che accadono in relazione all'eserci-

zio nei pazienti con malattia coronarica (anche silente) sono preceduti dall'insorgenza di sintomi premonitori, che vengono usualmente misconosciuti dai soggetti o mal interpretati dai medici consultati. I sintomi premonitori quasi mai sono rappresentati dal classico dolore toracico, ma più spesso da una faticabilità inusuale o un vago e transitorio malessere generale, turbe gastriche con nausea e vomito o dolore muscolare diffuso, che insorgono poco prima dell'evento e vengono spesso mal interpretati come espressione di "fatica". La comparsa inaspettata di tali sintomi deve far sospettare una lesione coronarica in evoluzione ed indurre agli opportuni accertamenti.

Negli anni più recenti si sta infine facendo strada l'idea di provvedere i luoghi dove si svolge l'attività sportiva di defibrillatori semiautomatici. Le esperienze maturate nei casinò, negli aeroporti e nei centri sportivi (palestre) negli Stati Uniti hanno dimostrato che la disponibilità ed il pronto uso di tali apparecchi può aumentare in modo significativo la proporzione (sino al 60%) di individui colpiti da un arresto cardiaco che possono essere risuscitati. Nonostante l'evidenza scientifica ed il largo consenso tra gli operatori sanitari, al momento attuale la disponibilità di tali apparecchi nei luoghi ove si pratica sport è molto limitata e, pertanto, appare necessaria una maggiore opera di sensibilizzazione delle società scientifiche verso i media, le organizzazioni sportive e gli stessi atleti.

DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2011



Trapianto di cuore: cosa è cambiato dai tempi di Barnard?



Ugo Livi,
Azienda Ospedaliero-Universitaria
"S. Maria della Misericordia", Udine

Intervista di **Filippo Stazi**

Prof. Livi cosa è cambiato nel trapianto di cuore dai tempi di Barnard ad oggi?

Sono passati oltre 40 anni dal 3 dicembre 1967, allorchè presso il Groote Schuur Hospital di Città del Capo in Sud Africa un giovane e sconosciuto chirurgo, Christiaan Barnard eseguì con successo il primo trapianto di cuore al mondo. Louis Washkansky, un paziente di 53 anni sofferente di una miocardiopatia ischemica terminale, nonostante un brillante recupero post operatorio, morì 18 giorni dopo a causa di un'infezione polmonare. Sempre Christiaan Barnard, poco tempo dopo, il 2 gennaio 1968, eseguì il suo secondo trapianto in un dentista di 58 anni, Philip Blaiberg, che sopravvisse 19 mesi con una buona qualità di vita e morì per infarto dovuto ad una peculiare ed inattesa vasculopatia coronarica. Questa iniziale esperienza di Barnard, che è bene ricordare fu successiva ad una serie pionieristica di esperimenti su animali ad opera di Alexis Carrel, Frank Mann,

Norman Shumway e Richard Lower nei decenni precedenti, destò grande entusiasmo nella comunità scientifica internazionale, tant'è che molti chirurghi si cimentarono nel trapianto cardiaco, ritenendolo con eccessivo ottimismo, un'opzione terapeutica per molte cardiopatie terminali. Purtroppo, i risultati si rivelarono da subito in tutta la loro tragicità: la sopravvivenza dei pazienti trapiantati si misurava in giorni o settimane, la sopravvivenza media dei primi 100 trapianti effettuati nel mondo a fine 1968 era di appena 29 giorni, cosicché molti desistettero e solo pochi Centri perseguirono l'attività clinica e di ricerca: l'Università di Standford (USA), l'Ospedale "La Pitié" di Parigi (Francia) e il Groote Schuur Hospital di Città del Capo (Sud Africa). Nell'arco di un decennio, si riuscì però a perfezionare e a mettere a punto la gestione post-trapianto con il monitoraggio del rigetto acuto mediante la biopsia miocardica, la definizione istologica del rigetto nei suoi gradi di severità e la prevenzione del rigetto col ricorso a nuovi immunomodulatori. Le nuove acquisizioni permisero un miglioramento sensibile della sopravvivenza ad un anno dal trapianto, che passò dal 22% del 1968 al 65% del 1978, ma è indubbio che fu l'introduzione della Ciclosporina agli inizi degli anni '80 a consentire l'inizio di una nuova era nella storia del trapianto cardiaco e nell'arco di pochi anni si assistette ad una vera esplosione di attività con risultati in continuo miglioramento per sopravvivenza e per qualità di vita. Al giorno d'oggi il trapianto cardiaco è considerato un trattamento efficace nel

modificare la storia naturale di molte cardiopatie terminali, consolidato nelle sue potenzialità terapeutiche in situazioni diverse per patologia, età e sesso, e condizionato nella sua realizzazione solo dalla limitata disponibilità di donatori. La qualità di vita è notevolmente migliorata in tutte le classi di età, con ritorno ad una normalità lavorativa, scolastica, sociale e relazionale nella maggioranza dei casi. Questi risultati erano inimmaginabili ai tempi di Barnard: decenni di ricerche, sperimentazioni ed attività clinica hanno permesso di raggiungere obiettivi qualitativi che fanno del trapianto cardiaco uno dei trattamenti di maggior successo in campo medico dell'ultimo secolo.

Quali sono i criteri attuali che guidano la selezione dei candidati al trapianto cardiaco?

L'età media dei pazienti adulti (>18 anni) sottoposti a trapianto cardiaco è andata progressivamente aumentando negli anni. I pazienti con età > 60 anni rappresentano attualmente il 25% dell'intera popolazione trapiantata e quelli > 65 anni almeno il 10%, a conferma che l'età avanzata non costituisce di per sé una controindicazione al trapianto come viceversa considerata negli anni '70. Il cambiamento del dato anagrafico si riflette in un altrettanto significativo mutamento del rapporto tra i sessi maschile e femminile, ed in una maggior presenza di comorbidità. Una parimenti quota di giovani pazienti, dall'epoca neonatale all'adolescenza, per lo più portatori di cardiopatie congenite complesse e già

sottoposti a chirurgia palliativa o correttiva, trova una soluzione terapeutica radicale nel trapianto cardiaco, essendo venute meno le iniziali riserve sul regolare sviluppo dell'organo trapiantato e dell'intera massa corporea. Alcune patologie, in passato considerate controindicazioni assolute al trapianto, quali l'obesità, un precedente neoplastico ravvicinato, il diabete insulino-dipendente con danno d'organo, l'insufficienza renale avanzata e la patologia vascolare periferica sintomatica, vengono attualmente valutate su base individuale e rivestono per lo più un ruolo di rischio aggiuntivo, ma tale da non precludere a priori la possibilità di un trapianto cardiaco. Da sempre, la miocardiopatia sia primitiva che secondaria rappresenta la patologia più frequente sottoposta a trapianto cardiaco. Il cambiamento più significativo verificatosi rispetto agli anni '70 è quello relativo al "timing" con cui si pone indicazione e conseguentemente allo "status" clinico col quale i pazienti arrivano al trapianto. Le nuove opzioni terapeutiche rese disponibili negli ultimi 2 decenni hanno permesso una migliore selezione dei candidati al trapianto, ritardando lo stesso in taluni casi ed evitandolo in altri, oppure hanno consentito una stabilizzazione clinica anche ricorrendo a dispositivi meccanici che la tecnologia attuale ha reso particolarmente efficaci ed affidabili. Come conseguenza, il trapianto viene riservato generalmente a pazienti con cardiopatie terminali, per lo più ospedalizzati ed in trat-

tamento intensivo e spesso costituisce l'unica modalità di interferire con una storia naturale dall'esito infausto.

Cosa ci può invece dire sulla selezione dei donatori?

È bene ricordare che al tempo dei primi trapianti, la morte del paziente si identificava con la morte cardiaca, per cui il prelievo d'organo era consentito solo dopo documentata e persistente asistolia, dovendo ricorrere ad una circolazione extracorporea per rianimare e recuperare l'organo, per un suo utilizzo. Fu senz'altro merito anche del primo trapianto di Barnard, se già pochi mesi dopo, nel 1968, una Commissione di esperti stabilì i criteri di morte cerebrale, secondo i quali si dichiarava la morte del paziente, consentendo non solo una maggiore disponibilità di organi perchè ancora vitali, ma anche un'espansione dell'attività per la possibilità di prelievo a notevole distanza dalla sede di trapianto. Tuttavia, col passare degli anni si è assistito ad un allargamento della forbice tra richiesta di trapianto e disponibilità di organi, nonostante una progressiva liberalizzazione dei criteri di selezione dei donatori che ha fatto sì che l'età media dei donatori sia aumentata di quasi 10 anni, passando da una media di 23 anni agli inizi degli anni '80, a quella attuale di 32 anni, con ricorso a donatori ultracinquantenni nel 15% dei casi. Nell'esperienza italiana l'età media dei donatori sfiora i 40 anni e sempre più frequentemente vengono utilizzati donatori > 60 anni. Inoltre, a fronte della

scarsità di organi disponibili e di una domanda in forte crescita, si è ricorsi sempre più spesso a donatori dalle caratteristiche non ottimali per qualità generali o per quelle più specifiche d'organo. Pur in assenza di dati omogenei di confronto, si può tranquillamente affermare che 1/3 dei donatori utilizzati attualmente non sarebbe mai stato preso in considerazione all'epoca dei primi trapianti cardiaci e tanto meno utilizzato. L'assegnazione di un organo ad un dato paziente segue i criteri clinici dell'urgenza e dell'anzianità di lista d'attesa, rispettando comunque i principi di compatibilità antropometrica donatore-ricevente e di compatibilità immunologica, "in primis" il gruppo sanguigno ABO. Nel tentativo di migliorare il reperimento di organi, più recentemente si sono superati i limiti rigorosi di selezione ricorrendo a donatori con patologie infettive sistemiche (HBV+, HCV+) o patologie morfologiche d'organo (ipertrofia severa, coronaropatia), ma con risultati mediamente inferiori allo standard ed eticamente discutibili.

Quanto ha contribuito al miglioramento dei risultati del trapianto cardiaco l'introduzione della terapia immunosoppressiva?

Tantissimo. L'introduzione della Ciclosporina nella terapia immunosoppressiva e la sua successiva taratura in combinazione con altri farmaci ha drasticamente cambiato la storia del trapianto cardiaco, permettendo una sopravvivenza dei pazienti inima-

ginabile in era pre-Ciclosporina ed una qualità di vita normale per i più, a seguito della drastica riduzione delle complicanze immunologiche (rigetto/infezione) e degli effetti tossici dei farmaci. La successiva introduzione di altri immunosoppressori e la loro combinazione in formulazioni diverse, hanno permesso di ottenere una buona tolleranza immunologica (adattamento organo-ricevente) ed una minimizzazione del rischio infettivo o neoplastico.

Ad oggi quali sono i risultati del trapianto cardiaco?

Attualmente la sopravvivenza a 5 anni dei pazienti trapiantati di cuore è vicina all'80%, la popolazione dei trapiantati si dimezza dopo circa 11 anni e dopo 13 se viene considerata la sola popolazione sopravvissuta ad 1 anno dal trapianto. Il miglioramento negli anni della sopravvivenza è stato significativo soprattutto nei primi 6 mesi post-trapianto per annullamento di una delle cause più frequenti di insuccesso, l'insufficienza d'organo. È ovvio che nei risultati di sopravvivenza, soprattutto se a medio e lungo termine, giocano un ruolo non indifferente non solo le variabili pre e peri-operatorie del ricevente e del donatore, ma anche numerose altre di follow-up legate all'interazione immunologica, e quindi alla compatibilità organo-paziente, al grado di immunosoppressione necessario ed ai suoi effetti tossici collaterali, alle complicanze ed alle loro modalità di trattamento.

Professore siamo al temine della nostra chiacchierata: quale messaggio possiamo lasciare ai nostri lettori?

Come si è visto, il trapianto cardiaco nell'era moderna sembra aver acquisito contorni diversi da quelli del passato, essendo destinato ad una popolazione di candidati più e meglio selezionati, in uno stato di maggiore necessità ma non necessariamente di maggiore gravità clinica, leggermente più vecchi, con più co-patologie, e già sottoposti a svariati e ripetuti trattamenti medico-chirurgici; d'altro canto, considerata la cronica carenza d'organi, si è fatto ricorso a donatori sempre più anziani, in una percentuale crescente meno ottimali, e con tempi di ischemia d'organo più prolungati. Nonostante ciò, i risultati clinici in termini di sopravvivenza a breve e lungo termine non sono peggiorati, anzi, sono progressivamente migliorati, soprattutto per il ridursi della mortalità

peri-operatoria. La grandissima esperienza maturata a livello mondiale e l'analisi dei dati raccolti ha permesso di soppesare con estrema precisione il rischio relativo di svariate variabili cliniche e, di conseguenza, di formulare una prognosi attendibile di un dato trapianto, consentendo ad operatori e pazienti una scelta consapevole e non più casuale come nel passato. Le informazioni ormai consolidate hanno tracciato in modo netto i limiti terapeutici del trapianto, che rimane opzione risolutiva ed efficace, difficilmente ripetibile, limitata nel tempo e sostanzialmente destinata a pochi. Per il futuro è auspicabile che opzioni innovative, dal sostituto meccanico al trapianto cellulare, che non prevedono la sostituzione completa dell'organo, se non in rari casi, acquisiscano la stessa affidabilità terapeutica del trapianto a beneficio di una popolazione crescente di pazienti bisognosi in quanto portatori di una cardiopatia terminale.

