CUORE & Salute

L'uomo e il sale

ANNO XXVIII

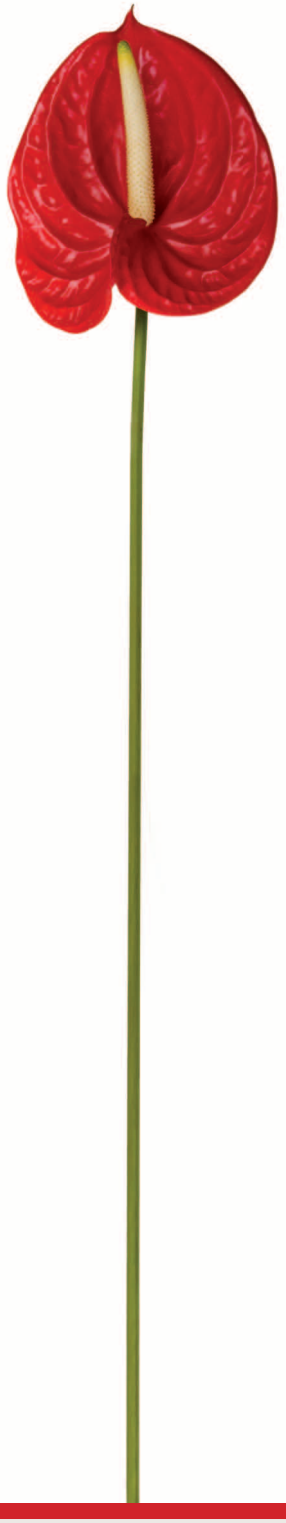
N. 3-4 MARZO-APRILE 2010

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

Una pubblicazione del:
Centro per la lotta contro l'infarto - Fondazione Onlus

Online dal 30 maggio

Il Congresso a casa tua



CONOSCERE E **C**URARE IL **C**UORE
2010

Il Congresso, in versione audiovisiva, è disponibile *online* sul sito **www.centrolottainfarto.it**.

Sono inoltre pubblicati in formato PDF i testi dei relatori.
È un servizio che la Fondazione offre agli interessati.

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

Sommario breve marzo-aprile 2010

Foto iStockphoto.it

Obama ce l'ha fatta 69

L'uomo e il sale 73

Il sale della vita 76

E se ci liberassimo dell'INR? 82

Le apnee ostruttive del sonno 84

La difficile cura dell'obesità 88

Lettere a *Cuore e Salute* 92

Malattie cardiovascolari e psoriasi 98

Il nuovo crepacuore 101

La palla di Tiche 104

News 106

Quando abbassare la pressione? 108

Quaderno a Quadretti 110

Il placebo 115

Mangiare fa male alla salute? 118

La digitale e lo yogurt 122

Aforismi 126

www.centrolottainfarto.it

E-mail: cuoreesalute@centrolottainfarto.it

Cuore e Salute

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

Anno XXVIII - n. 3-4 Marzo-Aprile 2010
Tariffa Associazione senza fini di lucro: *Poste Italiane SpA - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art 1 comma 2 DCB - Roma*
Pubblicazione registrata al Tribunale di Roma il 3 giugno 1983 n. 199

Associata Unione Stampa Periodica Italiana

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

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

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

Direttore Responsabile
Franco Fontanini

Coordinamento Editoriale
Lilli D'Agostino

Vice Direttori
Eligio Piccolo
Francesco Prati

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
Gentil Srl [Valentina Girola]

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

n.3-4 sommario 2010

Obama ce l'ha fatta Mario Albertucci, Ilaria Congia 69

• *Sprechi in cardiologia [Eligio Piccolo]* 72

L'uomo e il sale Franco Fontanini 73

Il sale della vita Eligio Piccolo 76

E se ci liberassimo dell'INR? Filippo Stazi 82

• *Dabigatran 2 [Filippo Stazi]* 83

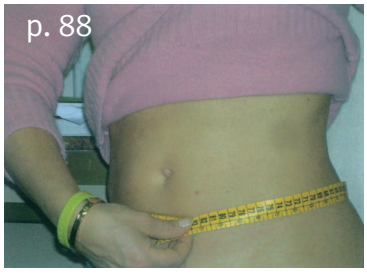
Mr. Pickwick non sta ancora bene Claudio Rapezzi 84

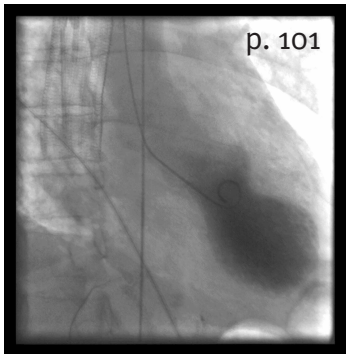
La difficile cura dell'obesità 88
Intervista di Mario Albertucci a Giuseppe Rando

• *Il fumo prima e dopo l'infarto [Eligio Piccolo]* 91

Lettere a Cuore e Salute 92
- *Sesso a novant'anni [Franco Fontanini]*
- *Sale e aumento della pressione [Eligio Piccolo]*

Malattie cardiovascolari in pazienti psoriasici 98
- *Cosa ne pensa Francesco Prati, cardiologo*
- *Cosa ne pensa Giovanni Antonio Richetta, dermatologo*





Il nuovo crepacuore Eligio Piccolo 101

La palla di Tiche
Cencelli, un infarto da manuale Franco Fontanini 104

News
Aggiornamenti cardiologici Mario Albertucci e Fabrizio Imola 106

Quando e fino a che punto abbassare la pressione? 108
Vito Cagli

Quaderno a Quadretti Franco Fontanini 110

L'efficacia dell'inefficace: il placebo Vito Cagli 115

Mangiare fa male alla salute? Salvatore Milito 118

La digitale e lo yogurt Eligio Piccolo 122

• *La breve e controversa storia dell'amiodarone [Filippo Stazi]* *125*

Aforismi 126

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

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.

Obama ce l'ha fatta

L'America si prenderà cura, a modo suo, di tutti i suoi cittadini.

di **Mario Albertucci** e **Ilaria Congia**

Era da decenni che il paese più ricco ed evoluto del globo attendeva di risolvere il problema spinosissimo della Sanità a cui molti – tra cui anch Hillary Rodham, una dei cento più famosi avvocati d'America, a quel tempo Signora Clinton – avevano inciampato. E fallito.
Incredibile, per noi italiani che pure tanti buchi abbiamo nelle nostre pentole, che un numero altissimo di americani non avesse diritto all'Assistenza Sanitaria Nazionale, che le Assicurazioni potessero scegliere chi assicurare e chi no, e che la salute non fosse un diritto per tutti.
Da oggi invece, se gli americani dovranno vendersi casa, non sarà più per pagarsi un'ernia del disco o una valvola cardiaca, giacché questa volta Obama, lui sì, ce l'ha fatta. Non con l'aiuto di Hillary Clinton, questa volta, ma con il supporto strenuo del Presidente della Camera dei Deputati, Nancy Pelosi.
"Il cambiamento non scende dall'alto ma sale dal basso", ha dichiarato il Presidente subito dopo l'approvazione al Senato (219 voti a favore,

Il Vice Presidente Joe Biden e il Presidente della Camera dei Rappresentanti Nancy Pelosi applaudono Barack Obama dopo l'approvazione della legge.

212 contro). La Riforma Sanitaria è ora legge, e gli Stati Uniti potranno tornare, forse a ragione, ad autodefinirsi "Leaders of the free world".
Ma è proprio così?
Quella che noi definiamo Riforma Sanitaria altro non è che una rivoluzione vera e propria del sistema assicurativo sanitario americano.
Infatti il nome di questa legge è "The Patient Protection and Affordable Care Act "(H.R. 3590) che, tradotto, vuol dire Legge per la Protezione del Paziente e per la Cura a Prezzi Ragionevoli.
Per la prima volta un governo USA ha imposto ad un settore dell'economia delle regole ben precise.
Potendo contare su un sistema già ampiamente sperimentato, la rivoluzione non è però, e per fortuna, copernicana: resta intatta l'organizzazione efficientissima americana, mentre cambiano le modalità di pagamento. Chi, cosa, come.
Fino ad ora tutti i cittadini americani over 65 erano garantiti, per legge, da una copertura per le spese sanitarie dallo Stato Federale tramite il programma **MediCare**. Gli indigenti – che ogni Stato valutava secondo propri criteri – erano a loro volta assistiti attraverso il programma chiamato **MedicAid**, finanziato dai singoli Stati. I lavoratori dipendenti, invece, venivano assicurati dalle rispettive aziende. Tutto ciò è rimasto uguale per 260 milioni di americani.
Cambia il rapporto per i lavoratori autonomi e per i dipendenti di piccole imprese che erano lasciati nelle mani delle

STIMA DEL COSTO ANNUALE DELL'ASSICURAZIONE SANITARIA

Costo per una famiglia di 4 persone

Reddito annuale	Dopo la riforma	Prima della riforma
$ 22,200*	$ 1,400 anno	$ 17,250 anno
$ 33,300	$ 3,500 anno	$ 17,250 anno
$ 44,400	$ 7,200 anno	$ 17,250 anno
$ 55,500	$ 9,650 anno	$ 17,250 anno
$ 66,600	$ 11,800 anno	$ 17,250 anno
$ 77,700	$ 13,050 anno	$ 17,250 anno
$ 88,800	$ 15,000 anno	$ 17,250 anno

*Supponendo che la famiglia non sia coperta da **MedicAid**

TABELLA PUBBLICATA DALL' *HOUSE COMMITTEES ON WAYS AND MEANS, ENERGY AND COMMERCE, AND EDUCATION AND LABOUR*, 25 MARZO 2010

Compagnie di Assicurazione, le quali fissavano condizioni che per la maggior parte delle persone erano inaccettabili.
La tabella pubblicata nella pagina precedente mostra i costi delle Assicurazioni prima e dopo la riforma in base alle fasce di reddito.
È evidente che una famiglia con un reddito appena superiore ai 22.000 dollari (al di sotto dei quali avrebbe avuto diritto a **MedicAid**, il programma per gli indigenti) aveva, prima della riforma, insormontabili difficoltà a pagare un premio annuale di 17.250 dollari, tanti quanti ne pagavano gli americani ricchi.
Ne conseguiva che circa 40 milioni di cittadini, non potendo andare avanti con soli 5000 dollari l'anno o poco più, vivevano privi di una copertura sanitaria, senza quindi la possibilità di essere curati in caso di malattia.
Il Presidente Obama, fedele allo spirito liberale, ha imposto alle Assicurazioni di calmierare i premi delle polizze in rapporto ai redditi di ciascun nucleo familiare.
Ha imposto inoltre, last but not least, di eliminare la clausola di condizioni preesistenti e di qualsiasi altra discriminazione sul prezzo della polizza.
L'Assicurazione Sanitaria è, però, da ora un obbligo di legge per tutti i cittadini.
Oltre a questo fondamentale programma economico, il Presidente ha introdotto dei principi fortemente innovativi e al passo con i tempi.
Saranno istituiti consultori finanziati dallo Stato Federale, presso i quali i cittadini potranno risolvere i problemi più comuni, sollevando così i Pronto Soccorso degli ospedali e gli studi dei medici di base. Altra grande innovazione riguarda la medicina preventiva, che diventa parte integrante e obbligatoria delle polizze assicurative.
La filosofia di base è chiara. Portare la medicina sul territorio, abbassare i costi conseguenti le complicanze delle malattie croniche e prevedibili, rendendo i cittadini direttamente responsabili della propria salute e riservando gli ospedali esclusivamente alle cure più specifiche e mirate.
È stato calcolato dal *Congressional Budget Office* che nei prossimi dieci anni questa riforma produrrà un risparmio sul deficit dello Stato di 143 miliardi di dollari, che diventeranno 1,2 trilioni di dollari nei successivi dieci anni. Questo incredibile risparmio è in buona parte da attribuire alla medicina preventiva.
Questa riforma sembrerebbe di fatto avere solo conseguenze positive ma ... non è tutto oro quello che luccica.
Costrette a rivedere i tariffari degli ospedali e dei medici, le Assicurazioni imporranno di eliminare quel che loro considerano superfluo e che, al contrario, i medici ritengono routine. In altre parole,

questo meccanismo, che potrebbe essere virtuoso, ha la potenzialità di trasformasi in un percorso terapeutico per il paziente ridotto ai minimi termini.
E l'innovazione potrebbe soffrirne.
Consideriamo ad esempio il costo di un intervento per curare un aneurisma dell'aorta addominale con la tecnica tradizionale, che comporta l'uso di una protesi aortica del valore di circa 400 € e compariamolo con un intervento fatto con l'innovativa via endovascolare (quindi senza tagli), per il quale la protesi costa circa 10.000 €. Cosa farà il medico? E più che altro: cosa dirà di fare l'ospedale?
La pressione economica potrebbe influenzare l'antico giuramento di Ippocrate, il comportamento degli amministratori e le scelte delle ditte farmaceutiche e delle case produttrici di apparecchiature mediche.
Forse la soluzione a tutti i nostri problemi l'avevano già trovata gli antichi cinesi.
Il medico di corte veniva ben remunerato e rispettato finché i suoi pazienti godevano di ottima salute. Quando qualcuno si ammalava, lo stipendio veniva sospeso ed il medico lavorava incessantemente per ripristinare la salute del paziente ed il proprio stipendio.

Sprechi in cardiologia

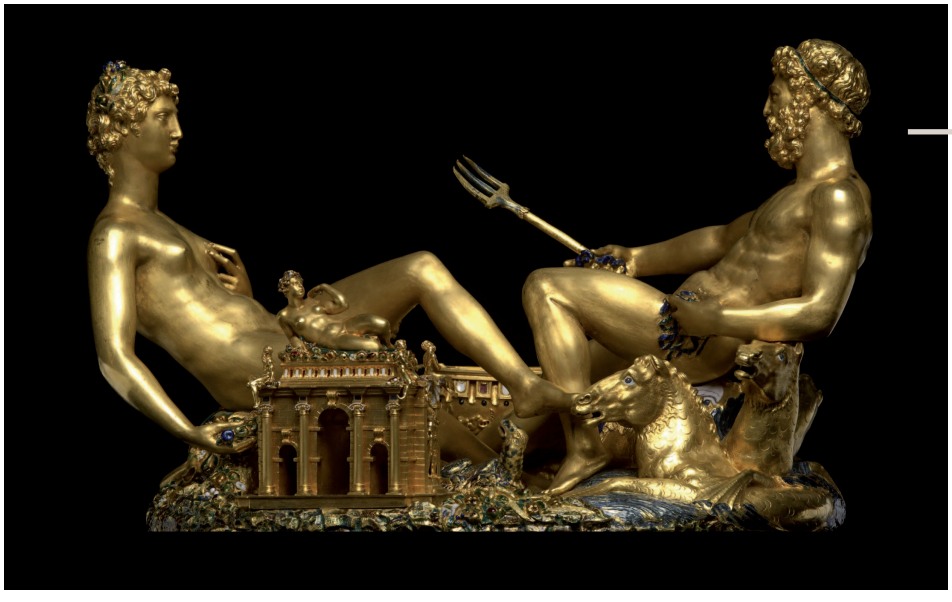
La Sanità nordamericana, forse pungolata da Obama che la vuole riformare, si è accorta che sta spendendo più di altri paesi dove essa funziona meglio. In particolare nella Cardiologia, specialità segnatamente costosa per il numero di malati e per la tecnologia avanzata, la rivista *Annals of Internal Medicine* di gennaio 2010 mette in evidenza che da molti studi portati a termine da 20 anni a questa parte, l'uso indiscriminato di tanti farmaci, di tanti interventi di bypass, valvolari, di tante angioplastiche e di certe sofisticate terapie antiaritmiche non ha prodotto vantaggi sensibili rispetto al placebo. Pur considerando che tutto ciò si è determinato in buona parte con il fine di migliorare l'assistenza dei malati, si raccomanda agli organi responsabili di definire meglio le indicazioni nelle differenti situazioni cliniche.

E.P.

L'uomo e il sale

di **Franco Fontanini**

Il sale ha un'importanza determinante nella storia dell'uomo: conosciuto da almeno cinque millenni a.C., considerato dono di Dio, il sale ha dato la possibilità di conservare gli alimenti e di sopravvivere agli uomini che hanno sempre temuto che venisse loro a mancare.
Molte guerre sono state combattute per il possesso di saline. In tutte le epoche il sale è stato oggetto di gabelle e di monopoli.
Poiché non lascia tracce, poco si sa della storia del sale.
Il suo consumo è aumentato costantemente, mano a mano che, da cacciatore nomade, l'uomo diventò agricoltore stanziale; successivamente, con la nascita dell'industria alimentare, il suo consumo sarebbe ininterrottamente aumentato e l'uomo introdusse sempre di più nel suo corpo, quantità maggiori di quelle necessarie.
Bovini ed ovini necessitano di molto sale, gli animali più avidi sono le capre e a loro dobbiamo la scoperta di molte fonti saline e di miniere di sale.



Saliera di Francesco I, Re di Francia, Benvenuto Cellini (1540-43)

Dove ci sono pascoli nel terreno non c'è sale e dove il sale c'è, non ci sono pascoli, da ciò la dipendenza di una popolazione dall'altra e l'origine dei commerci.
Gli scandinavi davano legnami e pelli in cambio di sale, tedeschi e russi cereali e ferro, gli africani oro, i valvassori delle Alpi giovanotti fedeli e robusti come soldati.
Nell'età della pietra e del bronzo gli uomini rimediavano alla carenza di sale bevendo sangue e urine di animali, i contadini aggiungevano ai cibi le ceneri di animali, le popolazioni che vivevano vicino al mare ricorrevano alle "erbe salate", raccolte nelle zone bagnate dalle maree.
Gli antichi trattati di chimica consideravano solo cinque elementi: acqua, zolfo, mercurio, terra e sale; i medici avevano capito che durante le carestie di sale gli uomini erano più deboli e resistevano meno alle epidemie, quelli del Rinascimento intuirono i rapporti fra acqua e sale nell'organismo: i cibi salati provocano sete, l'eccessiva introduzione di sale fa trattenere acqua e provoca edemi, mentre la carenza causa disidratazione fino alla morte, simile a quella da mancanza d'acqua.
All'inizio dell'800 si capì che il sale è composto da cloro e da sodio e che l'eccesso di sale, oltre che a gonfiare il corpo, affatica i reni e il cuore.
Tutte le religioni, in particolare quelle giudaico-cristiane, attribuirono al sale carattere sacro, lo considerarono un elemento purificatore, simbolo dell'alleanza tra Dio e gli uomini.
La nobilitazione ufficiale avvenne quando Gesù disse agli apostoli: "Voi siete il sale della terra".
Il sale del battesimo purificò dal peccato originale; dove scarseggiava, i genitori dovevano portarlo al fonte battesimale insieme al neonato.
Dividere pane e sale divenne segno di amicizia e di fraternità, la saliera sulla tavola, di offerta e di ospitalità. Nella tradizione popolare il sale rovesciato ha significato di discordia e malaugurio.
Nella copia dell'"Ultima Cena" esposta al Louvre, Giuda ha davanti a sé una saliera rovesciata.
Nell'antichità il sale era anche segno della collera di Dio: nei Salmi sta scritto che Dio può mutare una pianura fertile in deserto. Dopo le guerre gli uomini spargevano sale sulle rovine delle città nemiche distrutte, a simboleggiare la sterilità che avrebbe colpito la terra dei vinti.
I sacerdoti si accorsero che il sale impediva il deterioramento delle offerte sacrificali e impararono così a conservare le carni mediante la salatura.
La Riforma sminuì la liturgia del sale, che rimase in molte tradizioni e superstizioni diventando l'arma principale degli esorcisti per scacciare il diavolo e tenere lontane le streghe.
In Francia il sale proteggeva i campi dalle tempeste, e gli animali dalle malattie.
I medici inventarono fantasiose medicine a base di sale contro la pigrizia, la pellagra, i dolori di pancia, di testa e le malattie reumatiche. Dal '400 al '700 era diffusa la "salatura del coniuge": le

Le mogli salano i loro mariti, incisione del 1557

mogli insoddisfatte, aiutate da comari esperte, denudavano a forza il marito e lo cospargevano di sale. Sembra che molti recuperassero virilità, prestigio e autorevolezza.

Nel nostro organismo il sodio si comporta come antagonista del potassio nei confronti dell'attività muscolare e cardiaca: l'eccesso del primo e la carenza del secondo compromettono la funzione cardiaca.

La principale funzione del sodio è quella di mantenere normale la pressione osmotica dei liquidi nel nostro organismo, per cui si trova in costante equilibrio con l'acqua in cui è disciolto.

Il consumo di sale è in rapporto con i valori della pressione del sangue; le popolazioni primitive dell'America centrale e meridionale, che dispongono di scarsissimo sale, sono immuni dall'ipertensione arteriosa; in Giappone, dove la dieta media ha il più alto contenuto di sodio, la morte per ictus conseguente all'ipertensione ha la più alta incidenza al mondo.

L'eccessivo apporto di sodio fa salire la pressione in un'elevata percentuale di uomini, ma non in tutti. I soggetti nei quali la pressione aumenta con la somministrazione di sale, sarebbero geneticamente predisposti all'ipertensione.

La dieta media degli europei contiene 15 grammi di sale, il triplo del fabbisogno, che è di circa 5 grammi.

La dieta iposodica è stata il primo rimedio contro la pressione alta; anche gli efficaci farmaci antipertensivi scoperti negli ultimi cinquant'anni, agiscono meglio quando sono associati ad una dieta povera di sodio.

Il sale della vita

Il difficile dosaggio del sale nella dieta

di **Eligio Piccolo**

La celebre locuzione di Plinio il Vecchio, "Cum grano salis", si riferiva a un grano di sale come contravveleno a certe pozioni, ma poi nei secoli ha assunto il significato di un pizzico di buon senso, la giusta misura che dovremmo sempre avere per ogni questione.
La medicina moderna, dopo tante esaltazioni, ha dovuto fare i conti con la giusta misura del sale nei cibi che consumiamo, che non è un grano ma una quantità da dosare attentamente. Il suo eccesso, come vedremo, ha gravato sulla nostra salute, condizionando perfino certe tendenze ereditarie.
Fino a sessant'anni fa, non ci si pensava. Il sale era un componente essenziale della nostra alimentazione, la sua scarsità creava la pellagra, come erroneamente si era pensato agli inizi del secolo scorso in chi si nutriva di polenta sciapa, per scoprire poi che la causa era la mancanza di una vitamina.
Da sempre il sale ha assecondato il nostro palato, insaporiva i cibi, ma fin dall'antichità si era forse scoperto che il lavoro muscolare, le lunghe marce militari, l'attività atletica lo rendevano indispensabile a sostituire quello che si perdeva con il sudore; i soldati ne ricevevano una dose fissa, il salario appunto; le strade per trasportarlo dalle saline erano molto trafficate e da noi una di esse ne ha preso anche il nome, la via Salaria. Divenuto oramai un alimento indispensabile e di grande valore commerciale molti regnanti, a partire da Filippo IV di Spagna, pensarono di imporvi una tassa, che rimase fino all'apparire della Rivoluzione Francese.
Il messicano Sodi Pallares fin dagli anni '60 è stato un convinto assertore della dieta molto povera di sale. Egli confortato anche da altre ricerche francesi del gruppo di Laborit proporrà, oltre alla dieta iposodica, l'utiliz-

Gaio Plinio Secondo, detto il Vecchio: "È proprio vero che la maggior parte dei mali che capitano all'uomo sono cagionati proprio dall'uomo"

zo di fleboclisi ricche di glucosio, potassio e insulina, capaci di migliorare il metabolismo delle cellule sofferenti, o come diceva lui, di ripolarizzarle, rimetterle nelle condizioni normali. La sua soluzione "ripolarizzante" è usata ancora oggi in tutto il mondo.

Ma su quali elementi si basano le convinzioni che tanti moderni ricercatori e medici hanno sull'azione negativa del sodio e quella positiva del potassio? Secondo lo studioso messicano da quando la vita si è formata, ossia da quando s'è costituita la membrana cellulare, una barriera fra l'interno della cellula primitiva e ciò che la circondava, l'acqua di mare. Questo era ed è rimasto ricco di sodio, catione necessario per la vita ma che partecipa in minor misura ai fenomeni intracellulari. I quali invece sono l'essenza della vita organica, fatta di reazioni chimiche, metaboliche ed energetiche.

Esistono quindi due regni, quello del sodio (extracellulare) e quello del potassio (intracellulare). Affinché si mantenga la vita organica, diceva Sodi Pallares, "è necessario che si rispettino l'un l'altro, non invadano il territorio che non li compete e si adeguino a quello che è l'ordine stabilito, il quale regola tutto l'universo".

L'ambiente extracellulare del nostro corpo è costituito dal liquido interstiziale fra le cellule, al quale affluisce l'ossigeno e i nutrimenti vari dal sangue, che arriva dai capillari. In esso la concentrazione del sodio è elevata mentre quella del potassio è bassa. L'inverso di ciò che avviene nell'interno delle cellule dove prevale il potassio sul sodio. Ci sono anche altri elementi chimici importanti, come il magnesio e il cloro, il primo più concentrato all'interno della cellula, il secondo all'esterno.

La distribuzione di tutti questi joni, ma anche di altri come il calcio e le proteine, dentro e fuori la cellula, separati dalla membrana, non è regolata dalle sole leggi chimiche della diffusione, ma anche da meccanismi più complessi, quali le pompe del sodio e del potassio. Il discorso come si vede si fa complesso, e più ancora lo diventa se consideriamo questi elementi non solo durante lo stato di salute, ma anche quando le cellule e i tessuti si ammalano, come nell'ischemia e nell'infarto.

Ma torniamo al perché il sodio è "cattivo" e il potassio invece è "buono". Si parla di azione entropica, ossia finalisticamente disorganizzatrice del primo, e sintropica o beneficamente costruttiva del secondo. Sono concetti che sconfinano nella filosofia e forse conviene non avventurarvisi troppo rimanendo su quelli più semplici. Così come sul fatto che il sodio, usato in genere sotto forma di cloruro, detto anche sale da cucina, è divenuto l'essenza per gustare i cibi, ma con un prezzo "salato" da pagare.

Quando si passava più tempo a cucinare, ad assortire meglio le componenti per preparare le vivande e a dosare le varie spezie, il nostro palato veniva abituato a distinguere i differenti sapori, a gustare le sfumature e per i più raffinati a combinarvi anche il vino più appropriato. La degustazione dei cibi tuttavia è molto più complessa di quanto si pensi e ancora oggi è difficile da schematizzare. Le varia-

bili sono numerosissime già analizzando la lingua, l'organo principale adibito alla funzione del gusto, dove si trovano le famose papille, complesse strutture sensitive preposte a distinguere i vari sapori - dolce, salAto, acido, amaro -, le varie sfumature, nonché la capacità di combinarle con l'odorato. Si è anche dimostrata la diversità da un soggetto all'altro, secondo i differenti gradi di sensibilità, le età e anche le differenti razze.
La lotta fra sodio e potassio, ma anche fra il sale e gli altri gusti non è di principio e nemmeno la farei discendere da Adamo ed Eva. Nasce verosimilmente da esigenze antiche e da abitudini incontrollate. Il potassio ha la fortuna di essere poco presente nei nostri cibi, è un po' dappertutto, ma in quantità minime. Non ha un sapore accattivante, anzi piuttosto amarognolo. È difficile quindi ingerirne quantità tali da creare nel sangue dosaggi di iperpotassemia pericolosi. Il sodio invece è gradevole, insaporisce le vivande, ha la proprietà di conservare gli alimenti ed è facile da reperire in natura, soprattutto nel mare. L'uomo primitivo forse ha cominciato a sentirne il beneficio nei momenti in cui ne perdeva troppo durante le abbondanti sudorazioni. L'ha cercato, l'ha trovato, gli è piaciuto e ha finito con l'eccedervi.
L'eccesso gli è costato caro perché il sodio richiama acqua, l'acqua deve essere eliminata dai reni, fino a certi limiti, oltre i quali non si può evitare il ristagno, specie se il cuore non è in grado di mandarvi un flusso sufficiente.
L'accumulo di liquidi aumenta la massa del sangue, sovraccarica la circolazione, costringe il cuore a un maggior lavoro, favorisce l'aumento di pressione e introduce i presupposti per l'arteriosclerosi.
Insomma l'uomo civilizzato, ghiotto di sale, si è dovuto difendere via via dall'ipertensione, dallo scompenso, dall'ictus, dal sovrappeso e dal diabete.
Quello stesso uomo però è anche intelligente, capace e inventivo, e ha trovato subito gli antidoti a tutti questi guai. Non importa se si è dovuto sottoporre a mille esami e ad altrettante pillole. Si sente in qualche modo protetto, benché questa

sommazione di guai e rimedi faccia venire in mente lo sketch di Giorgio Gaber nel personaggio che per togliersi un tic ne aggiungeva sempre di nuovi.

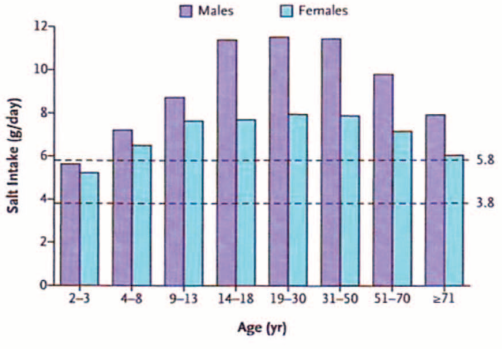
Non tutti probabilmente sono d'accordo con questo quadro poco onorevole per l'homo sapiens. Dicono i contraddittori: si tratta pur sempre di dati statistici, noi conosciamo tante persone che sfuggono a questo destino, reggono bene, si sentono bene e raggiungono traguardi impensabili un secolo fa. Gli studi sulle popolazioni, le indagini epidemiologiche, hanno dimostrato da oltre mezzo secolo che il sale in eccesso favorisce la pressione alta, lo scompenso di cuore, l'arteriosclerosi in tutte le sue forme e, secondo alcuni, anche i tumori. Ancel Keys, il grande epidemiologo centenario, noto per la dieta mediterranea, raccomandava la moderazione del sale.

Dagli anni sessanta fioriranno molte altre ricerche, comprese quelle indirette che documenteranno l'esistenza di pressione bassa e l'assenza di ipertensione in certi aborigeni di regioni della terra incontaminate, che si alimentano come Adamo ed Eva, senza l'aggiunta di sale. Vi si dimostrerà perfino che queste persone lontane dalla civiltà se vi vengono importate acquistano dopo pochi anni, oltre alle abitudini del mondo civile, anche la pressione alta e le sue conseguenze. Penalizzati per di più dal fatto di non essersi ancora costruita alcuna difesa contro queste malattie.

Due ricerche pubblicate sulla più importante rivista medica degli Stati Uniti, il *New England Journal of Medicine*, a distanza di quattro anni l'una dall'altra hanno dimostrato con la prima (1997) che una dieta a base di frutta, verdura, cereali, pesce o carni magre, quasi mediterranea quindi, ma senza limitazione del sale, riduceva sensibilmente la pressione arteriosa; mentre con la seconda ricerca (2001), nella quale, con la stessa dieta, il sale era contenuto entro 2 o 3 grammi al giorno, l'abbassamento della pressione

Il trasporto e il commercio del sale in Francia, incisione del XV secolo

migliorava ulteriormente.
In tutto il mondo "civilizzato" il sodio risulta in eccesso. Non solo per l'aggiunta che se ne fa durante la cottura dei cibi, ma soprattutto per la quantità inserita, sia come cloruro che altre molecole, in molti prodotti industriali confezionati e conservati. Nei ristoranti il contenuto di cloruro di sodio nei cibi è superiore a quello di casa.
Negli USA, nonostante i *Departments of Agricolture and Health and Human Services* raccomandino un consumo giornaliero di sale inferiore ai 5.8 grammi e consiglino altresì una quantità inferiore ai 3.7 grammi alle persone di oltre 40 anni, a quelle di razza nera (più sensibili alle conseguenze) e agli ipertesi, una valutazione fatta nel 2005 e nel 2006 ha evidenziato che la quantità giornaliera di sale effettivamente ingerita dagli uomini statunitensi era in media di 10.4 grammi e dalle donne di 7.3 grammi, indipendentemente dall'età e dalle altre precauzioni. È stato anche calcolato che il 75-80% del sale proviene dai cibi già confezionati e solo il 20-25% dall'aggiunta durante la loro preparazione in cucina. In conclusione, appare chiaro che negli USA il consumo di sale è circa il doppio di quello sopra consigliato, che peraltro, secondo molte autorevoli valutazioni, sarebbe già di per sé troppo elevato a prevenire l'ipertensione, le malattie cardiovascolari e i tumori.
Altri paesi, come il Regno Unito, il Giappone, la Finlandia e il Portogallo, si sono dati recentemente legislazioni e hanno promosso campagne di sensibilizzazione per educare la popolazione alla riduzione del sale dei cibi, per raccomandare maggiori attenzioni in cucina e per indurre l'industria a una più attenta confezione dei prodotti alimentari. Non sappiamo ancora con quali risultati, ma quei paesi hanno tutte le carte in regola per darci presto buone notizie.
Un gruppo di epidemiologi, capeggiati da Kirsten Bibbins-Domingo dell'Università di California in San Francisco, ha proposto nel *New England Journal of Medicine* di febbraio 2010 un modello di elaborazione computerizzata per conoscere sulla base degli studi ottenuti in varie popolazioni e relativi a mortalità e incidenza di malattie in rapporto al consumo di sale, quali risultati si realizzerebbero riducendo questo consumo a soli 3 grammi giornalieri. Vi si otterrebbe nientepopodimeno per ogni anno una riduzione dai 60 ai 120 mila casi di cardiopatie coronariche,



Quantità media giornaliera di sale in grammi ingerita dagli uomini (males) e dalle donne (females) negli USA nel 2005-2006. La cifra di 5.8 è la quantità massima consigliata ai giovani (< 40 anni) non ipertesi e 3.8 è quella per gli > 40, di razza nera o ipertesi. *(Bethesda: National Cancer Institute, 2005-2006)*

dai 32 ai 62 mila casi di ictus e dai 54 ai 99 mila casi di infarto miocardico, con una diminuzione di mortalità dai 44 ai 92 mila casi. Naturalmente anche il risparmio di miliardi di dollari per la sanità sarebbe cospicuo. Quei ricercatori hanno precisato che perfino la diminuzione di un solo grammo, rispetto alle attuali abitudini, sarebbe capace di dare un sostanziale beneficio.

Dicono giustamente gli ideatori di questa ricerca che essa ha la capacità di dare gli stessi risultati positivi della cessazione del fumo o della riduzione del peso corporeo, nonché del risparmio sul costo e sugli effetti secondari di tante medicine prescritte per ridurre la pressione arteriosa o il colesterolo. Infatti, la considerazione più importante da fare a proposito di questa ipotesi "terapeutica" della riduzione del sale, rispetto ad altre campagne che comportano l'uso di farmaci e controlli vari, è l'assenza assoluta di ogni spesa a carico del sistema sanitario nazionale.

Non è possibile evitare a questo punto l'intervento del solito facile profeta di insuccessi: perché se nessuno ha un interesse di profitto e molti invece, dall'industria alimentare a quella farmaceutica, dai rivenditori ai ristoratori, tutti ci rimetterebbero, chi darebbe la vis a tergo a questa nobile iniziativa?

A parte le battute, così facili in questo mondo nel quale il profitto e le intemperanze stanno diventando incontrollabili, ridurre il sale in effetti non dovrebbe essere poi tanto difficile. È certamente più facile che smettere di fumare. Il palato si adatterebbe volentieri, specie se sotto sotto vi è il desiderio di riacquistare il gusto dei cibi genuini, le sfumature dei sapori e il bouquet dei vini. L'ostacolo maggiore è senza dubbio il controllo delle confezioni industriali, l'educazione dei ristoratori e quella di tutti noi, il pubblico. Il quale, tuttavia, se pensasse ai vantaggi che una dieta più fisiologica nell'uso del sale potrebbe avere fin da bambini onde prevenire l'ipertensione, che oramai sta minacciando il 90% (!) di chi ha superato il traguardo dei 50 anni, se pensasse alla capacità di ridurre il cancro gastrico, alla salvaguardia dei reni, alla provata efficacia nel prevenire l'ingrossamento e l'insufficienza del cuore, alla riduzione dell'osteoporosi, quel pubblico, che siamo noi, dovrebbe sentirsi impegnato ad attuarla.

Forniamo ancora qualche dato in più: il corpo umano contiene in media 110 grammi di sale (cloruro di sodio), corrispondenti a 44 grammi di sodio. Un pugno, se ci pensate, quantità che essendo poca è più facile sballarla. Un adulto normale potrebbe vivere tranquillamente con una dose variabile, secondo l'età, le attività e le stagioni, da 100 a 600 milligrammi di sodio al giorno, ossia da 0.25 a 1.5 grammi di sale. In pratica, come si evince dalla ricerca americana pubblicata nella pagina precedente, per non incorrere in guai cardiovascolari importanti sarebbe sufficiente la dose di 5.8 grammi. E ancora una considerazione: se dimezzassimo la nostra cattiva abitudine, ossia ingerissimo, anziché 11, sei grammi di sale al dì la pressione, soltanto con questo minimo sacrificio, si abbasserebbe da 2 a 8 mmHg.

E se ci liberassimo dell'INR?

di **Filippo Stazi**

Ci sono date che scandiscono tappe importanti nella storia della medicina e tra queste sono senza dubbio da annoverare quelle che liberano i pazienti dalla schiavitù di farmaci di difficile impiego. Perdonate l'enfasi forse eccessiva ma il 17 settembre 2009 potrebbe essere una di queste date, in quanto sono stati pubblicati sul prestigioso *The New England Journal of Medicine* i risultati dello studio "Dabigatran versus warfarin in Patients with Atrial Fibrillation (RE-LY)".