LA VEDOVA

A Napoli tutto può succedere, basta non meravigliarsi, diceva l'indimenticabile Federico Marsico. Raccontava di un maggiore americano che chiese al cameriere della trattoria dove mangiava abitualmente di fargli conoscere qualche donna discreta, sui quaranta, precisò, non una giovane perché non voleva rimorsi. L'ideale, aggiunse, sarebbe una vedova. Vincenzo, il cameriere, promise che l'avrebbe accontentato quanto prima.

Il maggiore conobbe la vedova, poteva andarla a trovare tutti i giorni, salvo il giovedì, il giorno in cui con un velo nero andava al cimitero dove, per un'ora, sostava davanti alla tomba del marito a pregare e piangere in silenzio.

In realtà, commentava Marsico, la signora non era vedova e la tomba era di uno sconosciuto. "Cosa vuole, si giustificò Vincenzo impassibile, è una mia cugina, una brava donna. Bisogna pur campare!"

F.F.

Qualche secondo di buonumore

La pagina mancante del censimento

1 NOTIZIE ANAGRAFICHE

1.1 Nome

- Sì
- No

1.2 Cognome

- Sì
- No

1.3 Relazione di parentela o di convivenza con l'intestatario del Foglio di famiglia

- Coniuge dell'intestatario
- Amico dell'intestatario
- Convivente a tratti
- Figlio dell'intestatario
- Figlio dell'intestatario ma somiglio a mio zio
- Fratello o sorella dell'intestatario
- "buongiorno e buonasera" con l'intestatario
- Nonno morto dell'intestatario
- Cugino alla lontana dell'intestatario
- Non so cosa significa "intestatario"
- Ho in testa Dario

2 PROPRIETÀ E STRUTTURA DELL'ABITAZIONE

2.1 Lei abita in una...?

- Casa
- Altro tipo di alloggio (baracca,roulotte,camper, panchina, posti da barboni, insomma)

2.2 L'alloggio è occupato da:

- Una sola famiglia
- Due o più famiglie che coabitano
- Una manica di str.....

2.3 Chi è il proprietario dell'abitazione?

- Persona fisica (o più persone)
- Una Banca o uno Strozzi
- Non è sua ma gliela stanno pagando a sua insaputa

2.4 Qual è la superficie dell'abitazione?

- Grande
- Piccola
- Sono un'inguaribile ottimista, mi sento a casa ovunque

3 ACQUA E IMPIANTI IGIENICO SANITARI

3.1 Ha l'acqua in casa?

- Sì
- No
- Per terra, tre dita

3.2 Fa le puzze quando fa il bagno nella vasca?

- Sì
- No

3.3 Alza la tavoletta?

- Sì
- No

4 IMPIANTO DI CLIMATIZZAZIONE

4.1 Ha freddo?

- Sì
- No

4.2 Ha caldo?

- Sì
- No

5 STATO CIVILE E MATRIMONIO

5.1 È coniugata?

- Sì
- No

5.2 Numero di invitati alla cerimonia

- Più di 7
- Meno di 700

5.3 Regali?

- Sì
- Di m.....

6 CITTADINANZA

6.1 È italiano?

- Sì
- No

6.2 Perché?

- Sì
- No

7 ISTRUZIONE E FORMAZIONE

7.1 Sa leggere?

- Sì
- No

7.2 Sa mettere le X?

- Sì
- No

7.3 Qual è il titolo di studio che avrebbe voluto?

- Pilota
- Astronauta
- Uomo ragno
- Carabiniere

Questo lo legge?

8 LUOGO DI STUDIO E DI LAVORO

8.1 Lavora?

- Sì
- No

8.2 Se no, non si sente un parassita?

- Sì
- No

8.3 Se lavora, c'è figa nel suo ufficio?

- Sì
- No

8.4 Pensi un numero da uno a cento

- Sì
- No

8.5 Trentacinque?

- Sì
- No

8.6 Dove si trova in questo momento?

- Sì
- No

8.7 Lo sa di vivere in un paese di m.....?

- Sì
- No

Quando il fumo era bello

di Eligio Piccolo

Senza voler riandare ai tempi precolombiani quando al di qua dell'Atlantico non lo si conosceva ancora e aldilà lo si usava solo nelle agapi importanti o come suggello di pace fra le tribù indiane, il famoso calumet, abbiamo vissuto un lungo periodo di secoli durante il quale il fumo si era guadagnato una reputazione tutto sommato onorevole. Qualcuno, tuttavia, già allora, proprio dal confronto fra il modo parsimonioso usato dagli indios e quello intensivo con cui questa abitudine si era diffusa tra i conquistatori e nel mondo intero, aveva intuito che sotto sotto essa non fosse poi così rassicurante per la nostra salute. E aveva perfino insinuato che quell'alone di vizio aleggiante fra le sue nuvole seducenti, unito al piacere che procurava, lo avvicinasero al peccato, da cui i pronunciamenti sulla sua proibizione da parte di alcune autorità ecclesiastiche e di sovrani. Non così severi peraltro, sia



perché piaceva a molti prelati, magari sotto forma di polvere da sniffare, ma soprattutto perché questo “innocente” diletto incrementava i proventi dello stato e dei numerosi trafficanti. “Quando lei, gentile madame, mi suggerirà un negozio che aggiunga all’erario tanti denari quanto il fumo”, disse un giorno il Principe de Tailleirand a una marchesa piuttosto schizzinosa che si lamentava della cattiva abitudine dilagante, “allora sarò disposto ad accogliere la sua proposta di proibirlo”.

Fino agli anni sessanta del secolo scorso il fumo era diventato un compagno piacevole di un numero sempre crescente di persone, specie da quando il costo delle differenti qualità di tabacco e di sigarette o sigari aveva consentito anche all’operaio e al piccolo impiegato di avvicinarsi a chi ne aveva fatto una specie di privilegio sociale. Il tutto con la “o” finale però, perché la “a” di donna fu per lungo tempo avversata e discriminata, come se fumare fosse un tratto maschile, un testosterone che solo l’uomo poteva permettersi. Ai fumoir, i salottini separati nelle case di censo elevato, vi accedevano esclusivamente gli uomini dopo un convivio. A iniziare il cambiamento fu la donna fatale, quella che per prima apparve fin dal cinema muto con il suo lungo bocchino di avorio volteggiato come un’arma di seduzione, ma aveva infatti un sottofondo di peccaminosità e di contestazione. Non così rumorosa come quella dei nostri anni settanta, ma ne fu un timido assaggio, che consentì con il tempo un’acettazione del fumo sempre meno scan-

dalizzata a misura che lo furono anche l’uso dei pantaloni e le competizioni sportive. Mia madre, lavoratrice impegnata nella Sanità e in casa, non aveva tempo, diceva, per questi vizi e criticava certe colleghe ostetriche che lo facevano quasi per avvicinarsi in qualche modo alla professione medica, ancora dominata dal maschilismo. Tuttavia, ma solo per la moda, si concedeva ogni tanto una sigaretta bionda, di quelle che uscivano dal pacchetto, ovali e non rotonde, soltanto alla fine di un pranzo importante con gli amici, nelle grandi occasioni diceva. Alcuni genitori meno rigorosi lo permettevano, non senza una travagliata riluttanza, ai ragazzi già grandicelli e ricordo ancora una madre austera che addirittura consigliava al figlio di accendere una sigaretta quando usciva nelle giornate fredde per proteggersi i bronchi con una calda “boccata”.

Insomma, alla metà degli anni ‘60, mentre usciva il famoso Rapporto Terry, che cambierà il modo di pensare, in primo luogo dei medici, il fumo aveva raggiunto il suo apogeo di diffusione, di accettazione e di inviti commerciali: con centinaia di tipi di sigarette, dalle light alle strong, di sigari, dai cubani ai toscani, di tabacchi per pipa, da quegli inglesi agli olandesi, di pipe, dalla radica alla schiuma, di accendini di mille foggie fino a quelli firmati Cartier o Danhill; insomma un mercato fiorentissimo, per tutti i gusti e per tutte le tasche. Ma a romperle è arrivato come un fulmine un nuovo Lutero, Luther Terry, che con la sua autorità di *Surgeon General of the Public Health Service*, designato personalmente dal Presidente J.F. Kennedy, dopo



anni di ricerche comunicava nel 1962 al *Royal College of Physician* che il fumo era causa di cancro e di bronchiti. Nel 1964 uscirà il suo famoso Rapporto e dal 1965 la *Federal Trade Commission* stabilirà l'obbligo di segnalare questo rischio nei pacchetti di sigarette, circa 40 anni prima della decisione del nostro Ministero della Sanità e quasi cinquanta prima del cattivo esempio che alcuni nostri politici continuano a ostentare in televisione.

A dire il vero quella di Terry non fu la primissima segnalazione medica perché già ai tempi del cosiddetto morbo di Buerger, agli inizi del secolo scorso, si osservò che

questa arteriopatia delle gambe colpiva solo i maschi, perché solo loro fumavano. A partire poi dal Rapporto del '64 si scoprì che non solamente le arterie periferiche, ma anche quelle coronariche, le carotidi e altri vasi essenziali per la vita ammalavano più facilmente con il fumo. Un compendio di conoscenze che da un lato ci ha reso più informati, più avvisati e quindi mezzo salvati, ma dall'altro anche un po' più malinconici perché l'uomo che fatica tanto per costruirsi un suo giardino dell'Eden, un piccolo paradiso artificiale, sul più bello trova sempre qualcuno che gli ricorda i suoi limiti e lo rimette in riga.

Tecniche di meditazione

“mindfulness-based stress reduction” in cardiologia

di Alberto e Piero Dolara



L'applicazione medica delle pratiche di meditazione è qualcosa di serio oppure si tratta, come dicono gli americani, di un “new age mumbo-jumbo”? Mumbo-jumbo, è un'espressione d'incerta etimologia, che nello slang indica un rituale semimagico senza alcuna base scientifica. Se lo domanda recentemente una rivista popolare come Time Magazine dato che milioni di persone negli Stati Uniti e in altre parti del mondo si dedicano a pratiche di meditazione. Mettendo alcuni punti sulle i possiamo tentare di verificare le ricadute delle pratiche meditative sul nostro benessere e la nostra salute, in particolare per quanto riguarda l'apparato cardiovascolare.

Le pratiche di meditazione “mindfulness” hanno origini lontane e provengono dalla tradizione indiana Veda (che significa conoscenza) del periodo 1500-500 a.C., del Buddismo (circa 400 a.C.) e delle sue derivazioni nei paesi asiatici. La radice del termine meditazione è il sanscrito MED che significa soppesare, misurare. Per “mindfulness” s'intende una pratica nella quale, utilizzando una serie di esercizi, si ottiene la focalizzazione della mente sul presente, la sospensione dei giudizi di merito e la riduzione del coinvolgimento emotivo. Le tecniche di “mindfulness” sono varie: alcune consistono nella semplice ripetizione di un mantra senza apparente significato, altre (le più



Diffusione delle pratiche di meditazione di derivazione vediana o buddista nell'estremo oriente

correntemente utilizzate) sono basate sulla focalizzazione dell'attenzione e sul controllo di attività fisiche ripetitive, come la respirazione. Un esercizio comunemente utilizzato, che deriva dalle pratiche dei monaci tibetani, è l'Anapanasati (ANA = respiro dentro) (PANA = respiro fuori) (SATI = coscienza), consiste nel concentrare l'attenzione in maniera selettiva sul respiro (lungo, breve, sul labbro superiore, che perfora ogni organo del corpo) allontanando con gentilezza ogni pensiero interferente. L'esercizio ha la durata di circa un'ora, e insieme ad alcune semplici pratiche yoga è la base delle tecniche di "mindfulness-based stress reduction" (MBSR), utilizzate nel centro di Worcester del Massachusetts General Hospital fondato da John Kabat-Zinn negli anni '70, e adesso diffuse in varie parti del mondo. Il trattamento di base ha una durata di tre mesi, che possono essere replicati dal paziente.

In medicina esistono molteplici applicazioni terapeutiche della MBSR: nella terapia del dolore, della depressione, della cefalea e di alcune malattie cutanee a base psicosomatica. Nell'ultimo decennio, grazie a specifici finanziamenti del National Institute of Health (USA), sono anche stati studiati gli effetti della mindfulness con tecniche di imaging cerebrale in vivo. I dati, in particolare raccolti da Richard Davidson dell'Università del Wisconsin, indicano che le pratiche di mindfulness modificano l'attività elettrica cerebrale e le funzioni di numerosi centri corticali e sottocorticali in risposta a emozioni negative, suoni disturbanti e stimoli dolorifici.