Cercherò di spiegarmi: la fibrillazione atriale aumenta il rischio di ictus embolico, per ridurre il quale i pazienti affetti da tale patologia devono assumere farmaci anticoagulanti, inibitori della vitamina K, come il warfarin. Tali farmaci, oltre ad aumentare il rischio emorragico (sono degli anticoagulanti), sono di gestione estremamente difficile a causa delle loro molteplici interazioni con gli alimenti o con altri farmaci che ne variano di molto l'assorbimento. La conseguenza è l'impossibilità di stabilire un dosaggio fisso, come avviene invece usualmente per la maggior parte delle altre medicine, e la necessità di dover ricorrere a frequenti prelievi ematici, necessari all'aggiustamento della dose. Per tali motivi questi farmaci spesso non vengono utilizzati con regolarità o vengono troppo presto abbandonati dai pazienti. Infine, anche in chi persevera, il livello di anticoagulazione che si ottiene, nonostante tutti gli sforzi di medico e paziente, è spesso inefficace.

Il dabigatran è invece un differente tipo di anticoagulante orale, un inibitore competitivo della trombina, meno suscettibile del warfarin alle interazioni farmacologiche ed alimentari, e che non necessita di variazioni di posologia o di rego-

lari controlli ematici del livello di anticoagulazione, risultando così, a dispetto della impronunciabilità del nome, di più facile utilizzo.

Lo studio in questione ha confrontato due diversi dosaggi (110 e 150 mg) in duplice somministrazione giornaliera di dabigatran con il warfarin in oltre 18.000 pazienti con fibrillazione atriale ed almeno un addizionale fattore di rischio per l'insorgenza di ictus. I risultati hanno mostrato che il dosaggio inferiore (110 mg) del nuovo farmaco era associato ad un rischio di ictus ed embolia sistemica simile a quello del warfarin ma con un minore rischio emorragico, mentre il dosaggio più elevato (150 mg) presentava la stessa frequenza di eventi emorragici del warfarin ma riduceva, rispetto a quest'ultimo, l'occorrenza di ictus ed embolia sistemica.

Se questi dati che sembrano fin troppo belli per essere veri (è soprattutto da escludere che il dabigatran non causi in maniera apparentemente paradossale un aumento del rischio di infarto) saranno confermati, sarà una vera liberazione per tutti.

In primo luogo una liberazione per il paziente che non dovrà più vivisezionare ogni alimento che gli venga presentato sul piatto, od interrogare con severità la moglie sulla larghezza delle foglie della verdura che si sta preparando a mangiare (dopo che qualche medico zelante gli avrà sicuramente e giustamente raccomandato di evitare quelle a foglia larga). Una liberazione per il paziente che non dovrà più leggere scrupolosamente dalla prima all'ultima riga del bugiardino di ogni altro farmaco alla ricerca della temuta interazione con il warfarin. Ancora, una liberazione, sempre per il paziente, dall'obbligo di andare ogni settimana o quasi, col freddo o con il caldo, in città od in vacanza, a sottoporsi al fatidico prelievo ematico.

Una liberazione infine, per il medico, dalla schiavitù delle infinite telefonate sempre uguali: "Dottore, ho fatto l'INR, quanto ne devo prendere?".

Dabigatran 2: la prima conferma

Qualche altra informazione sul dabigatran, il nuovo anticoagulante orale inibitore diretto della trombina che, meno suscettibile del warfarin alle interazioni farmacologiche ed alimentari, non necessita di variazioni di posologia o di regolari controlli ematici del livello di anticoagulazione (leggasi controllo dell'INR). Nello studio RE-LY recentemente pubblicato sul prestigioso *The New England Journal of Medicine* il dabigatran aveva dimostrato un'efficacia almeno sovrapponibile al warfarin nella prevenzione degli accidenti cerebrovascolari in pazienti con fibrillazione atriale.

Nel numero del 10 dicembre 2009 della stessa rivista vengono ora presentati i risultati di un altro studio in cui il dabigatran viene nuovamente confrontato con il warfarin ma in un contesto clinico differente, quello dei pazienti con tromboembolia venosa.

Anche questa volta il dabigatran (alla dose fissa di 150 mg due volte al giorno) si è rivelato sovrapponibile al warfarin sia come efficacia nella prevenzione delle recidive che dal punto di vista del profilo di sicurezza (in particolare, a differenza dello studio sulla fibrillazione atriale, non si è osservato il paradossale aumento d'incidenza di sindrome coronariche acute) e senza richiedere regolari controlli ematochimici.

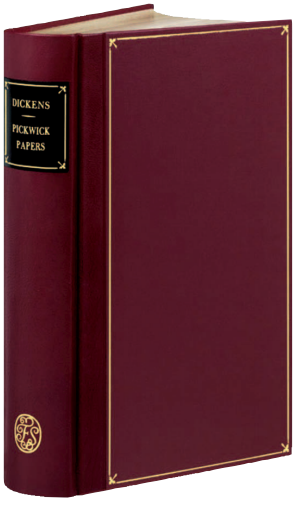
Riprendendo quanto affermato nel precedente articolo sui risultati del RE-LY sembra di potere affermare che la liberazione dall'INR è sempre più vicina!

F. S.

Dopo quasi due secoli
Mr. Pickwick
non sta ancora bene

di **Claudio Rapezzi**

"Joe, maledetto ragazzo, si è di nuovo addormentato! Abbiate la cortesia di pizzicarlo, non c'e altro che lo svegli!" Era il 1836 quando Charles Dickens, all'età di 24 anni, scriveva il romanzo "Il Circolo Pickwick". Dickens, acuto osservatore, inserisce nel romanzo la descrizione di Joe, un personaggio divertente e assolutamente originale sia agli occhi del signor Pickwick sia agli occhi del medico dei giorni nostri, perchè stereotipo caricatura del paziente con apnee ostruttive del sonno.
Analizzando il personaggio emergono numerosi elementi che attirerebbero l'attenzione di un clinico. Joe era un "ragazzo grasso e rosso in faccia e inoltre mezzo addormentato": obeso come molti dei pazienti affetti da sindrome delle apnee ostruttive del sonno(OSAS); con le gote rosse probabilmente legate alla presenza di policitemia (in risposta all'ipossiemia cronica notturna).
"Il ragazzo grasso si alzò, aprì gli occhi, inghiottì l'enorme boccone di pasticcio che aveva cominciato a masticare prima di addormentarsi e lentamente obbedì agli ordini del suo padrone, senza però smettere di fissare con avido languore gli avanzi del banchetto...": uno degli aspetti divertenti del romanzo è proprio la vivacità con cui Joe riprende le attività tra il sonno e la veglia in presenza di cibo.
"Un ragazzo davvero straordinario!" commenta allibito il signor Pickwick. "È sempre addormentato, va a fare le commissioni dormendo sodo e quando serve a tavola, russa!". La sonnolenza diurna è causata della frammentazione del sonno notturno. Il ragazzo durante il giorno è più spesso addormentato che sveglio, il sonno è profondo ed improvviso.
Il russamento è un altro elemento importante per la diagnosi e indica



la presenza di un'ostruzione anche parziale delle vie aeree superiori durante il sonno, che determina difficoltà nel passaggio di aria nelle stesse.
Ma cosa aveva esattamente Joe? In realtà non possiamo dirlo con certezza. **La più recente classificazione dei disturbi respiratori del sonno distingue infatti tali disordini in quattro gruppi:** la sindrome delle apnee ostruttive del sonno (OSAS), le sindromi delle apnee centrali, le sindromi da ipoventilazione alveolare e la sindrome da ipoventilazione alveolare legata a patologie specifiche. Una di queste sindromi era però sicuramente quella da cui Joe era affetto.
La sindrome delle apnee ostruttive è caratterizzata da episodi ripetuti di ostruzione completa (apnea) o parziale (ipopnea) delle vie aeree superiori durante il sonno, si manifesta, di notte, con russamento associato ad apnee e risvegli con senso di affanno; di giorno compare eccessiva sonnolenza: i pazienti più spesso si addormentano durante situazioni rilassanti ma in casi estremi il sonno può sopraggiungere durante momenti di piena attività (persino durante la guida). Il principale strumento diagnostico è la polisonnografia, in cui si registra un'interruzione del flusso d'aria in corso di sforzi respiratori (movimenti paradossi di addome e gabbia toracica); gli sforzi inspiratori ed espiratori sono causati dal collasso delle vie aeree e hanno lo scopo di vincere l'aumento di resistenza delle stesse. La severità del quadro può essere valutata attraverso l'AHI (apnea-hypopnea index), che esprime il numero di eventi per ora di sonno. Si definisce lieve quando l'AHI è compreso tra 5 e 15, moderato tra 15 e 30, severo se superiore a 30 eventi per ora. Studi epidemiologici hanno dimostrato come la prevalenza degli eventi nella popolazione generale, sia sorprendentemente elevata: un paziente su 5 infatti presenta forme lievi (AHI $\geq$ 5), mentre 1 paziente su 15 è affetto da forme moderato-severe.
Le sindromi delle apnee centrali sono dovute ad iperventilazione e conseguente riduzione della pCO2 sotto i valori soglia, con cessazione dello stimolo alla ventilazione in assenza di sforzi respiratori. Comprendono l'apnea centrale primitiva idiopatica, il respiro periodico da altitudine e l'apnea associata a pattern respiratorio Cheyne-Stokes (presente in condizioni di iperventilazione cronica, come scompenso cardiaco e stroke).
Le sindromi da ipoventilazione alveolare sono rappresentate dall'ipoventilazione alveolare non ostruttiva idiopatica e dall'ipoventilazione alveolare non ostruttiva congenita, nota come "Maledizione di Ondine". Si caratterizzano per una riduzione del volume corrente secondaria ad alterazioni del sistema nervoso centrale sul controllo del respiro.
La sindrome da ipoventilazione legata a patologie specifiche, infine, è più frequentemente dovuta a patologie polmonari, parenchimali o vascolari, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e disordini neuromuscolari.

L'eccesso ponderale rappresenta il principale fattore di rischio per la comparsa delle apnee ostruttive del sonno. Gli altri fattori di rischio connessi con i disturbi del sonno comprendono l'età, il sesso maschile, l'abitudine al fumo ed al consumo di alcol, l'ipotiroidismo e, nelle donne, la sindrome dell'ovaio policistico e la gravidanza.

La sindrome delle apnee ostruttive del sonno deve destare l'attenzione del cardiologo, in quanto è oggi evidente come questa condizione sia un fattore di rischio per l'insorgenza di malattie cardiache. Nel soggetto normale, il sonno non-REM, che costituisce circa l'85% del sonno totale, è infatti caratterizzato da uno stato di "rilassamento cardiovascolare". Scariche intermittenti di attivazione simpatica, che si manifestano con l'aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa, si verificano normalmente durante la fase REM che però rappresenta solo il 15% del sonno complessivo. Fisiologicamente, quindi, i livelli medi di frequenza cardiaca e pressione arteriosa rimangono al di sotto della soglia diurna. I pazienti affetti da OSAS soffrono invece di micro risvegli frequenti, russamento, episodi di desaturazione arteriosa e, conseguentemente, presentano sonno frammentato. Numerosi studi hanno ormai dimostrato come la frammentazione del sonno in pazienti sani sia causa di aumento della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca diurne. La conseguenza è che circa il 50% dei pazienti affetti da OSAS sono ipertesi ed un 30% dei pazienti ipertesi soffrono anche di OSAS, spesso misconosciuta. Inoltre i disturbi respiratori del sonno affliggono circa il 50% dei pazienti con scompenso cardiaco. L'anello di congiunzione tra OSAS e scompenso cardiaco è rappresentato dall'ipertensione arteriosa. Essa rappresenta infatti il fattore di rischio più comunemente associato a ipertrofia ventricolare e scompenso cardiaco nei pazienti con OSAS. L'OSAS può poi indurre un'ipossiemia cronica che può essere a sua volta responsabile della comparsa di ipertensione polmonare. Rimane invece ancora aperta la discussione se le apnee ostruttive giochino un ruolo primario nello sviluppo di tachiaritmie. Sicuramente in una minoranza di pazienti affetti da OSAS possono svilupparsi bradiaritmie, come il blocco atrioventricolare e l'asistolia, anche in assenza di malattia del sistema di conduzione.

L'impiego di CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) pare abolire tali eventi bradiaritmici, sottolineando il ruolo delle apnee nel loro sviluppo.
Alla luce di quanto detto, gli obiettivi terapeutici nei pazienti con apnee ostruttive mirano a migliorare i sintomi sia diurni che notturni come a ridurre il rischio cardiovascolare globale associato all'OSAS.
Le numerose strategie terapeutiche trovano impiego a seconda della gravità della sindrome e delle caratteristiche individuali di ciascun paziente e si distinguono in mediche e chirurgiche.
Tra le prime, di particolare importanza sono le modifiche dello stile di vita che includono l'eliminazione di alcolici e di farmaci ipnotici, il trattamento di un'eventuale congestione nasale e, soprattutto, la diminuzione del peso corporeo.
La terapia di prima linea nei pazienti affetti da OSAS è comunque rappresentata dalla CPAP nasale. Essa determina un flusso di aria continuo a pressione positiva, in grado di impedire il collabimento delle vie aeree superiori durante il sonno. È indicata in presenza di un AHI superiore a 15, in presenza di sintomatologia o in presenza di patologie concomitanti. Numerosi studi hanno dimostrato la netta efficacia della CPAP sui sintomi dell'OSAS nonchè l'adeguatezza di questa terapia nei confronti delle comorbilità associate. Nonostante sia un trattamento altamente efficace, la CPAP presenta però il limite della scarsa compliance del paziente a causa del disagio legato alla maschera.
La chirurgia rappresenta invece un'opzione terapeutica da prendere in considerazione solo come seconda scelta in quei pazienti che non rispondono ai trattamenti di base, ed è volta ad aumentare il calibro delle vie aeree superiori (faringe).
In conclusione, "Mr Pickwick ha ancora gli stessi problemi"?. La risposta è in parte affermativa. Infatti, nonostante l'ampio bagaglio di conoscenze specialistiche acquisito negli ultimi duecento anni, Joe ha ancora difficoltà concrete nella vita quotidiana, e ciò perché l'affascinante trasversalità della patologia, che lega fra loro malattie tanto diverse attraverso meccanismi fisiopatologici non ancora del tutto chiari, rappresenta allo stesso tempo il principale limite alla terapia.
Mr. Pickwick, però, non sapeva che quel corteo di buffi sintomi, tutti presenti in Joe, fosse una condizione che oggi possiamo e dobbiamo considerare trattabile nell'ambito di un approccio multidisciplinare al paziente.

testimonianze

Debbo a Cuore e Salute se sono al mondo: capii immediatamente che cosa era il dolore che mi colse in bagno mentre mi facevo la barba. A mezzogiorno mi avevano fatto il "palloncino".
Sono passati quattro anni e sto bene.

G. Gino, Roma

La difficile cura dell'obesità

È sufficiente riuscire a districarsi tra i labirinti delle diete?

Intervista di **Mario Albertucci**

Giuseppe Rando, Dietologo
Ospedale S. Giovanni-Addolorata, Roma

Già da anni l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha coniato il termine "globesità" per indicare come l'epidemia dell'obesità interessi non solo tutti i paesi industrializzati ma anche quelli in via di sviluppo. È noto, da molti anni, come l'aumento del peso e del relativo BMI (indice di massa corporea) sia correlato alla diminuzione dell'aspettativa di vita. Negli obesi aumenta significativamente il rischio di sviluppare sia malattie cardiovascolari che alcuni tipi di neoplasie. Siamo continuamente bombardati da proposte di diete basate su criteri più o meno scientifici. Tutto questo è sufficiente per combattere l'obesità? Cerchiamo di dare una risposta a questa difficile domanda parlandone con il dott. Giuseppe Rando.

Dott. Rando, come mai l'obesità è in continuo aumento sia nei paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo?
L'OMS definisce l'obesità una *"malattia cronica ad eziopatogenesi multipla"* che interessa un numero sempre maggiore di individui. Si parla molto, forse anche troppo, di questa malattia nelle sedi più diverse e, nonostante ciò, esiste ancora molta confusione su questo argomento. Spesso si confonde un semplice aumento del peso, con l'obesità vera e propria che è identificata in base al grado di BMI (Body Mass Index). Il BMI (Kg / altezza espressa in metri al quadrato), o Indice di Massa Corporea, esprime i vari gradi di obesità. È l'interazione tra fattori genetici ed ambientali a far sì che un individuo aumenti di peso; l'ele-

mento fondamentale è rappresentato da una assunzione di calorie superiore a quella consumata quotidianamente. Questo bilancio energetico positivo, protratto nel tempo, determina un aumento del peso via via maggiore e tale da far ammalare un individuo di obesità. Ripeto, fattori genetici, ambientali e psicologici sono le principali cause.

In quale contesto si inserisce la "dieta" nell'ambito della terapia dell'obesità?

La "dieta" intesa come "ridotta assunzione calorica" ha rappresentato per tanti anni il principale strumento terapeutico utilizzato per curare l'obesità. Se il peso di un individuo aumenta perché si introducono più calorie di quante non se ne consumino è razionale pensare che riducendo l'apporto calorico si ottenga un calo ponderale. Per perdere un chilo di grasso (localizzato nel tessuto adiposo) è necessario risparmiare circa 8000 Kcal. Spesso tuttavia si confondono i chili in meno misurati dalla bilancia con i chili di tessuto adiposo eliminati grazie ad una minore introduzione di calorie. Chi pesa da un giorno all'altro un chilo di meno non ha certo perduto un chilo di grasso! Le rapide variazioni di peso sono dovute per lo più ad una variazione della composizione corporea e riguardano prevalentemente la componente idro-elettrolitica. Spesso molte persone credono, erroneamente, di essere ingrassate un chilo dopo aver consumato un pasto un po' più ricco e soprattutto molto salato! Semplicemente pesano un chilo di più,

L'**Indice di Massa Corporea** si calcola dividendo il peso espresso in KG per il quadrato dell'altezza espressa in metri: un soggetto con peso normale ha un Indice di Massa Corporea compreso tra 19 e 24 Kg/m. Per esempio, qual è l'indice di Massa Corporea di un soggetto che pesa 64 Kg ed è alto 1,68 metri?

$$\frac{64}{(1{,}68)2} = 2{,}6 \text{ Kg/m (cioè normale).}$$

Riportiamo la classificazione del sovrappeso e dell'obesità in base ai valori dell'Indice di Massa Corporea:

Definizione	BMI	Classe	Rischio relativo di obesità Circonferenza Vita	
	Kg/m		uomini ≤ 102 cm	uomini > 102 cm
			donne ≤ 88 cm	donne > 88 cm
Sottopeso	< 18,5			
Normopeso	18,5 - 24,9		aumentato	
Sovrappeso	25,0 - 29,9		aumentato	alto
Obesità	30,0 - 34,9	I	alto	molto alto
	35,0 - 39,9	II	molto alto	
	≥ 40	III	estremamente alto	

L'indice di Massa Corporea ha valore indipendente dal sesso per tutti gli individui ad eccezione delle donne in gravidanza, degli atleti e degli individui con muscolatura molto sviluppata.

Quando il girovita minaccia il cuore:
+ 88 cm nella donna, + 102 cm nell'uomo

tuttavia una interpretazione scorretta della variazione del peso è sufficiente a generare deduzioni sbagliate e demonizzanti il proprio comportamento e ad indurre inutile senso di colpa e di inadeguatezza. Dobbiamo ricordare che qualsiasi restrizione calorica e soprattutto di sodio determina nell'individuo un repentino calo ponderale, non una repentina perdita di massa grassa! Non solo ma se la restrizione calorica è assai consistente si catabolizza anche una quota di massa muscolare; è vero, l'ago della bilancia scende ma non a discapito del solo tessuto adiposo che è l'unico tessuto che a noi interessa ridurre!

Allora, che tipo di dieta bisogna seguire per curare l'obesità?

Abbiamo superato ormai da molti anni il concetto della dieta miracolosa che guarisce dall'obesità! Dobbiamo piuttosto abituarci a considerare, come ci ricordano autorevoli lavori scientifici, l'obesità una malattia cronica ad eziopatogenesi multipla che come tale deve essere trattata. A tre - sei mesi dall' inizio del trattamento sono molte le persone che perdono peso, ma se poi si vanno a leggere i risultati a distanza di uno, due, tre anni le cose cambiano significativamente e ci si accorge che una percentuale assai ridotta di individui ha mantenuto la perdita del peso anzi molti hanno ripreso tutto con gli interessi. Ciò significa che mantenere una perdita di peso nel tempo è cosa assai difficile, quindi è molto difficile curare l'obesità perché bisogna mettere in campo strategie complesse e non prescrivere una semplice restrizione calorica. Seguire per lungo tempo una dieta restrittiva in base alla sola forza di volontà non è cosa semplice. È necessario pertanto, di fronte ad un paziente obeso, prima di tutto fare un attento inquadramento diagnostico e successivamente prospettare un progetto terapeutico a lungo termine basato, come ci suggeriscono le linee guida internazionali, su tre punti:

a) incremento dell'attività fisica
b) dieta ipocalorica
c) terapia comportamentale.

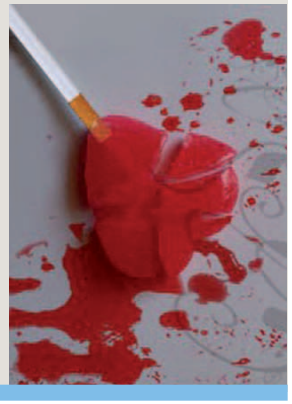
Dimagrire vuol dire cambiare stile di vita e perché un cambiamento così difficile ed ambizioso possa avvenire è necessario un serio progetto supportato da una forte motivazione che deve essere sempre presente non solo nel paziente ma anche nel terapeuta. È quasi impossibile modificare lo stile di vita di una persona con un atto prescrittivo (la prescrizione dietetica del mangiar meno); il paziente generalmente tende a rispondere con atteggiamenti difensivi ed oppositivi nei confronti del terapeuta. Per tentare di modificare lo stile di vita di un individuo è necessario saper fornire tecniche comportamentali adeguate a supportarne il progetto.

Infine, ma non per ultimo, bisogna sottolineare, come accennato precedentemente, che è fondamentale il corretto inquadramento diagnostico. Troppo spesso l'obesità da semplice iperalimentazione non viene distinta dall'obesità sostenuta

da un disturbo del comportamento alimentare o da una depressione o da quant'altro ed è quindi facile immaginare come anche la strategia terapeutica possa risultare inadeguata!

Quindi, le diete famose come per esempio la dieta di Adkins?
La dieta di Adkins, che si articola in quattro fasi, è sostanzialmente una dieta basata su una drastica riduzione dell'apporto dei carboidrati, che ha come effetto indiretto quello di generare un riduzione della quota calorica totale introdotta. Può essere anche considerata una "dieta di moda tra le mode di dieta".
Ripeto, non dobbiamo confondere chi vuol perdere qualche chilo con chi è affetto da obesità, si tratta di individui completamente diversi. Chi ha da perdere tre quattro chili può farlo anche nei modi più bizzarri se vuole, chi invece è obeso non deve rincorrere facili promesse ma deve sottoporsi ad un programma terapeutico serio, impegnativo ed anche difficile, basato sull'incremento dell'attività fisica, su una lieve riduzione dell'introito calorico e sulla terapia comportamentale, se vuole veramente ottenere benefici salutari.
Non dobbiamo dimenticare, per motivi di corretta informazione scientifica, che a tutto ciò nell'ambito della terapia dell'obesità si può integrare la terapia farmacologia, quelle psicologica ed in alcuni casi si può fare ricorso anche alla terapia chirurgica.
Le opportunità terapeutiche esistono!

Il fumo prima e dopo l'infarto



Da Israele un gruppo di ricercatori molto "perseveranti" ha studiato oltre 1.500 pazienti con primo infarto miocardico, di età inferiore ai 65 anni, analizzandovi l'importanza del fumo, non-fumo o sospensione dello stesso prima o dopo l'infarto nei confronti della sopravvivenza. Essi furono seguiti dal 1992 al 2005. Le conclusioni di questo studio accurato non sono certo rivoluzionarie rispetto a quanto già sapevamo, ma rafforzano la convinzione che 1) la cessazione del fumo prima o dopo l'infarto migliora la sopravvivenza e 2) i fumatori accaniti perdono ovviamente questo vantaggio, ma possono avere uno sconto di pena se riducono il numero di sigarette. *(JACC, dicembre 2009)*

E.P.

Lettere a CUORE & Salute

D.

Sesso a novant'anni

Da tempo mi prefiggevo di parlarvi della vita sessuale nella terza età, ma non l'ho fatto per timore di apparire "elegiaco". Adesso vi scrivo perché non sono d'accordo su quanto contenuto nell'articolo "Giovinezza, giovinezza" pubblicato sulla vostra rivista numero 3-4 del 2009.
Ho novantaquattro anni, ho sempre fatto sesso e continuo a farlo (mediamente ogni nove giorni) senza conoscere il Viagra. Faccio solamente, in primavera e in autunno, due cicli di ginseng, conduco una vita molto regolata e confesso che sono stimolato da una "puledrina settantenne", focosa come una ventenne.
Vi chiedo come si può spiegare tutto ciò: fenomeno, o che altro?

Giuseppe, Roma

R.

È superfluo che le diciamo il motivo del ritardo con cui rispondiamo alla sua lettera vivace e divertente, che avrebbe meritato di essere pubblicata integralmente. La rubrica non si chiama più Lettere a Prati, e i nuovi curatori si sforzeranno di non far troppo rimpiangere l'illustre predecessore.
Le domande che lei ci rivolge contengono già la risposta: rispetto senza deroghe di tutte le norme igieniche raccomandate dai cardiologi alle persone di una certa età che aspirano a diventare longeve, dieta sobria, passeggiate, ginnastica anche mentale con i cruciverba della Settimana Enigmistica, nonché la confessione delle tre consuetudini che non le provocano mai stanchezza: bridge, auto e donne.
In particolare dimostra di provar piacere a dare il colpo di grazia alla vecchia sentenza napoletana che a settant'anni l'amore comporta un grande sforzo, impone posizioni ridicole e procura moderato piacere per cui è meglio soprassedere, che lei si è ben guardato dal rispettare e, a ragione, ha proseguito con i suoi rapporti ogni nove giorni.
Non è d'accordo con quanto scritto su *Cuore e Salute* e, disinvoltamente, chiede chiarimenti.
Indubbiamente lei è un personaggio controcorrente perché, mentre gerontologi e sessuologi sono unanimi nel ritenere la sessualità in

Ninon de Lenclos

declino, sono d'accordo con Freud che prevedeva l'uomo moderno con meno denti, meno capelli e meno sesso, nonché con John Updik, uno specialista della materia, il quale preconizzò che nella nostra epoca ci sarebbero state impotenza e frigidità assai più che sessualità.
Potrebbe però anche essere un antesignano, perché il successo del Viagra, del quale non ha alcun bisogno, oltre che ai numerosi atleti del sesso, potrebbe, in parte almeno, essere dovuto anche ai nostalgici dell'amore coniugale in ipossia e che vorrebbero rinverdire: secondo gli psicologi sono più numerosi di quanto si pensi.
Temiamo di non esserle di alcuna utilità sugli altri problemi; ci congratuliamo con lei e la invitiamo a darci ancora sue notizie.
Agli altri interessati al problema, meno dotati di lei, possiamo solo dire che il sesso nella terza età non deve essere represso come si faceva un tempo, ma agevolato e incoraggiato.
Purtroppo il declino della sessualità maschile è ancora pieno di misteri e il medico incontra molte difficoltà nel diagnosticarlo con precisione. Riesce a misurare la forza di un muscolo, la gittata cardiaca, la riserva coronarica, ma non la funzionalità sessuale.
Il progresso pratico più utile è stata l'individuazione del così detto indice presso-brachiale, cioè il rapporto fra la pressione dell'arteria

del pene, misurata con tecnica Doppler e quella dell'arteria brachiale; se scende sotto 0,60, l'impotenza è quasi certamente di origine circolatoria, dovuta ad aterosclerosi dei vasi che irrorano il pene, e sarà bene fare accertamenti per svelare un'arteriosclerosi misconosciuta che potrebbe divenire responsabile anche di altri guai.
Durante una campagna di lotta contro l'infarto, a Los Angeles, in Sunset Boulevard, vennero issati grandi cartelloni espliciti: "Vuoi fumare o vuoi un'erezione?"
Disfunzione erettile, come viene chiamata oggi l'impotenza, e arteriosclerosi viaggiano non raramente insieme e si è visto che l'impotente è colpito più spesso dall'infarto.
In precedenza il solo esame indicativo, comprensibilmente poco praticato, era la misurazione, ogni tre minuti, dell'abbassamento del pene eretto rispetto alla linea dell'orizzonte o misurato con la livella da muratore.
Molto appropriatamente, ricorda a tutti, e in particolare a chi è un po' in là con gli anni, anche l'importanza del ruolo della "puledrina", degna erede di Ninon de Lanclos, che fino a quasi novant'anni provocava duelli di rivalità fra i suoi amanti.
Alla notizia riportata dai giornali di qualche anno fa che la città dove si consumava più Viagra era Trieste, l'inviato del Corriere della Sera cercò di saperne di più e moltissimi triestini gli risposero: "Lei non ha idea di quante settantenni, bocconcini ancora prelibati, ci sono nella nostra città!".

F. F.

D.

Sale e aumento della pressione

Sono ancora giovane, 36 anni, faccio l'avvocato, quindi sedentario, ma cerco di non tralasciare un po' di attività sportiva almeno due volte alla settimana. In famiglia solo una nonna era moderatamente ipertesa. La mia pressione, saltuariamente controllata, è sempre risultata su valori bassi, 110-120 di massima e 70-80 di minima. Alcuni giorni fa, dopo una cena con cibo particolarmente salato, mi sono svegliato con malessere e testa pesante. Ho raggiunto una farmacia dove ho constatato con sorpresa e preoccupazione 155 di massima e 105 di minima. Un medico mi ha consigliato di ridurre il sale e di ricontrollare la pressione per qualche giorno. Cosa che ho fatto e in effetti i valori sono rientrati nei miei abituali. Vorrei sapere se anche un saltuario eccesso di sale è sufficiente a far sballare la pressione e se questo episodio ha rilevanza come rischio futuro.

Michelangelo, Roma

R.

Caro Avvocato,
la Sua preoccupazione è giustificata e le domande che ci pone sono corrette. Quello che si sa fino ad ora è che il cloruro di sodio (sale da cucina) così come tutti i cibi che contengono molto sodio, specie

certi conservanti, sono un fattore di rischio per la pressione perché aumentano il volume di liquidi trattenuti e agiscono anche sulla parete dei vasi sanguigni, la cui motilità regola appunto la nostra pressione. Si è anche constatato che ci sono soggetti più sensibili di altri al sale e alla riduzione della pressione con una dieta iposodica. Nel trattamento della pressione alta oramai tutti i medici consigliano di ridurre il sale, ottenendo in questo modo anche una migliore efficacia dei farmaci anti-ipertensivi. La risposta alla Sua prima domanda, se anche un saltuario strapazzo salino è capace di impennare la pressione è sì, ma naturalmente deve essere confermata, come nel Suo caso, dal rapido rientro dopo la correzione della dieta. La risposta invece alla seconda questione, se un isolato episodio come il Suo sia premonitore di una futura ipertensione stabile, non può essere categorica. Sarei comunque ottimista e quindi per il no, ma Le consiglierei di comperarsi un apparecchietto digitale e ogni tanto, come dicono gli spagnoli "si por las moscas", farsi una controllatina.

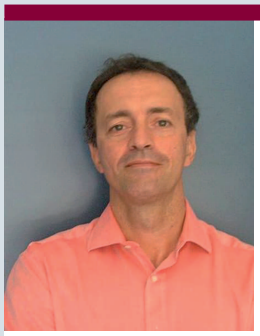
E. P.

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

- **Francesco Abruzzo** di Paola
- **Ettore Albano** di Salerno
- **Giuseppe Ascenzi** di Roma
- **Elisabetta Baldo** di Roma
- **Banca Nazionale del Lavoro** Direzione Generale di Roma
- **Alfredo Barenghi** di Milano
- **Antonio Bassan** di Vigodarzere
- **Giuseppe Becchi** di Savona
- **Roberto** e **Famiglia Bersano** di San Marzano Oliveto
- **Pietro Bertin** di Mestre
- **Marina Biginelli** di Giaveno
- **Pietro Braga** di Gavardo
- **Giampaolo Bragagni** di Cento
- **Massimo Caliman** di Sovizzo
- **Giovanni Cama** di Roma
- **Antonio Candeloro** di Roma
- **Marcello Capo** di Albano Laziale
- **Giacomo Capodivento** di Teramo
- **Angelo Carbone** di Pomezia
- **Carlo Carcupino** di Cusano Milanino
- **Giovanni Cardinale** di Santa Giuletta
- **Maria Antonia Caruso** di Acireale
- **Giovanni Cattò** di Giussano
- **Ofelia Luisa Cecchi Vassallo** di Mogliano Veneto
- **Vincenzo Centonze** di Capurso
- **Loreta Cerasi Mandrelli** di S. Benedetto del Tronto
- **Luigi Cerritelli** di Chieti
- **Antonino Certo** di Varese
- **Teresa Collica Artale** di Roma
- **Enrico Conte** di Milano
- **Francesco Corti** di Cologno Monzese
- **Leo Cottini** di Roma
- **Enrico Dagnino** di Varano Borghi
- **Ernesto D'agostino** di Salerno
- **Alessandro De Luigi** di Venezia
- **Vincenzo De Petra** di Busto Arsizio
- **Rino Defilippi** di Voghera
- **Oreste Del Foco** di Cassino
- **Silvana Della Grotta** di Mestre
- **Daniela Della Rossa** di Roma
- **Francesca R.** e **Domenico Di Bello** di Roma
- **Filippo Di Lella** di Roma
- **Clotilde Di Marco** di Viterbo
- **Euro Imaging** di Roma
- **Giovanni Fascia** di Rimini
- **Umberto Ferraro** di Torino
- **Demetrio Festa** di Castiglione Cosentino
- **Fondazione Eugenio Bravi** di Barbarano di Salò
- **Luigi Frigau** di Dolianova
- **Anna Frittelli** di Pontedera
- **Piero Gandolfi** di Voghera
- **Carlo Gatto** di Crotone
- **Andrea Giusti** di Genova
- **Giorgio Gozzoli** di Marano Panaro
- **Anna Indinimeo** di Roma
- **Isbem Spa** di Mesagne
- **Dario Leali** di Odolo
- **Luigi Lista** di Roma
- **Carlo Livi** di Roma
- **Francesco Loschiavo** di Messina
- **Francesco Lucignano** di Roma
- **Bruno Lumbroso** di Roma
- **Aldo Lupi** di Pavia
- **Antonino Maffei** di Montesarchio
- **Rodolfo Maggi** di Milano
- **Ilario Maiolo** di Roma
- **Nicola Manicone** di Matera
- **Alessandro Manzoli** di Roma
- **Giulio Mariani** di Corsico
- **Emilio Martinengo** di Savona
- **Antonio Mazzanti** di Bologna
- **Francesco Mazzeo** di Piacenza
- **Elio Meloni** di Oristano
- **Carlo Menichelli** di Roma
- **Mario Morpurgo** di Milano
- **Maria E Ennio Morricone** di Roma
- **Andrea Natale** di Caserta
- **Mario e Anna Maria Nava** di Milano
- **Giorgio e Nada Nidoli** di Varese
- **Luigi Notarangelo** di Roma
- **Alberto Palavisini** di Fucecchio
- **Renzo Pallini** di Pisa
- **Manlio Panagia** di Reggio Calabria
- **Aldo Panegrossi** di Roma
- **Antonino Panepinto** di Roma
- **Gianfranco Panetta** di Roma
- **Attilio Pantaleoni** di Camposampiero
- **Fernando Papini** di Firenze
- **Franco Paratico** di Levate
- **Giuseppe Passoni** di Monza
- **Aurelio Pegazzani** di Roma
- **Vincenzo Pellegrini** di Ruvo di Puglia
- **Sandro Piazza** di Genzano
- **Primo Picchi** di Roma
- **Ercole Poma** di Busto Arsizio
- **Ubaldo** e **Silvia Pompi** di Anagni
- **Minnie Ponti Giombolini** di Foligno
- **Alberto Pradella** di Imola
- **Roberto Renzi** di Ancona
- **Rodolfo Reyes** di S. Maria la Longa
- **Giampaolo Ricci** di Acquasparta
- **Pasqualino Roio** di Roma
- **Ercole Rubino** di Gaeta
- **Giovanni Ruvolo** di Palermo
- **Marisa Sabadelli** di Pistoia
- **Armando Sabbatini** di Falconara Marittima
- **Emilio Saccomanni** di Civitella del Lago
- **Angelo Salmoiraghi** di Cairo Montenotte
- **Saverio Samà** di Verona
- **Luigi Santoro** di Ancona
- **Anjel Seriacopi** di Abbadia S. Salvatore
- **Paolo Spanu** di Milano
- **Bruno Stocco** di Bicinicco
- **Emidio Tarquini** di Pescara
- **Giorgio Tommasi** di Ancona
- **Onfredo Torri** di Marina di Carrara
- **Piero Tozzi** di Firenze
- **Ewald Unterhuber** di Merano
- **Marco G. Valente** di Torino
- **Vanna Valisi** di Guiglia
- **Mario Vantaggio** di Roma
- **Remo G.B. Vanzetti** di Roma
- **Maurizio Vecchi** di Roma
- **Vittorio Vecchi** di Bologna
- **Renato Zittignani** di Roma

MALATTIE CARDIOVASCOLARI IN PAZIENTI PSORIASICI

COSA NE PENSA il cardiologo



Risponde
Francesco Prati,
San Giovanni-Addolorata, Roma

Al prestigioso congresso dell'*American College of Cardiology* (marzo 2010) sono stati presentati i dati di un lavoro danese che non è passato inosservato. Lo studio ha dimostrato con chiarezza che la psoriasi va considerata un fattore di rischio cardiovascolare.