Sugli effetti a livello cardiovascolare sono stati pubblicati alcuni studi clinici con-

trollati su pazienti trattati con programmi di "mindfulness meditation" o "mindfulness-based stress reduction". Gli studi finora pubblicati hanno mostrato effetti positivi, quali la riduzione della pressione arteriosa, la riduzione della mortalità post infarto, la riduzione dei disturbi del ritmo cardiaco e una maggiore sincronizzazione cardiorespiratoria di significato funzionale ancora da definire. Una di queste ricerche, condotta in un centro americano, ha dimostrato una riduzione significativa degli attacchi acuti nei pazienti con malattie coronariche, un aumento della capacità funzionale e un miglioramento della qualità della vita; uno studio brasiliano su pazienti con scompenso cardiaco ha evidenziato diminuiti livelli di norepinefrina circolante nei pazienti trattati con metodiche di mindfulness. I pochi dati clinici pubblicati su riviste internazionali su pazienti con afezioni cardiocircolatorie sembrano nel complesso promettenti.

In conclusione, è la "mindfulness" una panacea e quindi un "new age mumbo-jumbo" o un approccio di medicina complementare potenzialmente utile? Come sempre una risposta ragionata è la migliore. Secondo le evidenze attualmente disponibili, se pur limitate, le tecniche di meditazione possono avere un ruolo nel trattamento di alcune patologie, incluse le patologie cardiache. L'istituzione di corsi master post laurea a Firenze ed in alcune altre sedi universitarie sembra anche indicare che esiste una giustificazione scientifica per iniziare l'applicazione di tecniche di "mindfulness" anche nel nostro Paese e facilitare nuovi studi clinici controllati anche nel settore cardiologico.

La RICERCA del *Centro per la Lotta contro l'Infarto* - *Fondazione Onlus*

Prediction of cardiovascular events by inflammatory markers in patients undergoing carotid stenting.

(Mayo Clin Proc 2012; 87 (1): 50-58)



Che rapporto esiste tra stenting carotideo, infiammazione ed eventi cardiovascolari futuri?

Francesco Versaci, Bernhard Reimers, Francesco Prati, Achille Gaspardone, Costantino Del Giudice, Andrea Pacchioni, Alessandro Mauriello, Claudio Cortese, Paolo Nardi, Anna De Fazio, Giovanni Alfonso Chiariello, Igino Proietti, Luigi Chiariello.

Intervista di **Filippo Stazi**

Prof. Versaci, la prestigiosa rivista americana Mayo Clinic Proceedings ha recentemente pubblicato i risultati di uno studio da Lei condotto in collaborazione con il Centro per la Lotta contro l'Infarto. Ci può brevemente illustrare i contenuti della Sua ricerca?

È ormai accertato che l'infiammazione gioca un ruolo importante nel causare l'instabilità di una placca e nel promuovere la progressione della malattia aterosclerotica. Partendo da questo presupposto siamo voluti andare a vedere se, in pazienti sottoposti ad impianto di stent sulle arterie carotidee e che non avevano una coronaropatia significativa, i livelli preprocedurali di alcuni markers di infiammazione fossero o meno predittivi del grado di attività della malattia aterosclerotica e del rischio di futuri eventi cardiovascolari quali morte cardiaca, infarto miocardico, stroke, ischemia cerebrale transitoria, restenosi carotidea o necessità di rivascularizzazione miocardica.

Che risultati avete ottenuto?

I pazienti sono stati studiati per cinque anni ed al termine di questo periodo abbiamo rilevato che in effetti i livelli di alcuni markers infiammatori (pro-

Francesco Versaci



teina C reattiva, interleukina 6, recettore per l'interleukina 6) misurati prima del posizionamento dello stent carotideo erano associati con il rischio di futuri eventi cardiovascolari. I pazienti, cioè, che avevano livelli più alti di questi markers presentavano una maggiore probabilità di presentare un evento cardiovascolare nei cinque anni successivi.

Che significato bisogna dare a questi risultati?

I nostri dati provano che i markers d'infiammazione sono correlati al grado di attività della malattia aterosclerotica e che sono predittivi del successivo rischio di eventi cardiovascolari. Ancora più importante è però, a mio avviso, l'osservazione che vi è un nesso tra l'infiammazione e la progressione della malattia anche in di-

stretti arteriosi differenti da quello inizialmente malato. I pazienti del nostro studio, infatti, avevano all'inizio una lesione del solo distretto carotideo ma la presenza di elevati livelli infiammatori li poneva comunque ad elevato rischio di lesioni anche nel distretto arterioso coronarico.

Che ricadute pratiche potrebbe avere il vostro studio?

Se i nostri dati dovessero essere confermati da ulteriori studi è possibile ipotizzare che i markers d'infiammazione possano essere in futuro utilizzati per identificare non tanto le "placche vulnerabili" quanto i "pazienti vulnerabili" ossia quei soggetti che sono particolarmente predisposti al rischio di eventi cardiovascolari e che quindi potrebbero maggiormente beneficiare di misure preventive e terapeutiche aggressive.

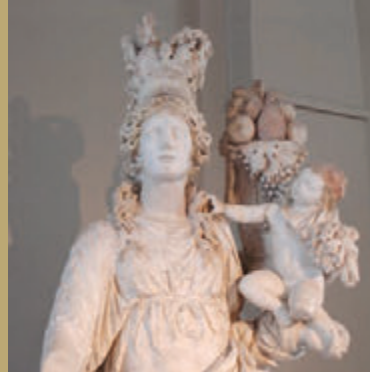
Dalla Finlandia con amore

Dal freddo Nord ci arriva fresca una notizia che offre qualche speranza al destino dei nostri bimbi grassottelli (*NEJM, novembre 2011*). Stiamo parlando dei fanciulli e adolescenti obesi o in sovrappeso, che secondo le statistiche dei paesi più sviluppati sono circa il 20% e, se li guardiamo a fondo, mostrano già i segni di una arteriosclerosi iniziale. Non li possiamo considerare dei veri malati, ma hanno i presupposti per diventarlo da adulti più facilmente dei coetanei con peso normale. In loro infatti vi si possono già cogliere una pressione tendenzialmente alta, il colesterolo e gli altri grassi alterati, una difettosa tolleranza agli zuccheri (premonitrice di diabete) e all'autopsia di chi muore accidentalmente alcuni segni nelle arterie che non dovrebbero esserci a quell'età. Secondo precedenti ricerche credevamo che l'obesità infantile "condannasse" non solo gli impenitenti, quelli che anche da adulti rimangono extra-large, ma perfino chi con dieta e attività fisica si rimette in riga, una specie di condanna da peccato originale. Invece, piacevolmente, alcuni ricercatori finnici, capeggiati da Markus Jounala, dopo un lungo ed amorevole lavoro durato 23 anni, ci stanno precisando che il rischio dei bambini in sovrappeso od obesi persiste solo se essi rimangono tali anche da adulti. In altre parole, quelli che da grandi conquistano un indice di massa corporea normale si aggiudicano anche una "verginità" pari a quella dei soggetti che non sono mai stati grassi, beneficiando di una specie di indulgenza plenaria. E' una notizia certamente consolante per la medicina preventiva, ma gli ipercritici, coloro che cercano sempre il pelo nell'uovo, ci fanno osservare che purtroppo la percentuale di bambini o adolescenti obesi che diventano normali da grandi è molto bassa, visto che l'82% dei ciccioni sarà tale anche nell'età adulta.

E.P.

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.*

L'artista di cui non esistono opere

Di Alceo Dossena molti non conoscono neppure il nome che non è mai comparso nei manuali di storia dell'arte e non è presente in nessuna enciclopedia, come se una complice omertà internazionale avesse voluto cancellare ogni ricordo di lui.

È stato l'involontario protagonista di una storia rimasta misteriosa, nella quale nessuno ha mai seriamente indagato per fare chiarezza.

La vicenda esplose clamorosamente nel mondo dell'arte nel 1928, con la notizia arrivata dall'America che una meravigliosa decorazione tombale di Mino da Fiesole, esposta al *Museum of Fine Arts di Boston*, era un falso, probabilmente uno di tanti, opera di uno sconosciuto scultore italiano contemporaneo.

In sede giudiziaria Alceo Dossena, confermò la fondatezza della denuncia aggiungendo di essere artefice di molte sculture antiche esposte nei più importanti musei e collezioni private



Alceo Dossena

Santa Agnese, rilievo in marmo, stile senese, fine del '300

d'Europa e d'America. Elencò i falsi del Metropolitan di New York, del Museo di Monaco, di Berlino e di tanti altri, statue tutte comparse non si sa dove, in vari periodi e pagate, non a lui, molti milioni di dollari. In maggioranza, come nel caso del monumento funebre detto di Caterina Savelli del Museo di Boston, erano scolpite nello stile di Mino da Fiesole. La notizia era talmente sconvolgente che nessuno volle credergli nonostante la ricchezza dei particolari forniti.

William J. Joug, un giovane scienziato, per incarico del direttore del Museo di Boston, esaminò la statua ricorrendo a tutti gli accertamenti più moderni, giungendo alla conclusione che la statua portava sì il segno di qualche restauro moderno, ma era senza dubbio opera di uno scultore dell'undicesimo secolo come attestava inconfutabilmente l'età del marmo alla fotografia al microscopio ai raggi ultravioletti e ad altri metodi di indagine assolutamente sicuri.

Dossena, in quell'occasione, di fronte alla generale incredulità, perse la pazienza e fece ciò che non aveva mai fatto prima. Nella sua bottega di via di Ripetta, a Roma, conservava il dito mancante alla statua di Boston, nonché le fotografie di molte opere e frammenti. Portò anche le testimonianze degli spedizionieri.

All'incredula Gisela Richter, curatore del Metropolitan per la scultura classica, spiegò nei dettagli le sue tecniche per invecchiare il marmo.

Quando non ci furono più dubbi sulla falsità, iniziarono i tentativi di mettere a tacere



lo scandalo. Il processo, che si preannunciava clamoroso, non venne celebrato, senza che venissero date giustificazioni.

Il falsario confesso era nato a Cremona nel 1878, si chiamava Alceo Oletti, figlio di ignoti, prese il nome del padre Dossena, un povero facchino, quando questi sposò la madre e lo riconobbe.

La vocazione per le arti figurative, in particolare per la scultura, si manifestò prepotente fin da ragazzo, quando passava intere giornate nel Duomo e nelle altre chiese della sua città ad esaminare le opere degli antichi scul-

tori lombardi affascinato dalla patina che i marmi acquisivano coi secoli.

Frequentò la scuola d'arte e, contemporaneamente la bottega dei Monti a Cremona; per sbarcare il lunario faceva occasionali lavori nel cimitero. Per la sua abilità nello scolpire opere ispirate all'arte antica, venne spesso chiamato a fare tombe a Parma e a Milano. Si dice che, già allora, qualche sua scultura andasse in Francia e in Svizzera.

Al ritorno dalla prima guerra, venne invitato a fare restauri di sculture a Roma ed entrò nel giro degli antiquari e dei mercanti d'arte della capitale.

Se si deve credere ad un suo affezionato collaboratore, la metamorfosi professionale di Dossena fu casuale. Lavorava nel quartiere Trionfale in un laboratorio di fortuna quando, in difficoltà economiche più gravi del solito, chiese un prestito al proprietario di un'osteria dando in pegno la statuetta di un santo. L'oste, all'insaputa del Dossena, la vendette ad un antiquario-gioielliere di nome Fasoli, il quale volle conoscere l'autore e gli propose di lavorare per lui, scolpendo numerose statue per decorare una chiesa in costruzione in America. La chiesa, gli spiegò, era in stile italiano del Rinascimento per cui anche le statue avrebbero dovuto avere la patina e lo stile del XV e del XVI secolo.

Dossena accettò entusiasta la proposta senza badare alle clausole del contratto che, sempre secondo il suo allievo Luseti, il Fasoli aveva astutamente inserito perché l'impegno non potesse essere facilmente rescisso.

Secondo la stessa fonte, il Fasoli, già allora, avrebbe ricavato ingenti somme, men-

tre Dossena, per compensi modesti, seguì a creare capolavori che vennero attribuiti da direttori di musei e da studiosi, a Giovanni e Nino Pisano, Simone Martini, Donatello, Vecchietta e Mino da Fiesole, opere sull'autenticità delle quali nessuno ebbe mai dubbi.

Non si sa cosa pensare di Alceo Dossena che non aveva mai fatto copie, ma statue come le avrebbero sapute fare solo grandi maestri del passato. Oltre alla modellazione magistrale, impiegava tecniche di sua invenzione riuscendo ad ottenere patine sui marmi non distinguibili da quelle prodotte dal tempo.

Era veramente all'oscuro di tutto? Probabilmente sì, è certo che non conosceva la destinazione né i prezzi pagati per le sue opere: è anche probabile che se li avesse conosciuti non gliene sarebbe importato niente. Riceveva i modesti compensi pattuiti, a causa dei trabocchetti contrattuali senza che mai riuscisse ad estinguere totalmente i suoi debiti: guadagnava quanto gli bastava per condurre la vita che gli piaceva.