Lo si diceva da un po' di tempo. Lo sostenevano soprattutto i medici internisti ed i dermatologi, che ipotizzavano che i soggetti affetti da psoriasi avessero un aumentato rischio di infarto miocardico e di altri eventi cardiaci.

Il Dott. Ahlehoff e coll. hanno valutato l'incidenza di eventi cardiaci in 40.000 pazienti affetti da psoriasi in forma lieve o importante ed hanno confrontato il dato con una popolazione comprendente 4.000.000 di soggetti senza psoriasi. Hanno notato che nei soggetti affetti da psoriasi di grado importante si verificavano eventi cardiovascolari con una incidenza statisticamente significativa rispetto al gruppo di controllo. In particolare, si notava un tasso più elevato di fibrillazione atriale, ictus ed infarto miocardico. Anche la mortalità globale risultava aumentata.

Inoltre il rischio composito di fibrillazione atriale ed ictus risultava essere dipendente dall'età, essendo più facilmente rilevabile nei soggetti al di sotto dei 50 anni. Dallo studio è emersa una conclusione importante: i soggetti con psoriasi devono essere trattati non solo per mitigare i sintomi della patologia, ma anche con l'intento di ridurre il rischio di eventi cardiovascolari.

Non vi è dubbio che tale affermazione abbia un impatto clinico considerevole, se si considera che la psoriasi è una malattia relativamente diffusa, che interessa il 3% della popolazione.

Rimane da chiarire quale sia il nesso tra psoriasi e malattie di cuore. Si potrebbe ipotizzare che la genesi infiammatoria sia l'elemento fisiopatologico comune alle due malattie.

L'articolo che segue del Dott. Richetta è giunto alla nostra attenzione qualche mese fa, quando i dati sul legame tra psoriasi e malattie di cuore non erano, a nostro modo di vedere, sufficientemente sostenuti dalla letteratura. Lo pubblichiamo adesso, convinti da uno studio che ha fatto chiarezza sull'argomento.

La medicina dei numeri e della statistica ha dato ragione al Dott. Richetta, la psoriasi va considerata un fattore di rischio.

COSA NE PENSA il dermatologo

Risponde
Giovanni Antonio Richetta,
Policlinico Umberto I, Roma

La psoriasi è una delle malattie cutanee descritta fin dai tempi più antichi. Già nei papiri egiziani (2000 a.C.) è possibile osservare alcune descrizioni di lesioni desquamative verosimilmente riconducibili ad una diagnosi di psoriasi; essa è inoltre chiaramente riconoscibile in alcune pagine della Bibbia (Levitico - Libro di Giobbe) ed una sua descrizione sufficientemente accurata si ritrova nel "Corpus Hippocraticum" edito ad Alessandria circa un secolo dopo la morte di Ippocrate (460-377 a.C.).
La diagnosi clinica si effettua nella maggior parte dei casi con il riscontro di chiazze eritemato-squamose ben delimitate, a margini netti, localizzate preferenzialmente a livello dei gomiti, delle ginocchia e del cuoio capelluto. La classificazione si basa sull'estensione della superficie cutanea interessata, sulla forma e la localizzazione delle lesioni.
Spesso le affezioni cutanee sono indicative di un processo patologico di tipo sistemico interessante vari organi ed apparati; il concetto di cute come organo spia di condizioni morbose sottostanti appare particolarmente indicato per la psoriasi, in cui è stata dimostrata la presenza di uno stato infiammatorio sistemico condizionante la comparsa di numerose affezioni, tra cui quelle cardiovascolari.
Possiamo pertanto definire la psoriasi come una malattia infiammatoria cronica sistemica, a prevalente interessamento cutaneo, caratterizzata da un decorso cronico-recidivante, le cui manifestazioni cliniche sono determinate dalla combinazione di fattori genetici predisponenti e di fattori ambientali scatenanti.
Numerosi studi osservazionali hanno dimostrato un'aumentata insorgenza di patologie di natura cardiovascolare nei pazienti affetti da psoriasi, due volte maggiore rispetto ai soggetti di controllo. Il rischio di infarto cardiaco aumenta con il grado di severità clinica della psoriasi, indipendentemente dalla presenza o meno dei fattori tradizionali per lo sviluppo di affezioni cardiovascolari (età, diabete, pregresso IMA, iperlipidemia, ipertensione, sesso maschile e fumo), dimostrando come la psoriasi costituisca un fattore indipendente per lo sviluppo della cardiopatia ischemica.
I meccanismi biologici, in parte sconosciuti, che conducono agli accelerati

fenomeni di aterosclerosi nei soggetti psoriasici, sono di natura multifattoriale. Anche se i pazienti affetti da psoriasi presentano un'aumentata prevalenza dei fattori di rischio tradizionali (diabete, ipertensione, obesità, dislipidemie, fumo, stile di vita sedentario) e non convenzionali (iperomocistinemia, ansia e depressione), la connessione tra psoriasi e aterosclerosi non deve essere imputata esclusivamente a tali fattori. Infatti lo stato infiammatorio sistemico cronico della psoriasi interviene attivamente nell'induzione e nella progressione della patologia aterosclerotica. Inoltre gli stessi farmaci comunemente impiegati per il trattamento della psoriasi, quali il methotrexate, la ciclosporina e l'acitretina, possono determinare rispettivamente iperomocistinemia, ipertensione arteriosa, insorgenza di dislipidemie. Infine, un' ulteriore spiegazione per la predisposizione dei pazienti psoriasici verso lo sviluppo delle affezioni cardiovascolari, potrebbe essere rappresentata dall'impatto psicologico esercitato dalla psoriasi e dall'assunzione di particolari comportamenti a rischio, quali: abuso di alcol, stress, disagio sociale esercitato dall'aspetto esteriore, depressione, riduzione dell'attività fisica, che possono condurre verso una condizione di incremento ponderale fino all'obesità ed alla sindrome metabolica. Pertanto, come parte integrante di una trattamento ottimale del paziente psoriasico, è necessario intervenire attivamente nell'identificazione e nella gestione dei fattori di rischio modificabili per patologie cardiovascolari.

Il nuovo crepacuore

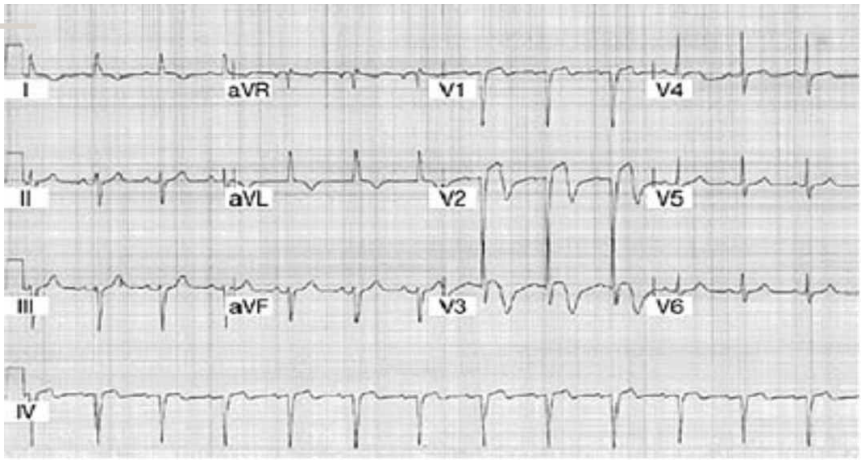
di **Eligio Piccolo**

Già gli antichi, da Celsus fino ad Harvey, avevano segnalato che una forte emozione o lutto, rabbia, grande paura, e perfino inaspettata gioia, tutto quello che oggi si tenta di sintetizzare in una parola, lo stress, può provocare la morte, spesso improvvisa. Quando poi la medicina si è fatta più scientifica e i malcapitati hanno potuto essere studiati, financo all'autopsia, si è scoperto che la causa era per lo più un infarto o una grave malattia di cuore. "Per lo più", ma non sempre, poiché alcuni di loro avevano cuori senza alcun segno che giustificasse un così grave evento.

L'anfora usata dai giapponesi per pescare i polipi

Fino a circa 20 anni fa quando ci si imbatteva in questa incongruenza di un arresto cardiaco a cuore "sano", specie se il paziente era giovane, si pensava a quelle rare malattie dei canali jonici, incastonate nella genetica deviata, quelle che nemmeno l'ultramicroscopio riesce a scovare post mortem e che in vita, quando ne danno il tempo, riusciamo talvolta a leggerle nell'elettrocardiogramma. Vent'anni fa, con nostra sorpresa, ci è arrivata dall'oriente una nuova luce, ossia la scoperta che il ventricolo sinistro, la camera più vitale del nostro cuore, si può "ingrippare" sospendendo temporaneamente la vita. Il malato, anzi la malata poiché sono quasi tutte donne, in genere se la cava, e l'angiografia eseguita dopo la crisi esclude sia la chiusura coronarica che l'in-

ECG durante una crisi di Tako-Tsubo



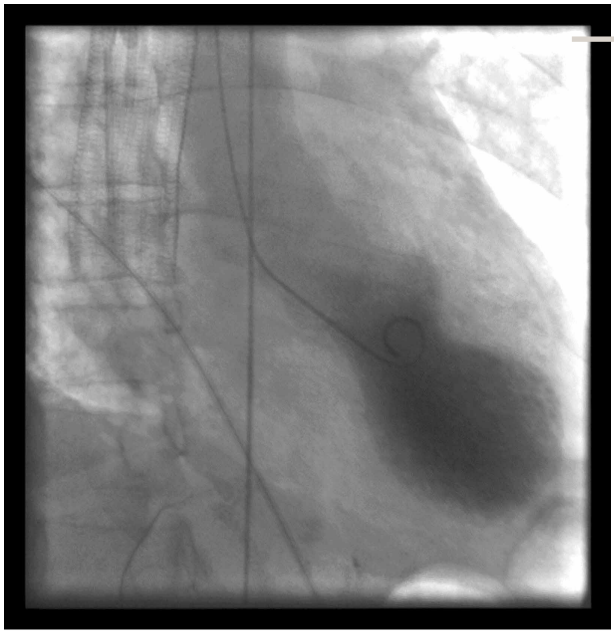
farto. L'ingrippamento consiste in una contrazione anomala del ventricolo sinistro, il quale, mentre fa cadere la pressione a zero, si contorce e assume una strana forma, simile all'anfora che i giapponesi utilizzano per pescare i polipi, da cui il nome di sindrome tako-tsubo da essi proposta.

All'inizio sembrava una malattia rara, ma poi, come succede spesso in medicina quando ci si pone il problema e la notizia si diffonde, molti altri hanno segnalato casi analoghi, sempre più numerosi. Non hanno raggiunto certo la frequenza dell'infarto e dell'angina, anche se ne mimano spesso il dolore e perfino le alterazioni dell'elettrocardiogramma. Si calcola che di 100 casi che arrivano al Pronto Soccorso con sospetto infarto solo uno o due hanno quella sindrome, che non è difficile diagnosticare se si tengono presenti tre circostanze:

1. la prevalenza del sesso femminile (oltre il 90 %);
2. l'età avanzata, fra i 55 e i 75 anni (media 68);
3. la frequente correlazione con un evento emotivo. Queste signore infatti sono colte dal dolore e dalla perdita di conoscenza dopo un evento luttuoso (morte del marito o di un figlio), o una grande paura, o una discussione angosciosa o altre situazioni per loro drammatiche.

Il quadro clinico può assumere aspetti più o meno gravi, fino anche al trapasso nell'aldilà, ma l'immagine di quella strana contrazione, pur con differenti gradi, rimane invariata. Si discute sui fattori che la innescano, ma dati i tre punti che ho citato, ognuno è costretto a dissertare sulla donna che ha le coronarie più piccole e più sensibili allo spasmo, sull'età avanzata che qualche regressione prearteriosclerotica potrebbe determinarla e sullo stress che ha maggiore presa su questi presupposti. Ma il meccanismo che unifichi tutti questi elementi ancora non ce l'abbiamo.

Un gruppo di ricercatori del Massachusetts (JACC, gennaio 2010) ha cercato recentemente di darci qualche dato statistico analizzando 136 sindromi di tako-tsubo osservate durante 7 anni dal 2001 al 2008: solo il 4% erano maschi, l'età variava fra 32 e 94 anni e solo il 10% aveva meno di 50 anni; inoltre, nell'89% la crisi era stata provocata da uno stress psichico



Ventricolografia che mostra il ventricolo sinistro deformato dallo spasmo a mo' di anfora

o fisico in proporzioni uguali; il 18% assumeva beta-bloccanti, farmaci che dovrebbero avere una qualche azione nel prevenire tali crisi; la contrattilità anomala del ventricolo sinistro si è risolta quasi subito nel 95% dei casi, negli altri dopo 2 mesi; e infine, solo il 2% è deceduto in quella circostanza, ma un altro 13% non ha superato l'anno di osservazione per cause non cardiache (tumori, infezioni o altre). Insomma, il sesso femminile, l'età avanzata e lo stress si confermano i punti cardine di questo strano crepacuore.

Ho definito la scoperta di questa nuova sindrome come una luce venuta dall'oriente, simile a quella di tante altre osservazioni, non solo in campo medico e scientifico, ma anche in quello delle filosofie antiche. La considero una vera e propria svolta nell'interpretazione delle reazioni del nostro cuore. Il quale, prima di raggiungere il momento in cui dovrà chiudere i suoi cicli, è sottoposto a mille sollecitazioni, che dico, milioni, e non solo per le patologie che possono accelerarne l'evento finale, ma anche per le tante emozioni, piacevoli o angosciose, che danno quell'ineffabile sensazione di strizza passeggera. Cosa sono questi momenti che poeti e romanzieri hanno descritto in tantissimi modi? "Tu vuo' ch'io rinnovelli disperato dolor ch'al cor mi preme"(Dante), oppure "ove per poco il cor non si spaura" (Leopardi), e ancora "The first clenched round my heart" (Walcott)? Scopriremo forse che ci sono tante piccole tako-tsubo, che il cuore giovane sopporta con disinvoltura, mentre quello anziano ne teme le conseguenze, quasi un nuovo crepacuore?

testimonianze

Ho letto con interesse e un po' di spavento (confesso) le notizie inerenti la vostra ricerca sulla "placca vulnerabile". Io sono un professionista di 52 anni e ogni anno mi sottopongo a tutti gli accertamenti che voi medici mi consigliate, perché mio padre è morto di infarto a 62 anni. Ora, il mio medico mi dice che sono in perfetta forma e non mi devo preoccupare di niente ma, da quello che leggo, mi pare che non c'è da fare sonni tranquilli, almeno fino a quando la ricerca portata avanti dal Centro per la lotta contro l'Infarto non abbia dato i suoi risultati. Vi prego, aspetto buone notizie.

Lorenzo P. (Ferrara)

La palla di Tiche

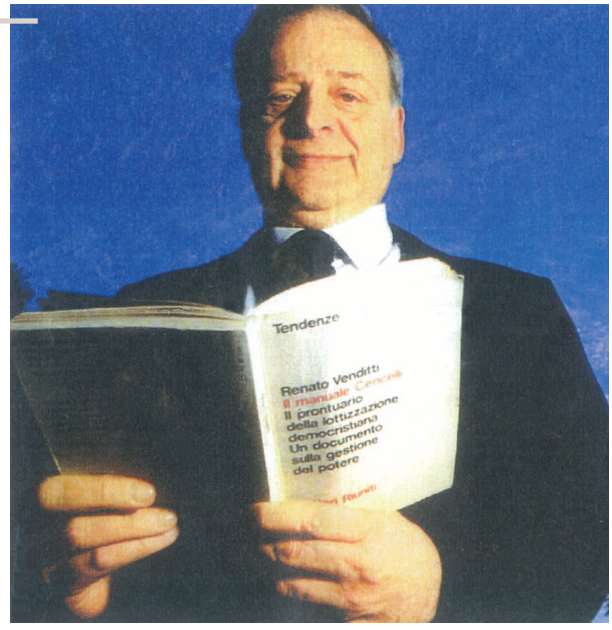
a cura di **Franco Fontanini**

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.*

Cencelli, un infarto da manuale

Quando il controverso manuale Cencelli entrò nella vita politica, nessuno conosceva l'autore, molti pensavano che non esistesse e che il nome fosse di comodo, per non assegnare a nessuno il merito (o la responsabilità) delle norme che regolarizzavano la spartizione del potere politico.
Oggi che il manuale Cencelli, apparentemente almeno, è caduto in disuso sostituito da innumerevoli inciuci, c'è chi pensa che Cencelli sia morto, mentre è vivo e vegeto nonostante un infarto.
Berlusconi, la prima volta che glielo presentarono a Palazzo Chigi, a metà degli anni novanta, gli chiese se fosse figlio dell'autore del famoso codice.
Gianni Letta rettificò prontamente: "Manuale, Presidente, non codice".
Cencelli, che a quel tempo curava le pubbliche relazioni del San Raffaele, gli rispose senza stupirsi che l'autore era lui in persona.
Sulla Treccani era già riportato il neologismo "cencellizzare" e la Garzantina per prima aveva incluso il nome di Massimiliano Cencelli, nato a Roma nel 1936, fra quelli da non dimenticare.
L'unica carica ricoperta, prima dell'improvvisa notorietà, era stata quella di sindaco di Caldarola, un paesino agricolo di 1500 abitanti in provincia di Macerata, noto per un castello del IX secolo.
Il suo manuale applicato all'inizio oralmente, venne pubblicato in volume nel 1967, dopo il Congresso democristiano di Milano, per le pressioni dell'onorevole Sarti, dirigente della corrente dei "pontieri" di cui Cencelli faceva parte, così chiamata perché si prefiggeva di fare opera di mediazione – il ponte – fra i seguaci di Andreotti e i dorotei.
I "pontieri" con il 12 per cento di voti rischiavano di non avere rappresentanti nel governo.



Per scongiurare il pericolo, Cencelli venne nominato capo della segreteria D.C. con il compito di studiare un metodo per ottenere qualche incarico nella nuova direzione. Fu in quell'occasione che propose di ripartire gli incarichi come nelle società, in base alle azioni possedute. Complicato con formule da rompicapo, dopo interminabili discussioni e controversie, il Manuale ebbe l'imprimatur.

Per trent'anni non ci fu ripartizione di cariche, compiti, sovvenzioni, finanziamenti che non venisse fatta in conformità con i dettami del *Manuale Cencelli* che contemplava ogni evenienza, anche la più rara e anomala, senza particolare soddisfazione dell'autore continuamente chiamato in causa come consulente o arbitro, da Roma fino al più remoto comunello.

Le interminabili riunioni e discussioni che lo stremavano e i ripetuti attacchi di rabbia furono, a suo dire, la causa dell'infarto che lo colpì a cinquantacinque anni.