Chi lo conobbe lo descrive come un uomo impulsivo, semplice, senza orgoglio né amor proprio, privo di problemi al di fuori del quotidiano.

Non si alzava mai prima delle dieci, lavorava per due o tre ore, poi andava nelle osterie fino alle tre di notte.

Non cambiò neppure dopo che divenne famoso e le sue "creazioni" gli venivano ordinate da ogni parte. Persino il principe Borghese gli commissionò un busto della moglie in stile primo Rinascimento.

Con segretezza venivano da lui anche direttori dei musei e collezionisti famosi, per

chiedergli la garanzia che le sculture che aveva eseguito non erano opera sua, ma reperti di scavi archeologici. Dossena dava spiegazioni talvolta un po' elusive.

Quando il commercio cominciò ad essere pericoloso, Fasoli e soci ritennero opportuno liberarsi di Dossena e lo fecero arrestare con l'accusa di aver sputato su una statua del Duce che gli avevano commissionato. Alcuni anni prima era già stato arrestato per un'analoga accusa, e si diceva che l'avesse fatto assolvere il suo concittadino Farinacci. Qualche piccola truffa da poche lire l'aveva fatta in gioventù, beffe più che imbrogli, una delle quali ricorda le teste di Modigliani dei giovanotti livornesi. Ne fu vittima il marchese Soncini, conservatore del museo di Cremona, che comperò a sue spese in perfetta buona fede un frammento di scultura quattrocentesca ritrovato in una fogna dove il comune si accingeva a fare scavi.

Dossena è stato o no un falsario?

Neppur questo è chiarito. Gli piaceva essere considerato straordinariamente abile nel creare opere d'arte nello stile di vari periodi, dalla scultura greca al Rinascimento, che scolpiva su ordinazione e vendeva per modesti compensi. Si indignò molto e sembra

sinceramente, quando apprese che le sue opere erano spacciate e vendute come autentiche a suon di milioni di dollari. Sul fatto che fosse all'oscuro di tutto è lecito qualche dubbio, ma nessuno poté mai provarlo. Nel 1938, mentre era ricoverato per alcolismo cronico nell'ospedale *San Giacomo di Roma*, di fronte allo studio del Canova, morì improvvisamente per probabile emorragia interna. Aveva cinquantanove anni, portò con sé tutti i segreti.

Secondo molti critici avrebbe avuto la dote per essere un grandissimo scultore, ma gestì sempre male il proprio talento.

Viene considerato il più grande falsario di tutti i tempi, ma si tratta di un'ingiustizia. Non è mai stato veramente studiato e oggi non è più possibile, perché di opere certamente sue se ne conoscono pochissime, fatte negli ultimi anni di vita. Evidentemente troppi erano e sono gli interessati a stendere e a mantenere un velo di silenzio sulle sue opere e il mistero molto probabilmente non sarà mai svelato.

Negli anni quaranta un anziano signore romano si vantò di possedere "alcuni autentici Dossena", ma anche di quelle statue si è persa ogni traccia.

Food for Thoughts

a cura di **Mario Albertucci**



Quanto conta il “talento”? È una domanda che con un po’ di invidia si pongono tutte le persone “normali”. In tutti gli aspetti della nostra vita, però, ci accorgiamo che il “talento” effettivamente conta e ne rimaniamo affascinati quando lo incontriamo.

Ma cosa ci vuole per “averlo”? Basta lavorare sodo o è un dono riservato a pochi eletti? L’editoriale del The New York Times del 19 Novembre 2011 ha pubblicato questo articolo di David Z. Hambrick and Elizabeth J. Meinz, professori associati di psicologia alla Michigan State University e alla Southern Illinois University dove si cerca di rispondere a queste domande.

Spiacente per quelli che si impegnano: il talento conta.

Come fanno le persone ad acquisire livelli elevati di maestria nelle scienze, nella finanza, nella musica, nelle arti e nello sport?

La risposta a questa domanda è stata per lungo tempo il fulcro di un dibattito molto animato tra gli psicologi.

I risultati di svariate ricerche condotte negli ultimi decenni hanno dato adito a pensare che gran parte della risposta fosse molto semplice: più si pratica più si diventa esperti.

In un pionieristico studio K. Anders Ericsson, psicologo presso la Florida State University, insieme ai suoi colleghi ha chiesto agli studenti di violino dell’Accademia Musicale di fare una stima delle ore che avevano passato ad esercitarsi da quando ave-

vano cominciato a suonare. All’età di 20 anni gli studenti che secondo i loro professori erano i “migliori” musicisti avevano accumulato una media di 10.000 ore di pratica, quelli che i professori definivano “buoni” ne avevano accumulate 8.000, mentre quegli studenti che venivano definiti “mediocri” non raggiungevano le 5.000 ore di pratica. Questi risultati sono stati sbandierati con grande entusiasmo, forse anche per il loro risvolto meritocratico: quello che sembra separare i “grandi” dai “buoni” è solo il buon duro lavoro, non l’abilità intellettuale. Malcolm Gladwell nel suo famoso libro “Outliers” ha riassunto i risultati della ricerca del Dr. Ericsson affer-

mando che la pratica “ non è quello che fai una volta che sei grande”, ma “quello che fai per diventarlo”. E poi aggiunge che l’abilità intellettuale, cioè quella caratteristica definita dal punteggio nei test di valutazione del quoziente intellettivo, non risulta essere così importante. Una volta che si raggiunge un quoziente intellettivo intorno a 120 (il top 15% di una normale popolazione di studenti dei paesi occidentali) (ndr), il fatto di avere un punteggio ancora più alto non sembra conferire un vantaggio tangibile nel mondo reale.

David Brooks, giornalista del New York Times, riafferma questo concetto nel suo libro *The Social Animal*, mentre Geoff

Colvin, nel suo libro *Talent Is Overrated* aggiunge che “il quoziente intellettivo

predice abbastanza accuratamente l’abilità di compiere attività non conosciute, ma una volta che una persona matura una discreta esperienza non è più accurato nel definire la qualità della prestazione”.

Ma la storia che la scienza racconta non è proprio così. La ricerca ha dimostrato che l’abilità intellettuale, “il talento”, è importante per raggiungere il “successo”, e non solo fino ad un certo punto.

La prima prova è nello studio fondamentale dei ricercatori della Vanderbilt University, David Lubinski e Camilla Benbow che hanno studiato un gruppo di ragazzi intellettualmente molto precoci. I ricercatori hanno seguito le carriere accademiche e lavo-

ratrice di più di 2.000 studenti che avevano ottenuto un punteggio SAT nel top 1% all’età di 13 anni. Il punteggio SAT, test che gli studenti delle scuole superiori statunitensi devono sostenere per accedere al college, è strettamente collegato al quoziente intellettivo tanto che lo psicologo Howard Gardner lo definisce un test di intelligenza “finemente camuffato”. Il dato fondamentale dello studio è che comparando gli studenti che si collocavano “solamente” nel 99,1 percentile per abilità intellettuale, con quelli che invece erano nel 99,9 percentile, quelli cioè estremamente dotati, questi ultimi presentavano un aumento dalle 3 alle 5 volte

della possibilità di conseguire un dottorato, di essere titolari di un brevetto, di pubblicare un

The New York Times

articolo scientifico o un’opera letteraria. In altre parole un alto livello di capacità intellettuale conferisce un enorme vantaggio nel mondo reale.

In un nostro recente studio abbiamo scoperto come la “capacità operativa della memoria”, una componente fondamentale dell’abilità intellettuale, predica il “successo” in un’ampia varietà di attività complesse. In un’aspetto dello studio abbiamo valutato le abitudini all’esercitarsi dei pianisti e testato la loro “capacità di memoria operativa”, che viene misurata valutando la capacità di una persona di ricordare informazioni (come una lista di numeri a caso) mentre sta effettuando un’altra attività. Abbiamo quindi sottoposto ai pianisti un pez-

zo musicale a loro ignoto da leggere ed eseguire per la prima volta. Come ci si aspettava si è trovata una correlazione positiva molto forte tra l'abitudine all'esercitazione dei pianisti e la loro abilità nell'eseguire un pezzo di musica a loro sconosciuto. Infatti le ore totali di esercitazione che il pianista aveva accumulato nella sua carriera erano responsabili di circa la metà della differenza nella qualità della performance. Ma la differenza "capacità di memoria operativa" contribuiva per un ulteriore 7%. In altre parole se prendiamo due pianisti che hanno dedicato lo stesso numero di ore all'esercitazione, è molto probabile che quello con una maggiore "capacità di memoria operativa", sia in grado di fornire una performance considerevolmente migliore.

Sarebbe bello se la capacità intellettuale ed il talento che ne deriva fossero importanti solamente fino ad un certo punto. Infatti sarebbe meglio se non fossero importanti affatto, perché la scienza dimostra che queste caratteristiche si mantengono costanti durante tutto l'arco della vita di un individuo (quindi non può essere migliorato). Ma il fatto di sperarlo non lo rende realtà.

Con ciò non si può certo negare l'importanza dell'applicazione, dell'esercizio e del duro lavoro.

E questo non vuol dire che una persona di intelligenza media non possa ottenere un dottorato in fisica. È solo improbabile.

Qualche volta la storia che la scienza ci racconta non è quella che vorremmo sentire.

Che non fosse solo una questione di pratica ce ne eravamo accorti. Il talento non è acqua, mi ripeteva mia nonna! Ora mentre è facile capire che difficilmente un ragazzo con forti motivazioni possa, praticando all'infinito, eguagliare le prodezze di Maradona, o che un bravo studente del conservatorio con una volontà immensa e un'abnegazione senza limiti sia il nuovo Mozart, è più difficile comprendere quello che definisce la differenza tra un ottimo medico e un grande luminare.

L'esperienza ... certamente, lo studio costante ... certamente, l'intuito affinato dalla costante e metodica ricerca dei fatti ... certamente, ma alla fine quella scintilla in più, quella che risolve solo una piccola percentuale dei casi, quella è il talento! Nel frattempo accontentiamoci di essere ... migliori, i geni possono attendere ... "food for thoughts".

Lettere a Cuore e Salute

D. Quale terapia ipoglicemizzante è da consigliare nel paziente affetto sia da diabete che da cardiopatia ischemica? Quali farmaci utilizzare? Meglio le vecchie o le nuove molecole?

Salvatore P., Palermo

R. Gentile Sig. Salvatore, nella scelta della terapia ipoglicemizzante più idonea per un paziente diabetico con cardiopatia ischemica, dando per scontato che il paziente sia affetto da diabete di tipo 2, si deve tener conto delle caratteristiche cliniche individuali. L'indicazione terapeutica può variare a seconda dell'età del paziente, della durata del diabete, del grado di controllo metabolico e della presenza o meno di insufficienza cardiaca o renale.

Una prima condizione da prendere in esame, forse la più frequente, è quella di un paziente affetto da cardiopatia ischemica cronica, di età compresa fra 50 e 70 anni, non affetto da infarto del miocardio o comunque esaminato a distanza di almeno sei mesi da un possibile precedente episodio, non affetto da insufficienza cardiaca né da insufficienza renale e con uno scompenso metabolico di grado moderato (emoglobina glicata A1c compresa fra 7 e 8.5%).

In questo caso, insieme alle necessarie indicazioni per una modificazione dello stile di vita sul piano nutrizionale e motorio, il farmaco di scelta è la metformina, da usare alla dose giornaliera massima di 2-

2.5 g, da suddividere in più somministrazioni dopo i pasti e da raggiungere gradualmente, nell'arco di una-due settimane, per minimizzare gli effetti collaterali gastro-enterici. La metformina è

controindicata in presenza di insufficienza renale (creatinina superiore a 1.5 mg/dl) o di segni di scompenso cardiaco.

Se con la sola metformina non è possibile raggiungere l'obiettivo



terapeutico, che consiste nel ridurre il tasso di emoglobina glicata al di sotto del 7%, evitando peraltro il rischio di ipoglicemia, è necessario aggiungere un secondo farmaco da scegliere preferenzialmente nella nuova classe di farmaci ad azione incretinica. La scelta può cadere su di un inibitore della dipeptil-peptidasi IV (sitagliptin, vildagliptin), da assumere per bocca, o su di un analogo del GLP-1 (exenatide o liraglutide), da somministrare per via sottocutanea, particolarmente indicato laddove sia presente una condizione di obesità.

Gli analoghi del GLP-1 possono provocare, in una certa percentuale di casi, nausea o vomito, particolarmente nella fase iniziale della terapia, ma presentano il vantaggio, rispetto agli inibitori della dipeptil-peptidasi, di indurre una riduzione del peso corporeo. Entrambe le categorie di farmaci non espongono al rischio di ipoglicemia, particolarmente temibile in pazienti diabetici già portatori di complicanze cardiovascolari.