E' molto più probabile che fosse invece dovuto alle innumerevoli sigarette e alla incorreggibile sedentarietà.

Chi lo frequentava restava colpito dal fatto che nella sua poltrona fumasse tanto senza bisogno di fiammiferi né di accendino: accendeva ogni sigaretta al mozzicone di quella che stava per schiacciare nel posacenere. Se la cavò abbastanza bene, anche se non tornò più quello di prima, e preferì restare nell'ombra.

Suo padre, che era stato l'autista personale di Pio XII, pensava per lui ad un lavoro in Vaticano e l'affidò a Raimondo Manzini, direttore dell'Osservatore Romano, il quale, vista la sua grande passione per la politica e le sue acute intuizioni, gli trovò un lavoro nella segreteria democristiana in piazza del Gesù.

Era un grande lavoratore che preferiva restare fra le quinte e vi rimase fino al Congresso di Milano che sconvolse la sua vita.

Sperò sempre inutilmente che il suo Manuale venisse tolto dalla circolazione, ma nessuno mantenne la promessa, neppure lo scespiriano segretario Martinazzoli che non amava la lottizzazione alla Cencelli.

A settant'anni compiuti Massimiliano Cencelli è divenuto l'uomo che si identifica con un evento e gli capita ancora di arrabbiarsi quando vede ricordato il suo metodo come principale responsabile della decadenza politica e del malcostume dilagante. Anche se c'è qualcuno che invoca "Arridatece il Cencelli" perché è convinto che il manuale fosse il modo meno peggiore di gestire il potere.

Aggiornamenti cardiologici

di **Mario Albertucci** e **Fabrizio Imola**

Cromosoma 9 e cardiopatia ischemica

È di pochi anni fa l'osservazione di un legame tra alcune varianti genetiche della regione cromosomica 9 p21.3(tra cui rs 10116277, rs 1333040, rs 238206, rs 10757278, rs 1333049) ed il rischio di sviluppare un infarto miocardico o altre manifestazioni di cardiopatia ischemica. Al recente congresso dell'*American College of Cardiology* (marzo 2010) sono stati presentati i risultati di un sottostudio del noto registro europeo **GRACE** che ha specificatamente indagato il significato prognostico della presenza di una di tali varianti genetiche. 3247 pazienti con sindrome coronarica acuta (SCA) provenienti da Regno Unito, Belgio e Polonia, sono stati studiati per identificare la presenza della variante genetica rs 1333049 localizzata sul cromosoma 9 e sono poi stati seguiti prospetticamente per 6 mesi; tali pazienti sono inoltre stati confrontati con soggetti di controllo sani (3000 provenienti dal Regno Unito e 2467 dalla Polonia). I risultati hanno mostrato come la variante genetica presa in considerazione fosse innanzitutto associata con l'evento coronarico indice e che, inoltre, la stessa era significativamente ed indipendentemente associata ad un'aumentata probabilità di recidiva infartuale (HR aggiustato per età e sesso, 1.48; CI 1.00-2.19; p=0.048) e di recidiva infartuale o morte cardiaca (HR aggiustato per età e sesso, 1.58; CI, 1.00-2.28; p=0.053) entro 6 mesi. Tali dati sembrerebbero quindi confermare che la presenza della variante genetica del cromosoma 9 definita rs 1333049 sia associata in modo indipendente ad una prognosi sfavorevole dopo una SCA. Sebbene il peso e la reale utilità clinica di tale associazione rimangano ancora controversi, tale marker genetico potrebbe essere utile in futuro nel migliorare la stratificazione dei pazienti con sindrome coronarica acuta.

È giunto il momento della riparazione percutanea della mitrale al posto dell'intervento chirurgico?

A marzo di quest'anno al congresso dell'*American College of Cardiology* sono stati presentati i dati dello studio randomizzato EVEREST II, che ha confrontato su 279 pazienti il trattamento percutaneo dell'insufficienza mitralica (IM) di grado severo o moderato/severo con device MitraClip, rispetto al trattamento chirurgico. Lo studio si proponeva di dimostrare la non inferiorità del trattamento percutaneo in termini di efficacia (morti evitate e riduzione della severità dell'IM nel corso di un follow-up di 12 mesi) e la sua superiorità in termini di sicurezza (morte, infarto miocardico, reintervento, stroke, insufficienza renale, complicanze gastro-intestinali, fibrillazione atriale, necessità di emotrasfusioni) rispetto alla chirurgia. L'applicazione della MitraClip è risultata inefficace in 41 pazienti. Il device si è rivelato sicuro, confrontando eventi avversi solamente nel 9,6% dei casi contro il 57% dei soggetti operati. L'end-point di efficacia (presenza di successo clinico a 12 mesi) è stato raggiunto nel 72% dei pazienti del gruppo con MitraClip e nell' 88% dei pazienti del gruppo chirurgico ($p < 0.0012$ per inferiorità).

In conclusione, i dati di questo studio suggeriscono che la riparazione dell'IM di grado severo con trattamento percutaneo sia una tecnica fattibile e che, rispetto alla chirurgia tradizionale, sia più sicura (seppure solo per il minore ricorso a trasfusioni) e non inferiore in termini di efficacia clinica a 12 mesi. Allo stato attuale, quindi, questa tecnica percutanea costituisce certamente un' opzione valida per quei pazienti in cui il rischio operatorio dell'intervento cardiochirurgico tradizionale sia eccessivamente elevato.

testimonianze

Fino a poco tempo fa mio fratello mi assillava continuamente con la sua paura di morire di infarto in giovane età come nostro padre. Per caso gli ho regalato un abbonamento a Cuore e Salute. Ora è tranquillo, sicuro di sé e spesso ripete bellissimi aforismi che credo siano pubblicati sulla vostra rivista. È vero?

Liliana Bondioli

Quando e fino a che punto abbassare la pressione?

di **Vito Cagli**

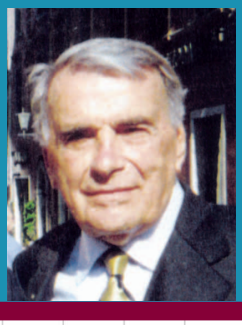
A queste due domande fondamentali le attuali linee-guida rispondono consigliando che in tutti i casi in cui ci si trova di fronte a soggetti con pressione eguale o superiore a 140/90, ove un periodo di interventi sullo stile di vita non abbia dato risultati, la pressione vada riportata al di sotto di tali valori con l'impiego di farmaci. Se poi vi sono soggetti con una pressione anche soltanto vicina al limite di 140/90, qualora sussistano condizioni patologiche che aumentano il rischio cardiovascolare (pregressi eventi cardio-vascolari, diabete, insufficienza renale, ecc.), la terapia anti-ipertensiva andrebbe iniziata con l'obbiettivo di ottenere valori inferiori a 130/80.
Alberto Zanchetti, Guido Grassi, Giuseppe Mancia, autorevolissimi studiosi dell'ipertensione arteriosa, hanno recentemente riconsiderato criticamente queste indicazioni, attraverso una revisione della forza delle evidenze che le sostengono (Journal of Hypertension 2009;27:923-34).

Viene confermato, sia pure con qualche incertezza, il vantaggio, in termini di riduzione degli eventi coronarici, di abbassare la pressione negli ipertesi di grado 1° (PA 140-159/90-99) con lieve o moderato rischio aggiuntivo, mentre più sicuro è il vantaggio in termini di riduzione degli ictus.
La raccomandazione di applicare anche agli ultra-sessantacinquenni gli stessi criteri adoperati per le classi di età inferiori (quelli sopra ricordati) non è basata su evidenze, dato che la grande maggioranza degli studi da cui deriva riguarda pazienti con pressione sistolica di almeno 160; anche il suggerimento di trattare soggetti con pressione intorno a 135/85 se diabetici o gravati da importante rischio cardio-vascolare non poggia su evidenze consistenti. In soggetti con precedente ictus, il vantaggio nella prevenzione di un secondo evento è chiaro per riduzione della pressione in pazienti con valori di partenza pari a 160 o più, lo diventa di meno con valori di partenza di 140 e cessa con valori di 120 o meno.
Quanto ai valori ottimali da raggiungere, resta l'obbiettivo generale di una pressione inferiore a 140/90; nell'anziano le evidenze disponibili mostrano vantaggio per riduzioni della pressione sistolica anche a valori di 150–160; nei pazienti con storia di malattie cardio-vascolari riduzioni significative di ictus o di eventi coronarici sono state osservate sia riportando la pressione a valori ancora superiori (anche se di poco) a 140, sia con valori inferiori a 130; nei diabetici la riduzione degli eventi cardiovascolari è risultata maggiore riportando la pressione a valori di sistolica intorno a 140 piuttosto che a 130.
Benché la maggior parte delle linee guida – concludono gli autori – possano essere considerate improntate alla saggezza, va tuttavia considerato che ciò non equivale a dire che siano basate interamente su prove di efficacia. Proprio per questo, nuovi studi sarebbero necessari per ottenere dati più certi.
In sostanza siamo di fronte ad un prudente richiamo a non considerare certo, ciò che non è ancora completamente suffragato da prove convincenti, senza per questo mancare di applicare con sufficiente determinazione la terapia anti-ipertensiva, la cui utilità è fuori di dubbio, facendo riferimento alle linee-guida più autorevoli senza considerarle però l'unico nostro orientamento, a scapito dell'attenta valutazione di ogni singolo paziente con spirito clinico e con saggezza.

testimonianze

Debbo ringraziarvi per il bene che mi avete fatto in tutti questi anni.

Gianni, Potenza



Quaderno a Quadretti

di **Franco Fontanini**

Il mite Cambronne

Si può passare alla storia grazie ad una parola qualunque, detta in un momento particolare.
Il caso più famoso è quello del generale Cambronne che in vita sua non ha fatto mai niente di memorabile, tantomeno detto parolacce, tuttavia dopo più di un secolo e mezzo dalla morte, è conosciuto da tutti.
La parola leggendaria è nota: "Merde!", che gridò con memorabile energia a un collega inglese, probabilmente Maitland, che gli aveva intimato la resa. Qualcuno non ha mai creduto che sia realmente successo.
Probabilmente Cambronne era sconvolto dalla sconfitta di Napoleone che adorava come un dio, perchè non era tipo da parole sconvenienti.
Non era un ufficiale indurito dalle tante battaglie, bensì un visconte di aspetto gentile, bello, alto, biondo, educatissimo. Evidentemente anche fortunato perché la parola incriminata gli salvò la vita.
Quando Napoleone fu portato a Sant'Elena dopo la sconfitta, Cambronne venne portato prigioniero in Inghilterra dove fece leale atto di obbedienza al re Luigi XVIII come molti altri ufficiali.
Appena rimisero piede in Francia, tutti vennero fucilati come traditori, salvo Cambronne. Quando venne il suo turno, il ricordo del suo glorioso "merde", scatenò l'applauso generale e lui fu graziato.
Oltre a Napoleone adorava la madre. Ebbe un solo

Pier-Jaques Cambronne

amore che non consumò perché non osò raggiungere l'amata Augustine Corbisé col corpo ricoperto dalla scabbia e non la vide mai più.
Si ritirò nella tranquillità di Bougerie e, per far contenta la madre, sposò un'anziana vedova agiata che l'appassionò al ricamo.
La sua spada è custodita nel Museo di Nantes, la sua immagine è scolpita sull'Arco di Trionfo chino su un canovaccio, intento a ricamare, i suoi centrini hanno quotazioni come opere d'arte.

Escort

L'avvento delle escort crea qualche difficoltà lessicale a coloro che debbono raccontare le loro imprese.
Dato il grande numero e la diversità delle loro specializzazioni sarebbe utile una classificazione in specie e sottospecie come le farfalle, ma non ci sono vocaboli a sufficienza. Chiamarle semplicemente puttane come qualcuno tende a fare, è inadeguato inoltre, c'è chi considera la parola impronunciabile, disdicevole, mia zia ha sempre chiamato "allegri" gli spaghetti alla puttanesca.
Baldracca, troia, battona o simili sono ancora più volgari.
Fille de joie sa di vecchia professoressa di lettere, malafemmina, meretrice, sono fuori corso, etèra e cortigiana anacronistici, donna galante è troppo borghese, squillo è da sesso usa e getta, smaterassata da bettola, squinzia da pizzeria.
I dizionari riportano solo scorta e guida turistica.
Bisognerebbe poi considerare l'origine delle escort: a Roma sono in prevalenza veline, nel Regno Unito laureande in legge a Cambridge.
La definizione più precisa ed elegante resta quella di un principe romano del tempo in cui le escort ancora non c'erano.
Camillo Borghese, che sposò Paolina Bonaparte perché in quel momento suo fratello Napoleone non aveva nessuna famiglia reale sotto mano, era un uomo

Paolina Bonaparte

di grande eleganza, ricchissimo, cornuto disinvolto, e un po' cinico. Il giorno del matrimonio aveva detto solamente: "Eccomi finalmente cognato di Napoleone".
Quando Paolina si ammalò a quarantacinque anni, accorse da Parigi, dove viveva, per assisterla affettuosamente.
Alla morte, per mettere a tacere i pettegolezzi sulla sua condotta effervescente, disse: "Ognuno deve fare quel che si fa quando si è quel che si è".

Aspettative chimeriche

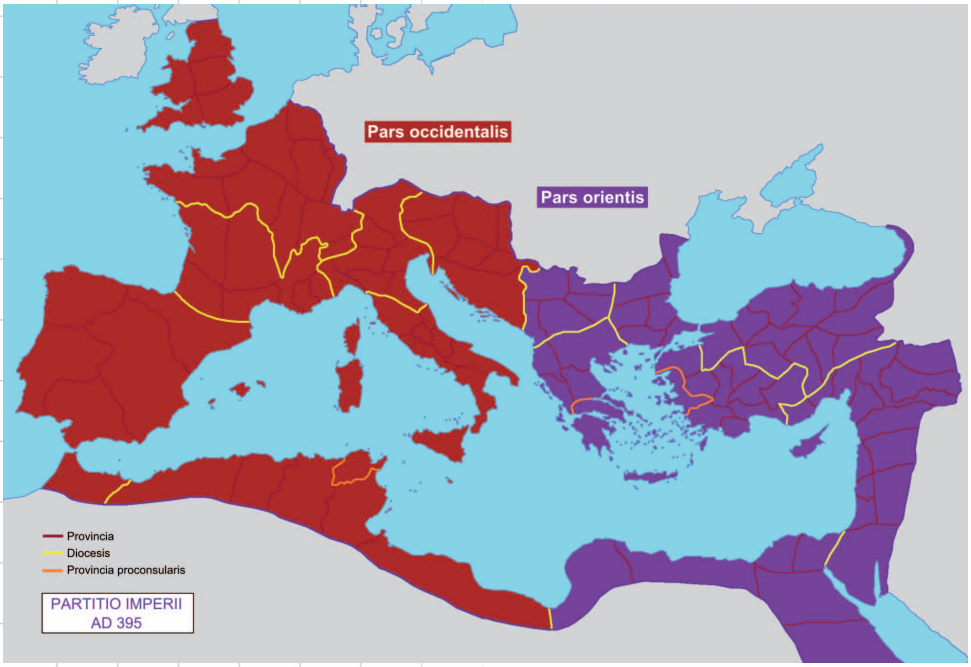
Le speranze nelle cellule staminali sono in crescita. Nonostante la lentezza delle dimostrazioni sull'efficienza e i problemi di vario tipo ancora insoluti, molti ottimisti sono convinti che la fase artigianale dei trapianti d'organo stia volgendo al tramonto e, grazie alle cellule staminali, non sarà lontana la possibilità di riprodurre gli organi che hanno smesso di funzionare e di sostituirli senza pericolo di rigetto.
In Italia è in crescita la conservazione del cordone ombelicale, con la speranza di utilizzare cellule staminali autologhe in caso di necessità nell'adulto.
Poiché da noi le banche private per la conservazione di organi non sono autorizzate, i cordoni ombelicali vengono esportati all'estero presso strutture che ne garantiscono l'accurata conservazione per venti anni senza la prova che a tanta distanza di tempo saranno ancora utilizzabili.
Testimonial: principesse, attrici, artisti vari, tutti dotati di ottimismo che all'estero sembra essere ancor più grande.
Di tanto in tanto si legge sui giornali di qualche miliardario texano che si fa preventivamente costruire avelli con apparecchiature fantascientifiche che offrono la possibilità di conservare nelle migliori condizioni il loro cadavere, pronto a riprendere a vivere grazie alla sostituzione degli organi che non funzionavano e che sono stati la causa della loro morte.
Queste notizie, ancorché conturbanti, sono sempre meno sporadiche e provengono anche da associazioni e da imprese specializzate nella criogenizzazione, con finalità promozionali, a riprova che si tratta di iniziative redditizie destinate a diffondersi.
La prima tappa è l'ibernazione d'urgenza della salma, con un raffreddamento fino a meno 40 gradi, dopodichè viene immersa in un liquido che fa scendere la temperatura a meno 160 alla quale si conserva indefinitamente immodificata, quindi viene stoccata in un deposito d'attesa, fino a quando sarà pronto l'organo per la sostituzione.
Questo è quanto promesso. Viene reso noto anche il prezzo che non è da miliardari: da 120 dollari, tutto compreso.
Sono previste riduzioni per coniugi e gruppi familiari, ed è possibile il pagamento rateale con inizio immediato.

Notizie utili

Le persone toccate da problemi di transessualità devono chiedere l'aiuto a San Sergio e a San Bacco, festeggiati il 7 ottobre, non molto popolari fino ad oggi.
Erano ufficiali romani in Siria, consiglieri dell'imperatore Massimiano, che rifiutarono di partecipare ad un'orgia pagana.
L'imperatore, adirato, li costrinse ad indossare abiti femminili e ad attraversare la città in mezzo agli schiamazzi del popolo. Alla fine furono uccisi a colpi di frusta.

Politici a Bisanzio

La vita nel quarto secolo, salvo pochissime eccezioni, doveva essere dura dappertutto, ma nell'Impero di Bisanzio più che altrove.
Leggi e dogmi tanto rigorosi quanto inesplicabili, non concedevano niente, le speranze di miglioramenti erano nulle. Sebbene si parlasse di redistribuzione delle ricchezze, questa non poteva essere effettuata in quanto non era possibile rintracciarne le origini e porre rimedio all'ingiustizia, per cui le eredità passavano invariabilmente dai padri ai figli.
Colui che ambiva a sovvertire l'ordine costituito, detto neoterista, veniva universalmente condannato e, se non si redimeva, tolto di mezzo perché, si diceva, la giusta uguaglianza viene realizzata con la morte: nell'aldilà tutti diventeranno uguali.
Una sola norma, fra le tante, meriterebbe di essere presa in considerazione perché potrebbe risultare, oggi, più utile che mai. Per poter entrare in politica, nell'impero di Bisanzio, era indispensabile per il candidato sottoporsi alla castrazione, in modo da divenire incorruttibile di fronte alle tentazioni sessuali.



Scomparsa degli ex-voto

Una ventina di anni fa, un'ammalata di leucemia mieloide cronica, ritenendosi guarita, voleva appendere nella cappella dell'ospedale un ex voto a testimonianza della sua gratitudine e si rivolse ad un pittore, il quale venne a chiedermi come si potesse raffigurare un'ammalata di leucemia.

Non seppi dare alcun suggerimento se non mostrargli al microscopio due vetrini, uno con una striscia di sangue normale e un altro con il sangue dell'ammalata pieno di metamielociti e di mielociti.

La proposta piacque al pittore, ma non all'ammalata, la quale morì senza lasciare come attestato della sua gratitudine quello che probabilmente sarebbe stato il primo e unico ex voto ematologico.

Non si fanno più i quadretti patetici con ragazzi risparmiati dalle zampe di cavalli imbizzarriti o sottratti alle furie delle acque livide di torrenti, incolumi o dopo la caduta da un alto ciliegio sempre sotto lo sguardo benevolo e attento della Madonna sopra una nuvola luminosa, che riempivano le navate dei santuari.

Oggi se ne trovano solamente nei negozi di antiquari o appesi a laiche pareti di collezionisti, ulteriore segno del declino della religiosità popolare.

È tramontata anche la tradizione, invero un po' macabra, di offrire ai santi la riproduzione in legno o in terracotta di arti o di organi miracolosamente risanati.

L'ultimo artigiano specializzato l'ho visto in una vecchia strada di Palermo. I suoi affari non dovevano essere fiorenti, un cartello affisso alla vetrina polverosa avvertiva: cuori, mani e gambe prontamente disponibili, fegati e milze solo su ordinazione.

testimonianze

Sono abbonato a Cuore e Salute da vent'anni ed è diventata per me un amico inseparabile.

Rosi, Roma

L'efficacia dell'inefficace: il placebo

di **Vito Cagli**

Poco meno di duecento anni fa, nel 1834, Armand Trousseau (1801-1867), destinato a divenire uno dei maggiori clinici del suo tempo, era medico dell'Hotel-Dieu di Parigi. La dottrina di Samuel Hahnemann, l'omeopatia, si era già largamente diffusa anche in Francia e Trousseau volle mettere alla prova la sua idea che essa agisse soltanto in via suggestiva. Somministrò ai suoi pazienti delle pillole di mollica di pane, spiegando loro che si trattava di farmaci omeopatici. Il risultato fu un consistente miglioramento che egli interpretò come dovuto al decorso spontaneo della malattia o alla suggestione. Aveva messo in evidenza ciò che ormai tutti conoscono: l'effetto placebo.

Per molti secoli si sono tramandati in medicina rimedi che visti con gli occhi di oggi sono soltanto dei placebo o, nel caso migliore, gli assomigliano molto. Eppure i malati sembravano giovarsene e per questo i medici continuavano a raccomandarli. Tutto falso, dunque? O c'era in quelle prescrizioni davvero qualcosa capace di agire che poteva essere spiegato con quanto Trousseau aveva ipotizzato?

L'indagine scientifica su questo argomento si può far iniziare dal momento in cui il termine placebo venne introdotto in medicina, cioè dal 1785, quando esso compare per la prima volta nel *New Medical Dictionary* pubblicato a Londra dal dottor

Foto di L. D'Agostino

George Motherby, dove viene definito “a common place method or medicine” («un metodo o una medicina di impiego comune»). Si trattava, insomma, secondo questa iniziale accezione di qualcosa di popolare e di diffuso, che poteva “piacere” a molti (*placebo* in latino significa «piacerò»). Un significato dunque ancora lontano da quello odierno.
Successivamente nel *Medical Dictionary* pubblicato da Robert Hooper nel 1811 il placebo viene definito: «Qualsiasi medicina resa idonea (adapted) più a piacere che a esser utile al paziente» Ci avviciniamo così al significato attuale del termine che è secondo l’*Oxford Paperback Dictionary* (1979): «una sostanza innocua data come se fosse una medicina, per compiacere un paziente o come una finta pillola in esperimenti controllati».
E proprio da quest’ultimo uso nacquero molte domande, infatti negli studi dei giorni nostri (i trial) si osserva, ad esempio, una diminuzione della pressione arteriosa anche nel gruppo di controllo di ipertesi trattati con una sostanza inerte: una diminuzione minore di quella osservata nel gruppo degli ipertesi trattati col farmaco attivo, ma pure non trascurabile.

La spiegazione che venne fornita – lo abbiamo gia detto – fu quella di un miglioramento spontaneo e/o della suggestionabilità di molti pazienti: convinti che la medicina loro somministrata potesse essere utile: ne avvertivano il beneficio e questo accadeva tanto più quanto più forte e positivo era il rapporto che legava i pazienti al proprio medico. Era in sostanza l’aspettativa una delle componenti più importanti del miglioramento avvertito dal paziente: aspettativa e fiducia nelle capacità curative dei farmaci moderni e anche nell’abilità e nell’impegno del medico.
Ma c’era anche da tener conto del fatto che molte condizioni morbose evolvono spontaneamente verso il miglioramento e anche fino alla guarigione, sicché l’effetto placebo andrebbe sempre per così dire “depurato” di quanto può essere legato al decorso spontaneo.
Un consistente passo in avanti nella comprensione dell’effetto placebo è stato fatto grazie alle osservazioni condotte con ricerche di immagine nell’ambito della terapia del dolore. Si è potuto dimostrare che la somministrazione di una sostanza placebo può produrre una liberazione da parte del cervello di oppioidi endogeni, cioè di sostanze ad effetto analgesico prodotte dal nostro stesso organismo. Indurre nel paziente un’aspettativa o tecniche di condizionamento producono lo stesso effetto: si chiarisce così l’effetto indotto dal placebo. A conferma di ciò, osservazioni condotte con la tomografia ad emissione di

positroni o con la risonanza magnetica funzionale hanno messo in evidenza che la somministrazione di un placebo attiva le stesse zone dell'encefalo attivate dai farmaci capaci di stimolare la produzione di oppioidi endogeni. Inoltre un comune quadro di attivazione di determinati settori dell'encefalo può essere dimostrato per effetto da parte di taluni psicofarmaci o dell'agopuntura a confronto con il placebo, mentre diverse appaiono le zone encefaliche interessate dall'effetto della terapia cognitiva e del placebo.

Queste affascinanti ricerche hanno permesso di renderci conto che l'effetto placebo è qualcosa di reale. Siamo troppo spesso inclini a dichiarare puramente illusorio ciò che non riusciamo a spiegarci. Ora però siamo giunti ad un punto in cui non possiamo più negare o riferire soltanto al caso ciò che viene descritto come effetto placebo. L'aspettativa di un determinato evento – nel caso esemplificato dell'effetto sul dolore – attiva meccanismi fisiologici ben precisi che sono analoghi o molto vicini a quelli che riscontriamo per effetto di un farmaco somministrato con il medesimo scopo. Alcune immagini pubblicate nella eccellente monografia *Placebo effects* di Fabrizio Benedetti (Oxford University Press, 2009), da cui abbiamo tratto le informazioni di cui sopra , ci rendono chiaro quale sia la forza di un pensiero, di un'emozione, di un'aspettativa: quanto tutto questo incida sulla nostra biochimica cerebrale.

A volte diciamo con troppa superficialità «in fondo sono soltanto parole». Ma se pensassimo che certe parole possono produrre nel nostro cervello effetti concreti e documentabili come, a determinate condizioni, può fare una sostanza inerte, impareremmo a pesarle e pensarle di più prima di pronunciarle. E ci accosteremmo ai pazienti con più attenzione e più prudenza.

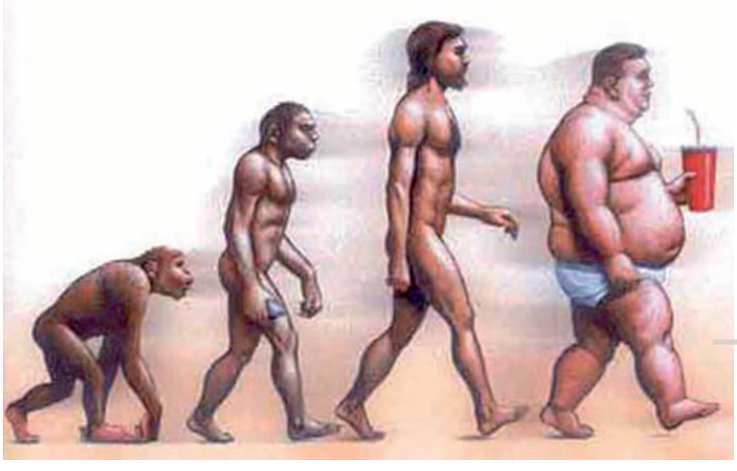
La lezione del placebo è che siamo in grado – realmente – di creare nei nostri pazienti aspettative positive (il placebo), come anche negative (il *nocebo*, di cui non abbiamo parlato, ma che è semplicemente l'aspetto negativo del precedente). Dovremmo quindi avere sempre la consapevolezza che ancor prima di quanto facciamo con le nostre prescrizioni possiamo essere utili o dannosi con il nostro comportamento.

Vorremmo concludere riportando ciò che scrive Benedetti nella prefazione del suo affascinante libro: « Curare soltanto la malattia non è sempre sufficiente e la cura del paziente deve essere spesso attenta ed appropriata, poiché in numerose circostanze la mente del paziente è davvero importante. Tuttavia, può apparire paradossale, l'anatomia, la fisiologia, le cellule e le molecole sono tutte fondamentali per comprendere l'aspetto psicologico della terapia. In realtà, oggi sappiamo che gli effetti del placebo sono mediati da molte molecole nel cervello che a loro volta, possono influire sul decorso della malattia e sulla risposta al trattamento».

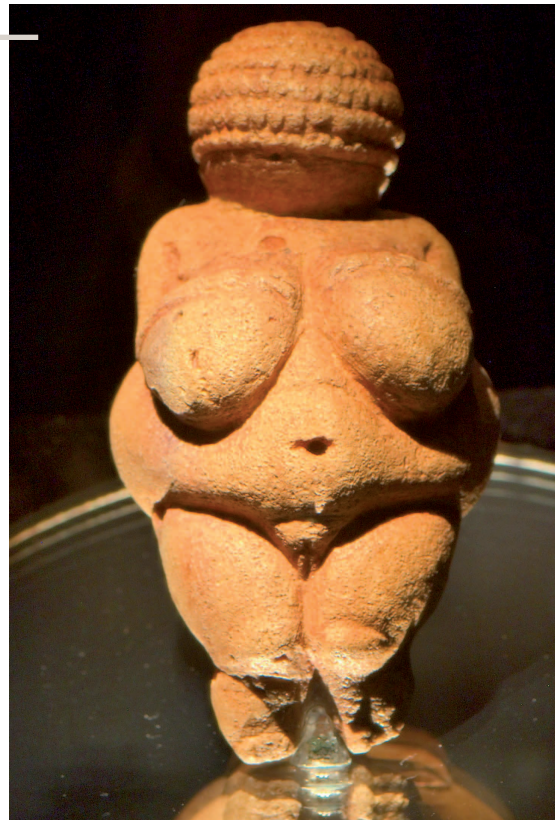
Mangiare fa male **alla salute?**

di **Salvatore Milito**

Niente di nuovo nel sud del mondo. Anche oggi sono in ottocento milioni a saltare il pasto. Di qua, invece, c'è adipe a sufficienza per affrontare improbabili carestie, anche se la squalifica sociale della ciccia sul piano del look fa sognare chi ne è affetto alla cera da mal sottile e alle convessità appena abbozzate delle veline. Si ricorre allora - le raccomandazioni nutrizionali ufficiali essendo ritenute troppo seriose - alle diete giocose e poco impegnative del passaparola e alle televendite di pasticche e intrugli delle TV pataccare a diffusione circa-condominiale. L'esito è noto: pochi etti persi e molti soldi pure, con seguito di imprecazioni contro il pesa-persone, la chiusura-lampo e lo specchio che non è più quello di una volta. Eppoi - al diavolo! - i fine settimana sono sacri, la gola tanta, i vaporosi camicioni ingannevoli quanto basta. Al bisogno, le *mise* attillate alla Botero possono dare una plusvalenza erotica alla grassezza. In fondo, si è in numerosa - e per ciò stesso rassicurante - compagnia con quel miliardo e passa di individui in sovrappeso e quei trecento milioni di obesi sparsi per la parte satolla del pianeta, tutti a rischio diabete, cardiopatie e tumori.



Evoluzione del corpo obeso



Venere di Willendorf,
paleolitico superiore (A.C)

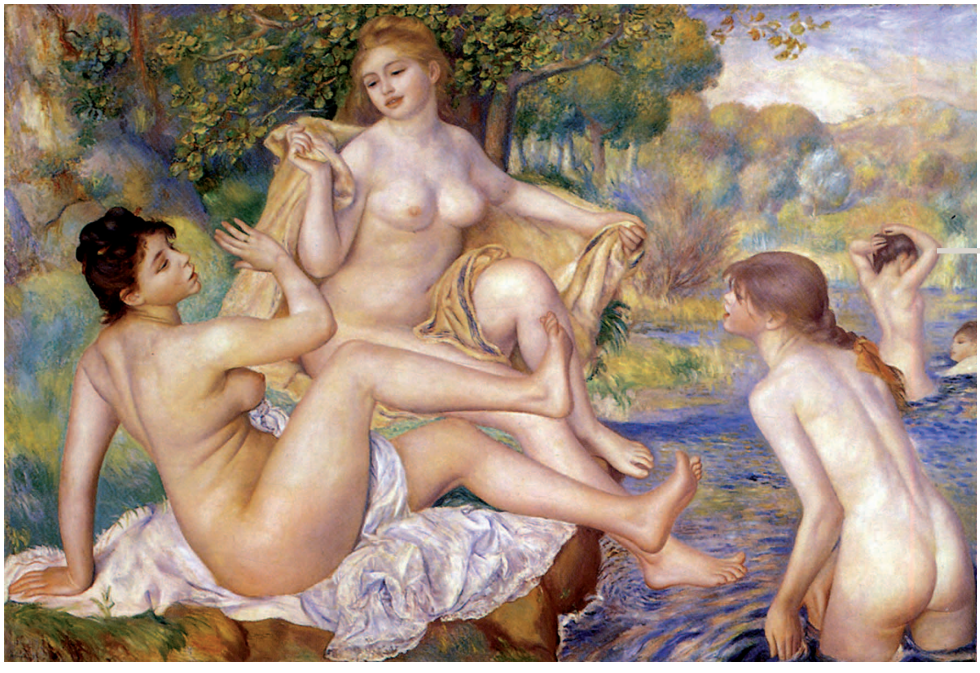
L'obesità ha ormai assunto dimensioni epidemiche nei Paesi sviluppati. Secondo il Ministero della Salute italiano, gli oltre 4 milioni di obesi del nostro Paese costano allo Stato circa 22 miliardi di euro all'anno. L'Italia è al primo posto in Europa (e al secondo nel mondo, dopo gli Stati Uniti) per numero di bambini obesi. Ma se da noi l'obesità colpisce il 9% circa degli abitanti, negli USA è più di due volte tanto (20%) ed è stata definita qualche anno fa "la più pericolosa delle armi di distruzione di massa" e "epidemia ben più virulenta della SARS" ("...precede il fumo di sigarette come principale causa di morte prevenibile" - New England Journal of Medicine).

Il 90% dei diabetici di tipo II è in sovrappeso e ha una probabilità quattro volte superiore al resto della popolazione di sviluppare una malattia cardiocircolatoria. L'obesità grave espone ad una probabilità sette volte più elevata di ammalarsi di diabete e sei volte più alta di ipertensione rispetto ai soggetti in normopeso. Un girovita oltre i 102 cm nell'uomo e oltre 88 cm nella donna aumenterebbe notevolmente il rischio di ammalarsi di cardiopatie e diabete. L'obesità viscerale, a "mela" (per l'aumento della circonferenza addominale), è infatti responsabile (insieme agli alti tassi di grassi nel sangue, all'ipertensione arteriosa e all'insulino-resistenza) della "sindrome metabolica", che è l'anticamera del diabete di tipo II e il più diffuso fattore di rischio cardiovascolare dei paesi occidentali. La dieta mediterranea (a base di cibi ricchi di fibre, cereali, legumi, olio d'oliva, verdure, frutta, pesce, poca carne, pochi latticini) garantisce un'efficace protezione nei confronti di questa condizione patologica. Il "National Cholesterol Education Program" raccomanda, per ridurre i rischi, un "introito di grassi saturi" – che sono perlopiù di origine animale - "inferiore al 7% delle calorie totali, e di colesterolo inferiore a 200 mg, e un'adeguata assunzione di stanoli, steroli vegetali e fibre solubili contenuti nei cereali integrali, nei legumi, nelle noci, nella frutta e negli ortaggi".

Il punto di forza del patto tacito tra industria alimentare e imprese del calo-peso è la sapiente e invadente mescolanza sugli stessi scaffali di cibi ipercalorici e di prodotti salva-linea. Ci cascano la casalinga a cui piace il carrello pieno e variegato, il forzato della *fast-life* che non

può fare il difficile nella mezz'ora di pausa, l'adepto della "cultura materiale" con i suoi convivi lenti e goduriosi. Ai noiosi medici che insistono a tirare sulle calorie, a disegnare piramidi alimentari, a esortare a fare più movimento, si finisce per preferire i più lusinghieri beveraggi sciogli-grassi, i cibi *light* e le barrette spezza-fame. Il risultato di queste non-scelte è una diffusa mal-alimentazione con il suo corollario di malattie ad alto costo sociale. Il che ha spinto i governi a correre ai ripari: Francia e Gran Bretagna hanno dichiarato guerra alla pubblicità, nei programmi televisivi per i ragazzi, degli alimenti ricchi in sale, zucchero, grassi e dei cibi-spazzatura in genere. In USA si stanziano cifre colossali per ridurre il gran numero di giro-vita *extra-extra-large* e di posteriori da baraccone di cui quel paese abbonda. Da noi, il Ministero della Salute fa sapere: "Da noi si è pensato perfino di imporre tasse sui prodotti ipercalorici".

In risposta ai vari tentativi "istituzionali" di stabilire la "modica dose" a tavola, un commentatore cinico-pseudogarantista dell'*Economist* ha scritto: "La società deve farsi carico del problema obesità [...] ma lo Stato non deve metter becco nella sfera privata. Se la gente vuole scavare la propria tomba con i propri denti, continuando ad abbuffarsi, deve essere lasciata libera di farlo". L'industria agroalimentare tenta di scagionarsi puntando l'indice sulla sedentarietà quale fattore preminente di sovrappeso. Intanto, dopo uno *spot*, i ragazzi continuano a



Le grandi bagnanti, Renoir, 1887

buttarsi più volentieri su una merendina o un salatino cellofanati piuttosto che su un frutto fresco.

I *fast-food* statunitensi sono sulla graticola: i temuti avvocati usciti vittoriosi dai processi alle multinazionali del tabacco li bersagliano di denunce per attentato alla salute dei loro clienti. Anche i ristoranti "normali" tremano: molti di loro indicano sui menù le calorie di ogni pietanza; altri, rivolgendosi a penitenti pronti a sborsare tanto pur di mangiare come in una corsia d'ospedale, elaborano menù ipocalorici (chi vorrà un sostanzioso *cheese-cake* dovrà firmare un consenso informato?).