Se la risposta a questa associazione di farmaci è ancora insoddisfacente è possibile aggiungere un terzo farmaco, in un modello di terapia tripla, come, ad esempio, una sulfonilurea a breve durata di azione o una glinide (repaglinide) a piccole dosi, da somministrare prima di uno o più pasti, avendo sempre cura di evitare il rischio ipoglicemico, oppure, come è consigliabile nel maggior numero di casi, aggiungere alla terapia orale con i due farmaci o con la sola metformina una dose di un analogo dell'insulina ad azione ritardata (insulina glargine o detemir) la sera.

Il passaggio successivo è quello di inserire, nello schema terapeutico, un analogo dell'insulina ad azione rapida prima di uno o più pasti, in un modello di terapia bolo-basale, senza rinunciare alla metformina, se ben tollerata, specialmente in presenza di sovrappeso od obesità.

La terapia insulinica è invece la terapia di scelta fin dall'inizio, senza l'aggiunta di altri farmaci, in pazienti che abbiano superato da meno di sei mesi un infarto del miocardio, che presentino segni di insufficienza cardiaca o che siano in una condizione di grave scompenso metabolico.

Paolo Brunetti , Università degli Studi di Perugia

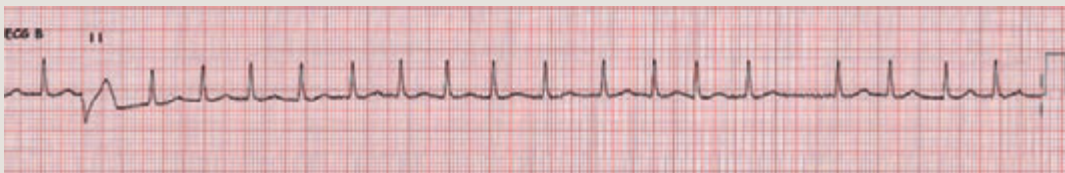
D. **Fibrillazione atriale**

Gentilissimi esperti,
ho ottanta anni e da oltre un decennio soffro di fibrillazioni atriali che inizialmente erano più frequenti e da un paio di anni lo sono molto meno.
Vorrei sapere se per ovviare alle loro possibili spiacevoli conseguenze è meglio assumere una compressa di Plavix o due compresse di Tiklid al giorno.
Vorrei anche conoscere le differenze, ai fini terapeutici dell'uno e dell'altro medicinale, a prescindere dalla loro differenza di costo.
Grato per una risposta, Vi ringrazio anticipatamente e saluto cordialmente.

Rinaldo P., Roma

R.

Carissimo Signor Rinaldo,
la sua domanda è molto sintetica e precisa, ma purtroppo anche altrettanto complessa perché, non solo implica numerose conoscenze, difficili da ricordare tutte, ma soprattutto perché non potendo avere i suoi dati clinici completi rischio di darle una risposta insufficiente. Cercherò tuttavia di esporle le indicazioni che derivano dai tanti studi portati a termine, con encomiabile rigore e competenza, dai migliori esperti nel mondo negli ultimi 15 anni. In primo luogo la sua età ottuagenaria impone cautela nella scelta della terapia, specie se si associasse ad ipertensione e diabete. Ma subito dopo devo anche dirle che gli antiaggreganti piastrinici, cui mi pare lei affidi molte speranze, come l'aspirina, il clopidogrel (Plavix) e la ticlopidina (Tiklid), hanno una scarsa azione profilattica sulle tromboembolie causate dalla fibrillazione atriale. Il farmaco consigliato in questi casi è l'anticoagulante (Coumadin o Sintrom), che purtroppo ha un piccolo rischio emorragico, specie se non viene ben controllato. I tentativi di associare il clopidogrel con l'aspirina per cercare di avvicinarsi ai vantaggi degli anticoagulanti non hanno dato ciò che si sperava, anzi hanno aggravato il rischio emorragico.



Lei, mi par di capire, non è un fibrillante permanente (cronico) né molto persistente (con frequenti episodi), ma soffre di attacchi saltuari di fibrillazione atriale parossistica. Ciò tuttavia non le toglie completamente il rischio tromboembolico, specie se l'Holter registrasse brevi episodi dell'aritmia, ma glielo riduce, senza però autorizzarla a considerare che l'uno o l'altro trattamento, anticoagulante e antiaggregante, siano in qualche modo equivalenti. Il Coumadin rimane il farmaco principe e tutt'al più si potrebbe considerare ragionevole cercare nel suo caso valori di INR più verso il basso (tra 1.9 e 2.5) onde ridurre il rischio emorragico. Il quale rischio emorragico, va precisato, è molto basso, a meno che uno non soffra di malattie che lo possono aumentare o abbia motivo di preoccuparsi che un eventuale trauma possa aggravarne le conseguenze.

Per quanto riguarda gli antiaggreganti, per i quali mi chiede la migliore scelta, rimane il responso dei molti studi, che sono giunti a decretarne, in un certo senso, la sentenza: hanno tutti, come ho detto, una scarsa efficacia, mi pare circa un terzo rispetto agli anticoagulanti. L'aspirina è il farmaco di prima scelta, anche perché il più sperimentato; sulla ticlopidina non conosco studi che abbiano richiamato l'attenzione del clinico ed è un farmaco che va assunto ogni 12 ore; il clopidogrel ha un'attività comparabile a quella dell'aspirina, ma un costo molto più elevato per cui la sua prescrizione "mutualistica" può essere concessa se vi è intolleranza all'aspirina, corredata da un piano terapeutico firmato da un cardiologo autorizzato. Nei casi di fibrillazione sporadica, come il suo, l'indicazione agli antiaggreganti aumenta se l'età non supera i 65 anni.

Per ultimo e per rispondere alla contrarietà di molti agli anticoagulanti, a causa dei ripetuti e spesso difficoltosi controlli del sangue per raggiungere l'optimum di INR, abbiamo oggi a disposizione nuovi farmaci per bocca, che non hanno bisogno di quei controlli con un'efficacia pari a quella del coumadin. Sono già in commercio perché autorizzati dalle Società che presiedono alla garanzia sulla loro efficacia e tolleranza. Manca solo l'autorizzazione ministeriale che è in corso.

La ringrazio di avermi dato il modo di rispondere forse anche alle attese di altri lettori e la saluto cordialmente.

Eligio Piccolo

Conoscere e Curare il Cuore 2012

Coordinamento
Francesco Prati

Segreteria
Alessandra Tussis

VENERDÌ 16 marzo

I SESSIONE

MODERATORI Diego Ardissino, *Parma* • Mario Motolese, *Roma*

- 9.00 Nuovi farmaci contro la fibrillazione atriale: bocciati e promossi.**
Claudio Borghi, *Bologna*
- 9.15 Scompenso diastolico: cosa sappiamo e cosa possiamo fare?**
Roberto Ferrari, *Ferrara*
- 9.30 Novità nel trattamento della dissezione aortica.**
Francesco Musumeci, *Roma*
- 9.45 Placche aterosclerotiche carotidee ed ispessimento medio-intimale. Cambia la prevenzione primaria?**
Edoardo Gronda, *Sesto San Giovanni - MI*
- 10.00 Discussione**
- 10.30 Intervallo**

CONTROVERSIA "Quale è la durata della terapia con gli antiaggreganti inibitori dell'ADP in presenza di stent medicati?"

MODERATORI Giancarlo Piovaccari, *Rimini* • Federico Piscione, *Napoli*

- 11.00 Trattamento a lungo termine?**
Edoardo Camenzind, *Ginevra*
- 11.15 Trattamento a breve termine?**
Leonardo Bolognese, *Arezzo*

II SESSIONE

MODERATORI Marino Scherillo, *Benevento* • Stefano Urbinati, *Bologna*

- 11.30 L'incubo delle complicanze cardiovascolari in gravidanza.**
Patrizia Presbitero, *Rozzano - MI*
- 11.45 Trattamento del paziente con pre-diabete: pro e contro.**
Paolo Brunetti, *Perugia*
- 12.00 L'infarto perioperatorio: più attenzione per un evento relativamente frequente.**
Stefano Savonitto, *Reggio Emilia*
- 12.15 Quando lasciare la malattia del tronco comune al cardiocirurgo?**
Francesco Versaci, *Roma*
- 12.30 Discussione**

XXIX Congresso di Cardiologia del

Centro per la Lotta contro l'Infarto-Fondazione Onlus

Firenze, Palazzo dei Congressi, 16-17-18 marzo 2012

III SESSIONE

MODERATORI

Enrico Agabiti Rosei, *Brescia* • Eligio Piccolo, *Mestre-VE*

15.00 **Ipertensione e danni cerebrali: recenti rilievi ed implicazioni terapeutiche.**

Bruno Trimarco, *Napoli*

15.15 **Protesi percutanee aortiche: le indicazioni si allargano.**

Corrado Tamburino, *Catania*

15.30 **Sindrome di Brugada: l'ECG aiuta nella prognosi e nella decisione terapeutica?**

Pietro Delise, *Mestre-VE*

15.45 **In quali pazienti l'ICD non funziona?**

Alessandro Capucci, *Ancona*

16.00 **Discussione**

16.30 **Intervallo**

IV SESSIONE

MODERATORI

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

17.00 **L'angioplastica nella malattia dei graft safenici: nuove evidenze.**

Ugo Limbruno, *Grosseto*

17.15 **Impianto di defibrillatori e di pace-maker biventricolari negli ultraottantenni. Beneficio clinico o accanimento terapeutico?**

Alessandro Boccanelli, *Roma*

17.30 **Fibrillazione atriale dopo i 75 anni. Scelte terapeutiche.**

Fiorenzo Gaita, *Torino*

17.45 **Quando e come impiegare i test di aggregabilità piastrinica. Lo studio RECLOSE 2 ACS.**

David Antonucci, *Firenze*

18.00 **Discussione**

SABATO 17 marzo

V SESSIONE

MODERATORI

Mario Albertucci, *Roma* • Francesco Versaci, *Roma*

9.00 **Effetti antiaritmici dei farmaci non antiaritmici. Esistono davvero?**

Cesare Greco, *Roma*

9.15 **Studio EVEREST: insufficienza mitralica di grado importante. Quando la chirurgia e quando la riparazione percutanea.**

Ottavio Alfieri, *Milano*

9.30 **La coronarografia non fa più paura: ridotte le complicanze maggiori, permangono quelle legate alla puntura arteriosa?**

Orazio Valsecchi, *Lecco*

9.45 Ablazione dell'arteria renale nella cura dell'ipertensione: realtà o fantasia?

Massimo Volpe, *Roma*

10.00 Discussione

10.30 Intervallo

11.00 LETTURA

Ablazione nella fibrillazione atriale: cura o lifting?

Carlo Pappone, *Cotignola - RA* • **Introduzione di** Filippo Stazi, *Roma*

VI SESSIONE

MODERATORI

Fulvio Camerini, *Trieste* • Elisabetta Zachara, *Roma*

11.30 Tra efficacia e sicurezza: il beneficio clinico delle terapie antitrombotiche.

Gianni Casella, *Bologna*

11.45 Se aumentare l'HDL è ragionevole, perché non entra nella pratica clinica?

Raffaele De Caterina, *Chieti*

12.00 La cardiomiopatia dilatativa non sempre è evolutiva. Come evitare decisioni errate?

Gianfranco Sinagra, *Trieste*

12.15 Perché la malattia coronarica e quella carotidea non vanno di pari passo?

Maddalena Lettino, *Rozzano-MI*

12.30 Discussione

SIMPOSIO "La placca instabile"

MODERATORI

Aldo Pietro Maggioni, *Firenze* • Attilio Maseri, *Firenze*

15.00 Lo studio OPPOSITES.

Francesco Prati, *Roma*

15.15 Nuovi strumenti di prevenzione oltre ai fattori di rischio: calcium score, TAC e PCR.

Gian Piero Perna, *Ancona*

15.30 Ha ancora senso individuare un valore soglia nella riduzione del colesterolo? Riflessioni dallo studio JUPITER.

Claudio Cavallini, *Perugia*

15.45 Le complesse interazioni tra diabete, aterosclerosi ed instabilità di placca.

Filippo Crea, *Roma*

16.00 Discussione

16.30 Intervallo

VII SESSIONE

MODERATORI

Vito Cagli, *Roma* • Maria Grazia Modena, *Modena*

17.00 Pervietà del forame ovale in assenza di episodi ischemici cerebrali. In quali casi va chiuso?

Roberto Violini, *Roma*

17.15 Il miocardio non compatto.

Claudio Rapezzi, *Bologna*

17.30 Il BNP: dal laboratorio alla pratica clinica.

Angela Beatrice Scardovi, *Roma*

17.45 Ricerca di vitalità e disfunzione ventricolare sinistra: un binomio in discussione?

Paolo Camici, *Milano*

18.00 Discussione

VIII SESSIONE

MODERATORI

Francesco Prati, *Roma* • Gaetano Thiene, *Padova*

- 9.15 Ridurre il colesterolo senza le statine è esattamente la stessa cosa?**
Massimo Uguccioni, *Roma*
- 9.30 Cardiopatia ischemica ed insufficienza renale: una brutta associazione.**
Giuseppe Di Pasquale, *Bologna*
- 9.45 Gli stent bioassorbibili: presente o futuro dell'interventistica?**
Antonio Colombo, *Milano*
- 10.00 Studio STICH: terapia medica contro by-pass. Risultati sorprendentemente simili anche nei casi più gravi.**
Lorenzo Menicanti, *San Donato Milanese - MI*
- 10.15 A cinque anni dal COURAGE abbiamo il coraggio di seguirne le indicazioni?**
Francesco Bovenzi, *Lucca*
- 10.30 La morte improvvisa nel giovane. Come intercettare i soggetti a rischio quando ECG e test ergometrico sono poco utili?**
Eloisa Arbustini, *Pavia*
- 10.45 Gli inibitori IIb/IIIa nell'era delle tienopiridine e degli inibitori dell'ADP. Quando impiegarli?**
Giuseppe De Luca, *Novara*
- 11.00 Discussione**

Eventi scientifici organizzati con il supporto delle aziende

VENERDÌ 16 MARZO

- 12.30 Palazzo degli Affari**
Luncheon Panel (MSD Italia - Sigma-Tau)
"Il cuore: quali benefici dalle recenti innovazioni terapeutiche"
- 12.30 Palazzo degli Affari**
Luncheon Panel (Bayer)
"Terapia cardiovascolare: il valore dell'esperienza e delle evidenze cliniche"
- 14.00 Auditorium**
Lettura (AstraZeneca)
"Cambia la terapia delle sindromi coronariche acute: la nuova terapia antiaggregante"
- 14.30 Auditorium**
Lettura (A. Menarini)
"La cardiopatia ischemica cronica: nuove direzioni per migliorare la qualità di vita"

SABATO 17 MARZO

- 8.30 Auditorium**
Lettura (I.F.B. Stroder - Servier Italia)
"Riflessioni in tema di scompenso cardiaco: quali novità nelle terapie"
- 10.30 Palazzo degli Affari**
Lettura (Bracco)
"Il vivere quotidiano del paziente scompensato: la gestione del dolore"
- 12.30 Palazzo degli Affari**
Luncheon Panel (Bayer)
"Rischio tromboembolico: le nuove strategie terapeutiche"
- 12.30 Palazzo degli Affari**
Luncheon Panel (AstraZeneca)
"Intensive lipid lowering: come, perché, quanto"
- 14.00 Auditorium**
Lettura (A. Menarini - F.I.R.M.A. - Istituto Luso Farmaco)
"Il progetto SMILE: risultati di venti anni di ricerca sull'ace-inibizione nel paziente infartuato"
- 14.30 Auditorium**
Lettura (Boehringer Ingelheim Italia)
"Ipertensione e fibrillazione atriale nel paziente ad alto rischio cardiovascolare: stato dell'arte"

Il Centro per la Lotta contro l'Infarto- Fondazione Onlus ringrazia per i generosi contributi



- **Marcello Abita** di Roma
- **Giovanni Ambrosi** di La Spezia
- **Roberto Andreoli** di Carpi
- **Augusto Antonietti** di Saronno
- **Emilio Asproni** di Nuoro
- **Valeriano Balloni** di Ancona
- **Alfredo Barengi** di Milano
- **Riccardo Barnabè** di Siena
- **Raoul Bartoli** di Roma
- **Antonio Bassan** di Vigodarzere
- **Carlo Battistini** di Alberi di Vigatto
- **Irma Bauzulli** di Roma
- **Maurizio Beltramini** di Ponte in Valtellina
- **Alberto Benassi** di Modena
- **Roberto Berardelli** di Roma
- **Ascanio Bernardelli** di Agnosine
- **Armando Bianchi** di Roma
- **Augusto Bianchi** di Roma
- **Marceline Blanche Vessaz** di Roma
- **Primo Bonacorsi** di Spezzano Fiorano
- **Roberto Bonarini** di Pistoia
- **Mario Borghese** di Roma
- **Roberto Borradini** di Firenze
- **Giancarlo Bosco** di Mestre
- **Antonio Bove** di Roma
- **Pietro Braga** di Gavardo
- **Umberto Bugatti** di Roma
- **Mario Buonasera** di Padova
- **Giovanni Campanini** di Pieve di Cento
- **Angelo Carbone** di Pomezia
- **Ofelia Luisa Cecchi Vassallo** di Mogliano Veneto
- **Gioele Centanni** di Roma
- **Kamal Anton Chalaby** di Roma
- **Gabriella e Laura Cirillo** di Verona
- **Ferdinando Cocconi** di Sissa
- **Vittorio Coccurello** di Roma
- **Enrico Conte** di Milano
- **Giovanni Coppi** di Roma
- **Massimo Corradeghini** di Sarzana
- **Leo Cottini** di Roma
- **Giovanni Antonio Dalu** di Torpè
- **Felice D'Amato** di Pistoia
- **Liano D'Antoni** di Roma
- **Antonio Trapani** di Roma
- **Angelo De Feo** di Tavernerio
- **Rino Defilippi** di Voghera
- **Silvana Della Grotta** di Mestre
- **Roberto Di Carlo** di Palombara Sabina
- **Felice Di Francesco** di Borgomanero
- **Fernando Di Maio** di Roma
- **Graziano Dini** di Firenze
- **Ugo Duca** di Fabriano
- **Carlo Durola** di Grottaferrata
- **Luigi Faenza** di Eboli
- **Giovanni Fedele** di Bologna
- **Demetrio Festa** di Castiglione Cosentino
- **Giovanni e Paolo Finucci** di Lucca
- **Renato Fiorini** di Mestre
- **Bianca Florio** di Roma
- **Anna Maria Forzan** di Abano Terme
- **Francesco Frazzini** di Roma
- **Raffaele Gaetano** di Roma
- **Giacomina Gambardella** di Napoli
- **Salvatore Gambardella** di Sorrento
- **Anna Indinimeo** di Roma
- **Antonino Italiano** di Catania
- **Massimo La Gioia** di Roma
- **Aldo La Leggia** di Torino
- **Angelo Leccese** di Taranto
- **Mario Levoni** di Mantova
- **Enrica Ludovisi** di Ladispoli
- **Aldo Lupi** di Pavia
- **Rosa Lupini** di Nozza
- **Antonio Manganelli** di Avellino
- **Alberto Margrit** di Gravere
- **Antonio Mastrolitti** di Bari
- **Carlo Menichelli** di Roma
- **Fernanda Miconi** di Roma
- **Emmanuel Miraglia** di Roma
- **Marina Molinari** di Civitavecchia
- **Carmen Morandi** di Correggio
- **Giovanni Moretti** di Milano
- **Anna Maria Nannini Regis** di Varese
- **Pino Narici** di Anguillara Sabazia
- **Rodolfo Negri** di Roma Ostia
- **Luigi Notarangelo** di Roma
- **Enrico Onofrj** di Roma
- **Gabriella Ortini Riello** di Legnago
- **Vincenzo Pallone** di Trestina
- **Luisa Panteghini** di Castiglione delle Stiviere
- **Sandro Paolucci** di Roma
- **Franco Paratico** di Levate
- **Giuseppina Paton** di Portogruaro
- **Antonio Perelli** di Roma
- **Anna Perini** di Senigallia
- **Massimo Perini** di Senigallia
- **Francesco Perri** di Mangone
- **Francesco Peruzzi** di Torino
- **Anna Principato** di Roma
- **Alberto Properzi** di L'aquila
- **Claudia Pruni Lunardini** di Rimini
- **Bruno Ravera** di Salerno
- **Alessandro Rayneri** di Torino
- **Alessandro Rossi** di Roma
- **Armando Sabbatini** di Falconara Marittima
- **Mario Scaloni** di Ancona
- **Antonio Setale** di Ferentino
- **Antonio Sinatora** di Mestre
- **Luisella Soverini** di Bologna
- **Emanuele Tedesco** di Bari
- **Italo Testa** di Campobasso
- **Danio Tognetti** di Bologna
- **Giovanni Verga** di Pavia
- **Antonia Visconti** di Frascati

Il Centro per la Lotta contro l'Infarto ringrazia tutti coloro che hanno aderito all'iniziativa

Per Natale dona l'abbonamento a "Cuore e Salute" ad un amico!

regalando l'omaggio ai loro amici e conoscenti

Enrico Amenta di Modena

Marco Astorri di Roma

Lorenzo Bianchi di Palermo

Giuseppe Borghi di Bologna

Vito Cagli di Roma

Maria Luisa Coen di Roma

Agata Consolo di Andria

Maria Margherita Corsi di Parma

Ida Curcio di Roma

Simone Fabbri di Torino

Luigi Fioretti di Milano

Michela Gentile di Perugia

Mario Longhi di Roma

Carlo Luminari di Padova

Enzo Magnoni di Cagli

Francesco Marascia di Catania

Silvia Mariani di Roma

Sergio Milli di Roma

Vincenzo Misiani di Reggio Calabria

Matteo Mondolfo di Verona

Liliana Moser di Roma

Angelo Nobile di Bari

Margherita Occhipinti di Modica

Giulio Peris di Genova

Giacomo Pieracci di Modena

Giovanni Piermarini di Ascoli Piceno

Ampelio Piarotto di Mirano

Carlo Picardi di Roma

Eligio Piccolo di Mestre

Mauro Rocchi di Campagnano

Paolo Santivetti di Palombara Sabina

Carmen Sciuto di Roma

Daniela Tomagra di Darfo Boario Terme



Quaderno a Quadretti

di Franco Fontanini

Medicine ed etnofarmacologia

Osler, regio professore di clinica medica a Oxford, disse che ciò che differenzia l'uomo dagli animali è il suo bisogno di prendere medicine. Con tutto il rispetto per Osler, è vero il contrario, perché è stato l'uomo a imparare dagli animali. Aveva visto i cani mangiare erbe quando avevano disturbi digestivi, gli asini esporre le guidalesche al sole perché cicatrizzavano prima, aveva sentito raccontare che le gru d'Egitto al bisogno si facevano gli enteroclistmi con il lungo becco e che un pastore arabo aveva scoperto le proprietà del caffè dalle pecore. Ciò nonostante era scettico nei confronti dei medicinali fatti dall'uomo.

Agli studenti raccontava tre cose: non fidarsi dell'autorità dei maestri quando potevano giudicare dai fatti, non cercare d'indovinare quando potevano sapere e che è una falsità che un uomo debba obbligatoriamente prendere la purga quando si ammala.

La lezione degli animali probabilmente non è conclusa se è vero che esistono cani i quali, grazie al fiuto, scoprono tumori non altrimenti diagnosticabili dai medici. Fino alla fine del primo millennio dell'era volgare i medici facevano tutto, i farmaci venivano venduti dai droghieri, solo nel corso del XV secolo nacquero gli speziali. Gli inaccessibili laboratori delle farmacie, si trasformarono in fabbriche di medicinali, la farmacia di famiglia "Al-angelo" di Darmstadt, grazie a Heinrich Emanuel Merk, divenne una delle prime industrie multinazionali.

La triaca e le altre panacee, toccasana universali per secoli, scomparvero, alle farmacie cenobitiche e ai conventi



che avevano l'“Herbolarius” le autorità religiose vietarono la commercializzazione dei medicinali e coll'illuminismo iniziò la regolamentazione della produzione e della vendita dei farmaci.

Le terapie mediche trovarono diffusione mano a mano che le idee preconcepite e tramandate venivano accantonate: si trattò di una lotta lunga e osteggiata che si affermò solamente grazie all'evoluzione delle scienze e delle tecniche che individuarono i principi attivi dei farmaci.

Un errore resistente fu la contrapposizione dei farmaci naturali e di quelli chimici, ci vollero quasi due secoli perché si affermasse il principio che erano entrambi utili e che potevano essere vantaggiosamente associati. Non fu impresa da poco nella terapia cardiologica far convivere la digitale e la trinitrina, la prima estratta da bellissimi fiori, la seconda sintetizzata in un laboratorio di artiglieria. Molti antichi rimedi la cui utilità era stata scoperta dai nostri progenitori cavernicoli il cui cervello pesava la metà del nostro, sono arrivati a noi. Perdurava una grande divaricazione fra conoscenze fisiopatologiche e empirismo terapeutico.

C'è una ricetta Corvisart, il più grande diagnosta della metà ottocento, che a Luigi Napoleone, dopo aver fatto una diagnosi esatta, prescrisse bagni nei visceri caldi di animali e di indossare la camicia di uno scabbioso. Di fronte al conservatorismo tanto ostinato in medicina, si fa fatica a capire come popoli lontani che non si conoscevano, siano spesso giunti alla scoperta di medicine e di metodi di cura analoghi, dai quali si pos-

sono ricavare non poche informazioni sulla loro vita, sui loro miti e credenze, nonché sui loro bisogni materiali e spirituali. L'uomo primitivo non poteva aspirare con erbe e radici a debellare le malattie, che considerava castigo divino, alla guarigione dovevano provvedere i sacerdoti mediante il perdono, con le medicine si poteva solo aspirare ad alleviare i dolori e trovare la calma.