I vari guru che demonizzano i glucidi semplici e complessi seminano tanta confusione nelle teste dei "gastrogonzi" che negli Stati Uniti si è giunti al punto di chiedere "spaghetti with meat balls (polpette di carne)...senza gli spaghetti, e pane...senza carboidrati". Niente di strano se qualche militante bio-maniaco pensa già di fare stampare slogan del tipo "Può nuocere alla salute" sulle confezioni di alimenti. Come sta scritto sui pacchetti di sigarette. In attesa di messaggi che sappiano far passare il raziocinio come attributo della moda, molta gente continua a bersi le promesse a pagamento di consistenti ritocchi alla linea con poche rinunce e niente fatica.

Alla fine della seconda guerra mondiale, molte nazioni europee sono scampate alle malattie cardiache e metaboliche "grazie" agli stenti patiti. Negli ultimi cinquanta anni molte di loro godono di un benessere assai rischioso per la salute. Nonostante sappiano dei danni del mangiar male e del muoversi poco, continuano a dibattersi tra il vivere all'insegna dell' "ogni lasciata è persa" e l'osservanza dell'undicesimo, non più aggirabile, comandamento: **più chilometri a piedi e meno chili**. Che non vuol dire andare a comprarsi la stecca di sigarette a passo di ginnastica ma neppure rinunciare (almeno per noi italiani) alla sacramentale pasta, che è la "prova provata", secondo la granitica fede di un mio paziente, "che Dio esiste".

La digitale e lo yogurt

di **Eligio Piccolo**

I rimedi in medicina, già prima che divenissero terapia, erano sempre numerosi. Ai tempi dei nonni e bisnonni chi più ne conosceva più veniva consultato e godeva di fama tra saggio ed esperto. Talvolta lui stesso si credeva dotato di particolari poteri e affrontava anche la lettura dei tarocchi, la cartomanzia. Se però si cimentava nella sfera di cristallo, nel pendolo o in altre stravaganze sconfinava nella fattucchieria cui solo i creduloni abboccavano. Al mio paese però anche qualche persona seria consultava questi "maghi", così, diceva, tanto per sentire, ma cercava di non farsi sorprendere.
Oggi che grazie alle tantissime terapie sicure siamo ben protetti dall'infarto, dalla pressione alta, dallo scompenso e dal colesterolo dovremmo pensare che le cose sono molto cambiate. E invece, a giudicare dal consumo di farmaci in fascia C o addirittura omeopatici, quelli che la medicina ufficiale non riconosce perché o sono

cosmetici o la loro efficacia non supera quella del placebo, dobbiamo dedurre che la credulità e la superficialità sono in pauroso aumento. Anche al netto delle divertenti denunce di "Striscia la Notizia", certamente vere, e che fanno meditare non tanto sugli imbroglioni quanto sulla scadente capacità critica degli utenti.

E pensare che tante teste d'uovo, almeno da tre secoli a questa parte, hanno sacrificato anche le notti per sperimentare e convalidare o meno questo o quest'altro rimedio che la medicina empirica ci aveva tramandato e per inventarne sempre di nuovi ed efficaci. "Poveri i me schei", diceva quel contadino che aveva mandato con tanti sacrifici il figlio a studiare e che, tornato al paese, gli chiese: "Papà, ma quea che se vede xe la stesa luna che vedevo a Padova?"

Sono passati quasi 300 anni da quando un medico inglese scoperse gli effetti benefici di una pianta usata per soccorrere gli scompensati, dalla quale riuscì a isolare il suo principio attivo, la digitale. Nel secolo scorso la si ottenne anche per sintesi, in modo da poterla usare con maggiore precisione. Gli studi recenti poi, compiuti su migliaia di casi ben controllati, ne hanno addirittura precisato meglio le indicazioni e ristretto il suo uso. Un altro farmaco di origine vegetale, dalla corteccia del salice, noto peraltro fin dall'antichità, è stato anch'esso ricostruito in laboratorio fino ad ottenere alla fine dell''800 l'aspirina, l'acido acetilsalicilico. Di lui oggi conosciamo molte proprietà benefiche, tutte rigorosamente controllate sugli animali e sull'uomo. Così come sono quelle di innumerevoli altri principi attivi di origine naturale o industriale, come gli antibiotici, i cortisonici, gli antinfiammatori, i betabloccanti, gli psicofarmaci e via dicendo.

Circa 100 anni fa, ricorda la rivista JAMA (luglio 2009), Metchnikoff ed altri medici diramarono dalla Bulgaria la buona novella secondo cui il latte acido, trattato con un loro metodo che lo rendeva ricco di bacilli (pressapoco lo yogurt attuale), era una panacea per molti mali. Dal tifo all'appendicite, dalla stipsi alla dissenteria tropicale e molti altri, che ognuno vantava secondo la propria esperienza personale. La dimostrazione di tali proprietà era basata probabilmente sul fatto che in quelle lande dell'antica Tracia la vita era molto sobria e abbondavano i centenari, ma non su studi controllati con i soliti due gruppi: uno prende lo yogurt e l'altro il placebo.

Secondo quei ricercatori dei primi del '900 il meccanismo d'azione, come si dice nei salotti colti, del latte acido sarebbe quello di sostituire la flora batterica intestinale putrefacente con quella di culture pure di batteri dell'acido lattico. Peccato che questa asserzione non sia mai stata provata. Ma per ora nemmeno esclusa, a giudicare dall'uso quotidiano ed esteso che si fa dello yogurt e in molti casi dei fermenti lattici. Sarebbe certamente utile uno studio più controllato di questa pratica quando vuol essere terapeutica, mentre se rimane solo ali-

mentare forse non hanno tutti i torti coloro che sostengono che la stessa efficacia si potrebbe ottenerla con una dieta meno carnea. Noi che viviamo nel mondo della scienza speriamo sempre che tutte queste pratiche che affondano le loro radici in intuizioni non controllate possano essere razionalizzate attraverso studi controllati, a maggior gloria della nostra salute e dei nostri soldi. Così come si è fatto per la digitale, che all'inizio sembrava un decotto magico.
Con il solito spirito ipercritico nei confronti del nostro paese in cui quando vi nasce un Galileo per poco non l'accoppiamo, e se continuano a nascere li esportiamo in America, uno è portato a pensare che l'amore per i rimedi alternativi non scientificamente controllati, sia una nostra prerogativa.
E invece no, quasi ci superano i tedeschi ed altri popoli civili, che hanno una tradizione nell'uso della metodologia scientifica molto più rispettabile di noi. Infatti, i cosiddetti farmaci alternativi superano in quei paesi il 40%. Per fortuna dobbiamo dire che "tutto il mondo è paese"?

CONOSCERE E CURARE IL CUORE
2010

Crediti formativi ECM

Gli attestati di presenza, con i crediti formativi ECM conseguiti, saranno disponibili *online* dal 30 giugno. Gli interessati potranno collegarsi al sito della Fondazione **www.centrolottainfarto.it** e seguire la procedura indicata.

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

La breve e controversa storia dell'amiodarone

L'amiodarone è uno di quei non rari casi di farmaci (si vedano ad esempio il minoxidil ed il sildenafil, meglio noto con il nome commerciale di viagra) che, nati con un'indicazione, hanno poi trovato fortuna in un ambito differente. La nascita dell'amiodarone risale infatti al 1961 ad opera di due chimici belgi, Tondeur e Binon, che lavoravano presso l'industria farmaceutica Labaz di Bruxelles. Dal momento che il farmaco si era mostrato capace di aumentare il flusso coronarico e di ridurre il consumo miocardico di ossigeno, venne inizialmente impiegato come farmaco antianginoso e, come tale, venne valutato in più di venti trial clinici nel corso degli anni '60. Nel 1970 però Singh e Vaughan Williams (il padre dell'omonima classificazione dei farmaci antiaritmici tuttora impiegata), partendo dall'osservazione che l'amiodarone induceva una bradicardia resistente all'atropina nonché una riduzione della risposta alla stimolazione simpatica, dimostrarono che il farmaco prolungava la durata del potenziale d'azione delle cellule cardiache e che quindi poteva presentare proprietà antiaritmiche. Era così nata una stella che tuttora brilla nel panorama dalla farmacologia cardiovascolare. L'intuizione di Singh e Vaughan Williams venne infatti sviluppata dall'argentino Mauricio Rosenbaum che testò clinicamente il farmaco nel trattamento delle aritmie sia sopraventricolari che ventricolari, ottenendo i risultati che tutti conosciamo. A partire dalla metà degli anni 70 l'uso dell'amiodarone come antiaritmico e non più come antianginoso si diffuse inizialmente in nord America e poi anche in Europa. L'osservazione dei possibili gravi effetti collaterali del farmaco a carico di tiroide e polmoni rese però la *Food and Drug Administration* (FDA) americana estremamente restia ad approvare l'uso dell'amiodarone tanto che i medici di oltre oceano erano soliti rifornirsi direttamente dalle industrie farmaceutiche canadesi ed europee. L'approvazione da parte della FDA arrivò solamente nel dicembre del 1985 ed a tale riconoscimento non furono sicuramente estranee le forti pressioni delle industrie europee che, sembra, giunsero a minacciare pesanti ritorsioni economiche. È degno di nota che l'approvazione venne infine concessa, caso estremamente raro nella storia della FDA, nonostante l'assenza di grandi trial clinici randomizzati. Il ruolo che l'amiodarone tuttora occupa nella terapia antiaritmica viene ora minacciato dalla comparsa del dronedarone, un suo discendente diretto che dovrebbe essere privo dei temuti effetti collaterali a carico della tiroide. I prossimi anni diranno se il "figlio" avrà lo stesso successo del "padre".

La canestra di frutta, Caravaggio, 1596. Milano, Pinacoteca Ambrosiana

Filippo Stazi

aforismi

Che Dio preferisca gli imbecilli, è una voce che gli imbecilli fanno circolare da diciannove secoli.
> F. Mauriac

Se aiuti un amico nel bisogno, questo si ricorderà di te ogni volta che avrà bisogno.
> A. Block

È una donna che nella vita ha conosciuto alti e bassi: se li è fatti tutti.
> Detto popolare

Né oggi né mai la ricchezza basta a conferire la classe ad un uomo, ma oggi più che mai la povertà lo declassa.
> Ch. Mauras

Gli uomini sono tutti eguali, solo pochissimi riescono a liberarsi da questo handicap.
> M. Marchesi

La conclusione è il punto dove ti sei stufato di pensare.
> A. Block

Un uovo di sghimbescio può essere un nudo di donna, l'evoluzione dell'io, un dramma spaziale e anche semplicemente un uovo.
> F. Melotti

Noi abbiamo un giocattolo meraviglioso che è il nostro cervello: dovremmo imparare a giocare con quello.
> V. Moricon

A volte l'uomo inciampa nella verità, ma nella maggior parte dei casi si rialza e continua per la sua strada.
> A. Block

a cura di Franco Fontanini

Il momento più importante della vita sono i primi cinque minuti. Da come ti sorride l'infermiera, lo capisci subito se sei nato figlio di papà.
> G. Monduzzi

Il saggio è qualcuno che non si degna di sperare.
> M. Vassalle

Ed è così che lui la costrinse a fare quello che voleva lei.
> K. Kraus

La lettura è assolutamente indispensabile nella terza età. Cosa importante è avere insegnato a suo tempo la lettura, unico vero elemento di autonomia da una vita dove i progetti sono caduti, le amicizie si diradano, la solitudine incombe.
> U. Galimberti

Dovunque si bruciano libri, si finirà col bruciare uomini.
> H. Heine

Come tutti gli egoisti di buon cuore non sopporta la vista delle persone che fa soffrire.
> O. Wilde

Nessuno ha mai detto che tutti i problemi sono solubili.
> G. Manganelli

Il mafioso è una persona che dice di non esistere a persone che non lo conoscono.
> S. Ambrogi

Un medico può seppellire i propri errori; un architetto può soltanto consigliare ai propri clienti di piantare degli alberi.
> F. L. Wright

Sostenete e diffondete
Cuore e Salute

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

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

MODULO PER ISCRIVERSI ALLA FONDAZIONE O PER ISCRIVERE UN AMICO

DESIDERO: ☐ ISCRIVERMI ☐ RINNOVARE L'ISCRIZIONE ☐ ISCRIVERE UN AMICO AL

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

☐ IN QUALITÀ DI *ADERENTE* ☐ IN QUALITÀ DI *MEDICO*

COGNOME ..... NOME .....

CODICE FISCALE .....

VIA ..... CAP ..... CITTÀ .....

PROV. ..... NATO A ..... IL .....

E-MAIL ..... CELL .....

(*) nominativo di chi offre l'abbonamento .....

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

☐ VERSAMENTO SUL C/C POSTALE N. 64284003

☐ BONIFICO BANCARIO IBAN IT 56 Y 01005 03213 000000012506
C/O BANCA NAZIONALE DEL LAVORO AG. 13 - V.LE BRUNO BUOZZI 54, ROMA

☐ ASSEGNO NON TRASFERIBILE INTESTATO A: CENTRO PER LA LOTTA CONTRO L'INFARTO - FONDAZIONE ONLUS

☐ CARTA DI CREDITO CIRCUITO VISA: N. CARTA ..... SCAD .....

NOME E COGNOME DEL TITOLARE DELLA CARTA .....

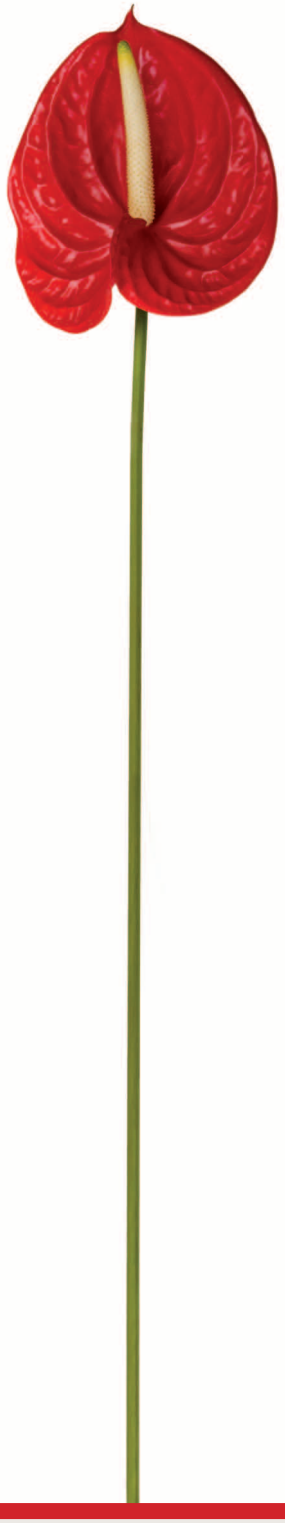
AI NOSTRI LETTORI

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

Tutela della Privacy: I suoi dati personali sono presenti nel database del *Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus*. Sono stati raccolti, gestiti manualmente ed elettronicamente con la massima riservatezza ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 per informarla sulle attività della Fondazione, istituzionali e connesse, anche attraverso altri qualificati soggetti. In ogni momento lei potrà chiederne la modifica e l'eventuale cancellazione scrivendo al nostro responsabile dati: *Centro per la Lotta contro l'Infarto Fondazione Onlus* - Viale Bruno Buozzi, 60 - 00197 Roma.

Online dal 30 maggio

Il Congresso a casa tua

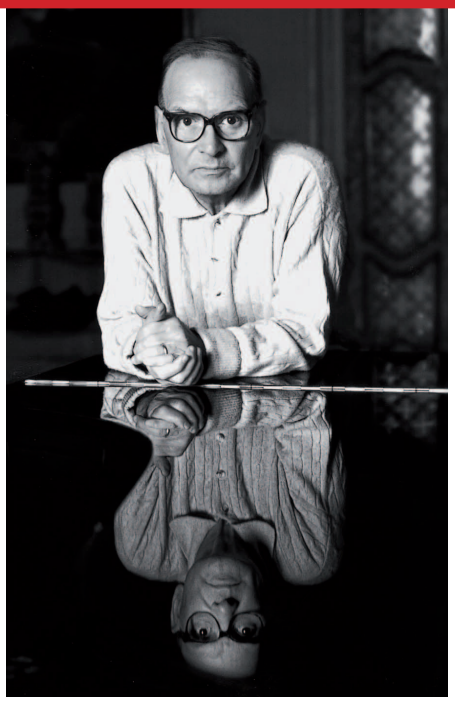


CONOSCERE E **C**URARE IL **C**UORE
2010

Il Congresso, in versione audiovisiva, è disponibile *online* sul sito **www.centrolottainfarto.it**.

Sono inoltre pubblicati in formato PDF i testi dei relatori.
È un servizio che la Fondazione offre agli interessati.

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



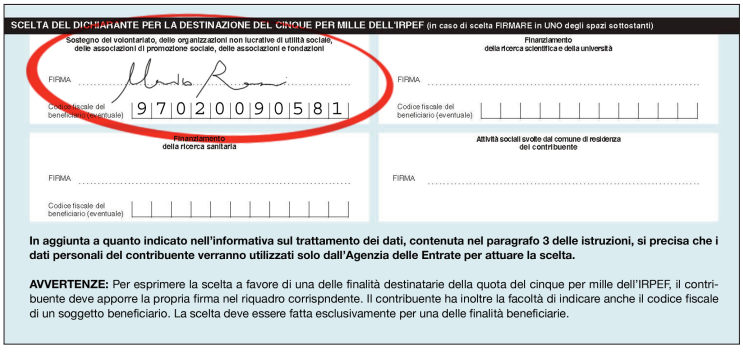
Date il vostro 5 X 1000 al ***Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus***. È un aiuto prezioso che non vi costa nulla.

Il rapporto che mi lega da anni al Centro per la Lotta contro l'Infarto non è solo affettivo, per la profonda amicizia con il suo fondatore Prof. Pier Luigi Prati.
È anche di riconoscenza e apprezzamento per avere sperimentato personalmente la professionalità e l'efficacia della loro azione di educazione, prevenzione dell'infarto e ricerca cardiologica.
È per questo che vi invito a sceglierlo come ente beneficiario del 5 X 1000.

Ennio Morricone

Il vostro **5x1000** al

Centro per la Lotta contro l'Infarto-Fondazione Onlus



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

Sostegno del volontariato, delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale, delle associazioni e fondazioni

FIRMA

Codice fiscale del beneficiario (eventuale) 9 7 0 2 0 0 9 0 5 8 1

Finanziamento della ricerca scientifica e della università

FIRMA

Codice fiscale del beneficiario (eventuale)

Finanziamento della ricerca sanitaria

FIRMA

Codice fiscale del beneficiario (eventuale)

Attività sociali svolte dal comune di residenza del contribuente

FIRMA

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 destinatarie della quota del cinque per mille dell'IRPEF, il contribuente deve apporre la propria firma nel riquadro corrispndente. 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.

Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Capire per prevenire