Dalle proprietà di queste erbe e decotti usati si possono intuire i caratteri di un popolo. Gli orientali, da sempre, hanno cercato di soddisfare il loro bisogno di distacco dal mondo, di fuggire l'inquietudine dello spirito e di facilitare l'accesso al nirvana. Si capisce perché sono arrivati alla scoperta dell'oppio, della morfina, della canapa indiana, della rauwolfia serpentina. Gandhi dopo la meditazione e la preghiera serale, beveva un infuso di erbe soporifere raccolte sulle rive del Gange ricche di papaveri.

La radice della rauwolfia, prediletta dai santoni dell'Himalaya di tremila anni fa per le sue proprietà tranquillanti, è arrivata in Occidente nel 1950 ed ha aperto la strada alla scoperta di psicofarmaci e ipotensivi.

Nel nuovo mondo, al contrario, si è sempre aspirato alle realizzazioni concrete, al potere, al progresso, ai ritmi produttivi, al profitto. Nel secolo scorso un antropologo fantasioso raffrontò l'irrequietezza del manager all'ardore gestuale del danzatore africano. Le danze collettive delle discoteche confortano oggi la similitudine. Si capisce pertanto come nella civiltà occidentale siano da sempre ricercate sostanze eccitanti e stimolanti, capaci di accrescere il rendimen-

to muscolare e psichico, come la noce di cola, la radice di piante progenitrici delle anfetamine, nonché gli alcaloidi della yoimbina, capaci di stimolare l'appetito sessuale che si andava affievolendo sopraffatto da altri interessi e dall'agonismo economico.

Le foglie di coca, la cui distribuzione veniva fatta da funzionari statali, venivano masticate dall'antichità per sopprimere la stanchezza fisica, la Coca Cola ha realizzato la sintesi consumistica di due antiche droghe originarie dell'America e dell'Africa. Fin dall'inizio la ricerca di farmaci è stata originata da esigenze esistenziali, dalla speranza di attenuare le sofferenze, oggi è spinta da interessi economici prima ancora che curativi, nonché dall'irrazionale desiderio di evasione, di piaceri nuovi, di esperienze sconosciute e proibite, molto spesso rischiose, che comprometteranno irreparabilmente l'equilibrio dell'uomo con sé stesso e con il mondo esterno conquistato nel corso di millenni.

Spelt chiamò etnofarmacologia la diversa ricerca di farmaci delle varie popolazioni: sembrava un interesse storico, culturale, privo di attualità e senza futuro, oggi ci ha preso la mano ed ha pericolosamente sconfinato nell'ignoto, ha abbattuto ogni divieto con conseguenze spesso sconvolgenti. C'è solo da auspicare che questa tendenza molto viva nelle nuove generazioni, non sia inarrestabilmente progressiva.

La più celebre vedova

Le vedove aumentano in tutto il mondo, più che altrove negli USA. Il fenomeno iniziò un secolo e mezzo fa ed è tuttora in crescita.

Alma Maria Shindler
(la più celebre vedova)



In precedenza, nei cimiteri americani si vedeva al centro la tomba del marito con intorno le sue quattro vedove.

Ad un censimento di metà '900 risultò che in uno stato del West vivevano diciotto vedove per ogni vedovo e un giornale commentò che molte erano salite a posti di grande importanza e prevedeva in epoca non lontanissima le donne al potere.

Non molti sanno che nello stesso periodo, in Europa, viveva la vedova più celebre al mondo. Era una bella signora della buona borghesia austriaca diventata famosa come la "vedova delle quattro arti". Ebbe quattro mariti tutti artisti di notevole livello. Ci ha lasciato anche un diario ricco di osservazioni brillanti.

Il suo primo marito fu Gustav Mahler, compositore boemo e direttore d'orchestra di gran fama che abbandonò per diventare amante

di Walter Gropius. Nel suo diario annotò che molti uomini sono preferibili ad un uomo solo. La morte precoce di Mahler gli consentì di sposarlo quando era l'architetto leader del movimento razionalista che dette vita alla Bauhaus, la scuola di architettura e di arte che improntò gli anni venti-trenta finché non venne soppressa da Hitler.

Dopo Gropius sposò Oskar Kokoschka suo connazionale, "pittore degenerato" per i nazisti, il quale asseriva che "l'arte non è un'illusione benefica, ma un messaggio all'umanità".

Kokoschka accettò male di essere abbandonato e si vendicò decapitando clamorosamente il suo ritratto sul palco di un teatro gremito all'inverosimile.

Il quarto ed ultimo consorte fu lo scrittore Franz Werfel, caposcuola del movimento espressionista, autore di grande tensione mistica del quale si ricordano ancor oggi "La morte del piccolo borghese", "Bernadette" e "I quaranta giorni del Musa Dag" ritornato attuale.

Werfel fu l'ultimo marito, ma non l'ultimo amante che fu un prete, Johannes Hollenstein divenuto anche lui famoso.

Nel diario annotò: "A modo mio, faccio ritorno alla madre chiesa".

Epigrafi

Nella sua epigrafe scrisse: "Qui riposa Indro Montanelli, genio compreso, spiegava agli altri ciò che egli stesso non capiva". L'ispirazione è apertamente longanesiana, come il titolo che Staglieno ha dato al libro postumo "Ricordi sott'odio".

Longanesi si autodefinì "Carciofino sot-



t'odio", Montanelli nell'epigrafe scrisse: "Qui giace, per la pace di tutti, Leo Longanesi, uomo imparziale. Odiò il prossimo suo come sé stesso".

Insieme a duecento ritratti di personaggi famosi, Montanelli ha scritto quasi altrettanti epitaffi rimasti inediti, che nessuno conosceva, recuperati da Marcello Staglieno, dall'inseparabile taccuino, da foglietti volanti, lettere, appunti, definiti nel sottotitolo "Ritratti taglienti di cadaveri eccellenti", anche se a quel tempo erano quasi tutti viventi.

Si tratta di biografie al fulmicotone, in una o due righe, alcuni addirittura in una o due parole, aforismi ironici o crudeli, che centrano al meglio il personaggio, che lo svelano più chiaramente di un saggio, facendoci capire lati che ignoravamo o che ci erano sfuggiti.

Anche se datati, quasi sicuramente Montanelli li scriverebbe senza cambiare una parola né un aggettivo.

Pelle nera, cuore d'oro.

Vivien Thomas: l'angelo nero dei bambini blu

di Massimo Pandolfi



Il viaggio era stato terribile: pigiati come sardine in una stiva puzzolente, i gemiti, il mal di mare, tutti quei morti. Ma non era la parte peggiore. La separazione dalla mamma, dai fratellini, dalla sua amata terra, quello era il vero tormento che nulla sembrava poter estinguere. L'aria fresca del mattino gli dette nuovo vigore e, con un guizzo d'orgoglio, si risollevò. Giurò a se stesso che sarebbe sopravvissuto e che un giorno avrebbe rivisto la libertà. Purtroppo non fu così, ma il destino talvolta ha strani schemi e il tempo di chi tesse le vite degli uomini spesso non si misura in anni...

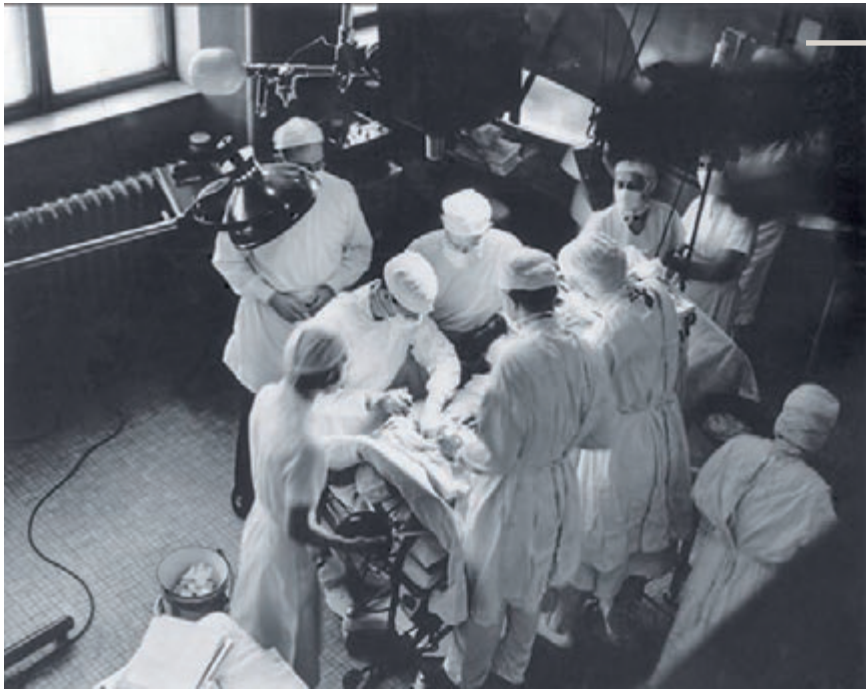
L'applauso fu sentito, intenso, quasi senza fine. L'uomo, elegante nel suo completo chiaro che faceva risaltare il colore della pelle, tentava in tutti i modi di nascondere la commozione: il quadro che lo raffigurava era ormai nella galleria del John's Hopkins, accanto a quello del chirurgo con cui per anni aveva condiviso il sacro fuoco della ricerca medica, Alfred Blalock.

Doveva tenere un breve discorso e quando cominciò a parlare, la voce bassa e profonda non tremava minimamente. Come suo nonno, che infiniti anni addietro si era rialzato, fiero, pur avvinto nelle catene della schiavitù, guardò negli occhi tutte quelle persone che aspettavano le sue parole e cominciò il racconto...

Era nato in Louisiana, a New Iberia, in un caldo pomeriggio di agosto, nel 1910. Era un bambino sveglio e, nonostante che il razzismo imperante rendesse le cose più difficili per chi, come lui, discendeva direttamente da uno schiavo negro, si era distinto per la sua voglia di studiare e di arrivare.

Il quadro di Vivien Thomas alla John's Hopkins





L'intervento di Blalock Taussig
Thomas: 29 novembre 1944

Il piccolo Vivien aveva un sogno nel cassetto: andare al college e diventare dottore in medicina. La grande depressione del 1929 spazzò via i suoi sogni assieme a quelli di molti altri e si trovò a lavorare in una falegnameria per vivere. La crisi non risparmiò anche quel settore e dovette di nuovo cercarsi un lavoro. Vivien aveva un amico, Charles Manlove, che lavorava alla Vanderbilt University di Nashville e fu a lui che si raccomandò per sopravvivere.

Charles sapeva che il nuovo chirurgo, un tipo strano che lavorava con i cani e altri animali per i suoi esperimenti, aveva bisogno di un garzone per tenere puliti gli stabulari e propose l'umile mansione al giovane Thomas, il quale accettò senza indugi.

L'incontro con Blalock fu stupefacente: si aspettava di trovarsi davanti ad un compunto medico di mezza età ma fu sbalordito: il suo datore di lavoro sembrava uno studente del quinto anno. Fu cortese e spiritoso, lo ricevette nel suo studio bevendo Coca Cola da

una lattina e fumando una delle immancabili sigarette e fu da lì che entrambi salirono sul treno allora poco affollato della storia della cardiocirurgia moderna.

I primi tempi furono più che umilianti, ma progressivamente Blalock si accorse delle enormi capacità del suo nuovo collaboratore e lentamente cominciò ad affidargli la totale autonomia nella sperimentazione animale, al punto da ritenerlo indispensabile. Quando al giovane chirurgo fu offerta la possibilità di tornare a Baltimora, al John's Hopkins, come chirurgo capo, pose solo una condizione; che Vivien Thomas lo potesse seguire.

I primi tempi furono difficili: a Nashville si era in qualche modo sistemato per dare uno stile di vita decente alla bella moglie e alle due figliolette, ma a Baltimora dovette ricominciare tutto da capo.

Era il 1944, quando Blalock lo convocò d'urgenza nel suo studio. Seduta su una sedia davanti alla scrivania del suo capo c'era una



Il giorno della laurea.

Da sin.: Vivien Thomas, Helen B. Taussig, Steven Muller

donna austera, dai tratti gentili, magra e ben vestita. Era Helen Taussig. La donna parlava in maniera concitata, si vedeva che era presa dal problema. Tentò di far uno schizzo di quello che voleva che Blalock facesse per quelli che chiamava i suoi bambini. A Vivien la dottoressa piacque e, con la calma che lo contraddistingueva, disse che avrebbe tentato l'operazione sui suoi cani. Si trattava di creare una comunicazione tra il grande e il piccolo circolo, per ovviare all'alterazione, nota come tetralogia di Fallot, che rendeva breve ed impossibile la vita dei bambini che nascevano affetti da questa grave cardiopatia congenita.

Ripensava a quel colloquio quando, nella affollata sala operatoria, nel novembre dello stesso anno, simile a un burattinaio con i suoi fili, guidava il grande chirurgo nell'intervento della piccola Eileen Saxon. Gli tornavano in mente tutti i tentativi sui cani,

fino a che, una di quei poveri animali, che avevano chiamato Anna, sopravvisse e indicò la giusta strada per la tecnica operatoria.

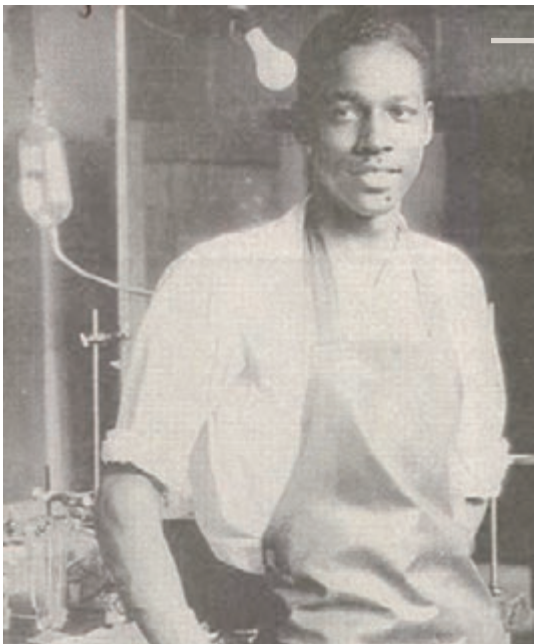
Aveva persino progettato i ferri per l'intervento e quando, dopo i primi successi, la Taussig e Blalock pubblicarono la casistica con la quale legarono per sempre i loro nomi all'operazione si aspettava di essere almeno menzionato, dato che tutto il lavoro preparatorio era stato fatto da lui.

Ma non era che un tecnico di laboratorio, per giunta nero, nipote di uno schiavo delle piantagioni di cotone.

Così continuò il suo lavoro oscuro, programmò la settostomia atriale nell'intervento pionieristico di palliazione della trasposizione dei grandi vasi, altra gravissima cardiopatia congenita. Insegnò la tecnica chirurgica a centinaia di giovani emuli di Blalock, tra i quali futuri grandi nomi della moderna cardiocirurgia: un nome su tutti, Denton Cooley.



Il mentore di Vivien Thomas
Dott. Alfred Blalock



Il giovane Vivien al lavoro nel laboratorio della Vanderbilt University a Nashville

Lo stipendio era comunque magro e per arrotondarlo faceva il barista alle feste che il suo datore di lavoro organizzava. Così al mattino prendeva per mano tutti quei chirurghi, insegnando loro tecnica, tempi e movimenti e al pomeriggio serviva loro da bere come umile cameriere.

Tutto questo non aveva lasciato indifferente Alfred Blalock, che fece di tutto per cambiare la situazione e alla fine lo stipendio crebbe come la reputazione di Vivien Thomas. Il suo capo avrebbe voluto aiutarlo anche nel coronamento del suo più grande sogno, quello di laurearsi in medicina, ma la morte, questa volta sotto la forma di un carcinoma gastrico, interruppe la vita e il sodalizio tra i due. Era il 1964 e Thomas, gettando un pugno di terra sulla bara del suo principale, del compagno di tante operazioni, dell'amico, pensava di stare seppellendo anche i suoi sogni.

Lavorò indefessamente per altri 15 anni e, quasi alla fine della sua vita lavorativa, l'Università di Baltimora pensò di premiare una delle sue menti più sagaci.

Con una bella cerimonia gli fu conferito il titolo *Honoris Causa* di Dottore ma, quasi come ultima beffa, non in Medicina ma in Legge. Questo comunque consentì a tutti di chiamarlo "Dottore" e ognuno sapeva che nessun altro era degno di essere chiamato così.

Quando, dopo la cerimonia e le tante strette di mano, la Taussig lo abbracciò, entrambi nella divisa accademica dell'Università, Vivien si asciugò gli occhi e li volse al cielo, dove accanto ad un sorridente Alfred Blalock gli parve di vedere il volto buono di suo nonno, finalmente in piedi mentre da uomo libero spezzava la catena dell'ignoranza e del razzismo, sicuramente fiero del suo eccezionale nipote.

Aggiornamenti cardiologici

di Filippo Stazi



Cellule staminali nel post infarto: risultati preliminari dello Scipio Trial: 23 pazienti con pregresso infarto miocardico (IM) e frazione d'eiezione (FE) del ventricolo sinistro < 40% sono stati sottoposti a rivascularizzazione chirurgica mediante by-pass aortocoronarico. Dopo una media di 113 giorni dall'intervento i pazienti sono stati randomizzati a ricevere o meno un'infusione intracoronarica di 1 milione di cellule staminali cardiache autologhe. L'endpoint primario era la valutazione della sicurezza delle cellule staminali; l'endpoint secondario si riferiva invece alla loro efficacia. 16 pazienti hanno ricevuto l'infusione e 7 sono stati invece inclusi nel gruppo di controllo. Non si sono osservati effetti avversi dovuti all'infusione delle cellule staminali. I dati disponibili, relativi a 14 dei 16 soggetti che hanno ricevuto l'infusione, mostrano un incremento significativo della FE passando nei primi 4 mesi dopo la terapia dal 30,3% al 38,5% ($p = 0.001$). I dati ad un anno disponibili solo per 8 pazienti mostrano un incremento ancora maggiore della FE con un aumento di 12,3 punti rispetto ai valori basali ($p = 0.0007$). Nei 7 pazienti, infine, che sono stati sottoposti a risonanza magnetica cardiaca l'estensione dell'infarto è risultata ridotta di 7,8 grammi dopo 4 mesi ($p = 0.004$) e di 9,8 g dopo 1 anno ($p = 0.04$). Tali dati estremamente incoraggianti suggeriscono quindi che la terapia con cellule staminali possa, in pazienti con pregresso IM e ridotta FE, migliorare la funzione contrattile del cuore e ridurre l'estensione del pregresso infarto.

(Lancet 2011; 378:1847-1857)

Uso della TAC coronarica in pronto soccorso (ct-stat trial): 699 pazienti giunti in pronto soccorso per dolore toracico e giudicati a basso rischio sono stati randomizzati ad eseguire una TAC coronarica (n = 361) od una scintigrafia miocardica (n = 338). L'uso della metodica radiologica ha comportato una riduzione del 54% del tempo necessario alla formulazione della diagnosi (2,9 h vs 6,3 h; $p < 0.0001$) ed un calo della spesa del 38% (2.137 \$ vs 3.458 \$; $p < 0.0001$). Coloro che avevano avuto un esito negativo o della TAC o della scintigrafia sono poi stati seguiti per ulteriori 6 mesi durante i quali la frequenza di eventi cardiaci maggiori non è risultata significativamente differente nei due gruppi (0,8% di eventi nel gruppo TAC e 0,4% nel gruppo scintigrafia; $p = 0.29$). In pazienti con dolore toracico giudicati a basso rischio la TAC coronarica sembra quindi in grado di accorciare i tempi della diagnosi in maniera economicamente competitiva e senza un peggioramento della prognosi.

(JACC 2011; 58: 1414-1422)

Per il Dronedarone niente fibrillazione atriale permanente: (lo studio Pallas) 3.236 pazienti di età ≥ 65 anni, con fibrillazione atriale permanente da 6 mesi o più e con almeno un fattore di rischio vascolare (coronaropatia; pregresso ictus o TIA; scompenso cardiaco con classe NYHA II-III; frazione d'eiezione del ventricolo sinistro $\leq 40\%$; arteriopatia periferica o la concomitante presenza di diabete, ipertensione arteriosa ed età > 70 anni), sono stati randomizzati a dronedarone (400 mg 2 volte al giorno) o placebo. L'end point primario era la combinazione di ictus, infarto miocardico, embolia sistemica o morte da cause cardiovascolari. Lo studio è stato precocemente interrotto per ragioni di sicurezza in quanto si sono verificati più eventi nel gruppo con l'antiaritmico rispetto al placebo. Nello specifico si sono registrati 21 decessi da cause cardiovascolari nel gruppo dronedarone versus 10 nel gruppo placebo ($p = 0.046$); 13 e, rispettivamente, 4 di queste morti sono state su base aritmica ($p = 0.03$). Infine nel braccio trattato con dronedarone si è anche osservato un aumento dell'incidenza di ictus (23 vs 10, $p = 0.02$). L'ovvia conclusione degli autori è che il dronedarone non dovrebbe essere impiegato in pazienti con fibrillazione atriale permanente.

(NEJM 2011; 365:2268-2276).

aforismi

Non importa quanto costa qualcosa, ma quanto è grande lo sconto.

> **Anonimo**

La cosa che più piace di una donna, è che non è l'unica.

> **G. Moruzzi**

Istintivamente si diffida dei meriti altrui. Si sospetta che una buona parte sia da attribuire alla loro vanità.

> **M. Missale**

Quando l'uomo non ha più freddo, fame e paura, è scontento.

> **E. Flaiano**

Gli amici stanno al vostro fianco fino all'ultima lira, la vostra, s'intende.

> **G. Veneziani**

Il successo di un piatto più che dal sapore dipende da come viene presentato e da chi lo serve, lo stesso che accade per le idee politiche.

> **L. Longanesi**

La generosità è un mezzo per combattere la meschinità, soprattutto la nostra.

> **M. Missale**

Gli uomini sono gelosi di coloro che li hanno preceduti, le donne di quelle che le succederanno.

> **F. Fontanini**

Il Padre Eterno quando vide Adamo ed Eva disse: continuate pure, fate come se io non ci fossi.

> **J. Prévert**

Signorina, non fraintenda, non voglio farle la corte, voglio farmi lei.

> **L. Viti**

Per amore si può fare tutto; per soldi di più.

> **L. Toffolo**

L'amore è cieco, ma può prendere abbagli.

> **M. Maccari**

Peccato che non si possa avere un'amante senza tradire la propria moglie.

> **G. Clericetti**

L'acqua e le parole sono facili da versare, ma impossibili da recuperare.

> **Proverbio cinese**

Ho sposato un uomo inferiore a me, come tutte le donne.

> **N. Astor**

I critici sono come gli eunuchi: sanno perfettamente come si fa, ma non possono.

> **Anonimo**

Raramente le donne sono amate come vorrebbero, cioè da un dio onnipotente che dia loro tutto e non domandi nulla.

> **H. de Réguier**

Il delitto non paga ma i mandanti sì.

> **G. Clericetti**

I cattivi a volte si riposano, gli imbecilli mai.

> **E. Drusiani**

L'amore è come la poesia, tutti gli amanti, anche i più mediocri, credono di fare qualcosa di nuovo.

> **E. Flaiano**

Si dice che la politica sia il secondo lavoro più vecchio del mondo. Sono giunto alla conclusione che assomiglia moltissimo al primo.

> **R. Reagan**

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.
- ☺ Con un contributo di € 30.00 gli **Aderenti** alla Fondazione, possono richiedere il volume degli Atti del Congresso *Conoscere e Curare il Cuore* o gli Atti online.
- ☺ Coloro che desiderano offrire **Cuore 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

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

VERSAMENTO SU C/C POSTALE N°64284003

BONIFICO BANCARIO IBAN IT 56 Y 01005 03213 000000012506

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

ASSEGNO NON TRASFERIBILE

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

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 CONTRIBUENTE PER LA DESTINAZIONE DEL CODICE PER MILLE DELL'IRPEF (in caso di scelta PRIVATA in UNO degli spazi sottostanti)

Indicare nel riquadro sottostante, nella designazione non superiore al cinque per mille dell'IRPEF, il codice fiscale del beneficiario (professionista, ente ecclesiastico o fondazione).

Beneficiario (professionista, ente ecclesiastico o fondazione)

Codice fiscale del beneficiario (professionista, ente ecclesiastico o fondazione)

Indicare nel riquadro sottostante il numero di residenza del contribuente.

Indirizzo del contribuente

Indirizzo del contribuente

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.**

Se ami il tuo cuore
ti ricambierà!



Campagna di **I**nformazione, **S**ensibilizzazione,
Educazione alla **P**revenzione dell'**I**nfarto
e delle **M**alattie **C**ardiovascolari

 Centro per la Lotta contro
l'Infarto - Fondazione Onlus
Capire per prevenire
www.centrolottainfarto.it

 **PROVINCIA
DI ROMA**
Assessorato alle Politiche Sociali e per la Famiglia
www.provincia.roma.it

15 dicembre 2011 Palazzo Valentini ore 11,00

Sala della Pace - Via IV Novembre, 119/a

Il Presidente della Provincia di Roma **NICOLA ZINGARETTI**,
l'Assessore alle Politiche Sociali e per la Famiglia **CLAUDIO CECCHINI** e
il Professor **FRANCESCO PRATI** Presidente del Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus
incontrano scuole e centri anziani

Intervengono: il Direttore Generale dell' "Osp. San Giovanni di Roma" Dr. Gian Luigi Bracciale e il Direttore Sanitario Dr. Gerardo Corea

Coordina: Dr. Luciano Onder