CUORE & Salute

Tramonto del fonendoscopio?

ANNO XXX

N. 3-4 MARZO APRILE 2012

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

Una pubblicazione del:

Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Rassegna stampa

Il Sole 24 ORE

Salute24

Home → Flashnews

Cuore: parte campagna prevenzione Provincia di Roma - Centro Lotta contro Infarto

Le malattie cardiovascolari sono ancora oggi la principale causa di morte nel nostro paese, essendo responsabili del 44% di tutti i decessi. Chi sopravvive a un attacco

altre news

(15/12/2011) - Salute: troppe sigarette "rosa", boom di tumori al polmone tra donne

(15/12/2011) - Cuore: parte campagna prevenzione Provincia di Roma - Centro Lotta contro Infarto

(14/12/2011) - Salute: italiani tra i più longevi in Europa, ma con troppa disabilità

(13/12/2011) - Emofilia: in corso sperimentazione terapia genica

(12/12/2011) - Salute: cancro orale, scoperta la "firma" della recidiva

LIBERO 24x7

Cuore: parte campagna prevenzione Provincia di Roma - Centro Lotta contro Infarto

Salute - Il Sole 24 Ore | Crea Alert | 18 ore fa

Scienza e Tecnologia - Le malattie cardiovascolari sono ancora oggi la principale causa di morte nel nostro paese, essendo responsabili del 44% di tutti i decessi. Chi sopravvive a un attacco cardiaco diventa un malato ...

Leggi la notizia

twitter

SaluteItalia (Salute Italia) Pistola salva cuore, impiegata per la prima volta in Italia - Vita di Donna Community http://t.co/85ObzTtX

Persone: presidente francesco prati

Organizzazioni: infarto provincia

Prodotti: politiche sociali istat

Luoghi: roma campagna

Tags: prevenzione malattie cardiovascolari

ALTRE FONTI (3)

Sanita' Lazio: Roma, al via campagna prevenzione contro infarto

Roma, 15 dic. (Adnkronos Salute) - 'Se ami il tuo cuore, ti ricambierà'. Questo lo slogan scelto per la campagna presentata oggi a Roma per informare, sensibilizzare ed educare alla prevenzione dell'...

Organizzazioni: provincia fondazione onlus centro

CONDIVIDI QUESTA PAGINA SU

Facebook Twitter Friendfeed Buzz RSS

Mi piace | Di' che ti piace prima di tutti i tuoi amici.

Tag Persone Organizzazioni Luoghi Prodotti

prevenzione cuore provincia salute infarto campagna roma lotta

IL TEMPO.it

ADNKRONOS

sconto del 30% su Tutti i CD, DVD e BLU-RAY

la Feltrinelli.it

NEWS DI adnkronos

Salute

Sanita' Lazio: Roma, al via campagna prevenzione contro infarto

Roma, 15 dic. (Adnkronos Salute) - 'Se ami il tuo cuore, ti ricambierà'. Questo lo slogan scelto per la campagna presentata oggi a Roma per informare, sensibilizzare ed educare alla prevenzione dell'infarto e delle malattie cardiovascolari promossa dalla Provincia di Roma e dalla Fondazione Onlus Centro per la lotta contro l'infarto (Cli).

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

n. 3-4 sommario 2012

www.centrolottainfarto.it
cuoreesalute@centrolottainfarto.it

Direttore Responsabile
Franco Fontanini

Vice Direttori
Eligio Piccolo
Francesco Prati

Capo Redattore
Filippo Stazi

Coordinamento Editoriale
Marina Andreani

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

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

Progetto grafico e impaginazione
Valentina Girola

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

Cuore e Salute

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

Anno XXX
n. 3-4 Marzo-Aprile 2012
Poste Italiane SpA - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art 1, comma 1, C/RM/113/2004 Pubblicazione registrata al Tribunale di Roma il 3 giugno 1983 n. 199

Associata Unione Stampa Periodica Italiana

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

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

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

Tramonto del fonendoscopio? Salvatore Milito 69

Vi racconto come è andata Eligio Piccolo 72

Vi racconto come vorrei che andasse Filippo Stazi 75

Linguaggio e relazioni di cura Vito Cagli 78

• *Il papà del pacemaker [F.S.]* 80

Dal Congresso *Conoscere e Curare il Cuore 2012*

L'infarto perioperatorio: più attenzione per un evento relativamente frequente Marco Ferri e Stefano Savonitto 81

In quali pazienti l'ICD non funziona? 86
Intervista di Filippo Stazi a Alessandro Capucci

Qualche secondo di buon umore 91

Stupore: una ricetta per vivere Bruno Domenichelli 92

Lettera aperta a Cuore & Salute 96

Il cuore intercettato Eligio Piccolo 97

• *Lucio Dalla, un grande cuore che si ferma [E.P.]* 99

La ricerca del CLI 100

La palla di Tiche

Orson Welles, genio e sregolatezza Franco Fontanini 102

Food for thoughts

I medici sono sempre onesti con i loro pazienti? 105
da THE WALL STREET JOURNAL. a cura di Mario Albertucci

p. 75

Lettere a Cuore e Salute 107

- *Sale e riso, Paolo Verdecchia*
- *Ablazione della fibrillazione atriale, Eligio Piccolo*
- *Il pacemaker, Filippo Stazi*

Quaderno a Quadretti 112

News

Aggiornamenti cardiologici Filippo Stazi 119

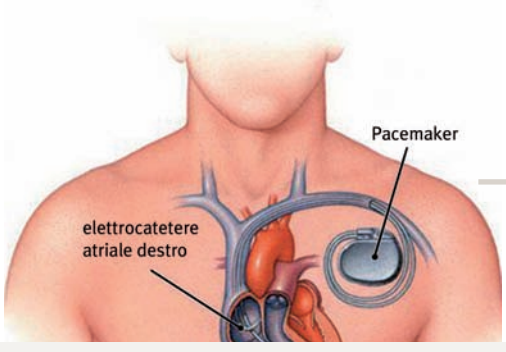
• *Quale strategia per accertare l'ipertensione arteriosa? [V.C.]* 120

Il cioccolato: una storia millenaria Filippo Altilia 121

• *Il cioccolato fa bene, specie alla donna [E.P.]* 125

Aforismi 126

p. 102



p. 107

Preghiera di Sir Robert Hutchinson

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

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

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

AFFARI DI CUORE

Se ami il tuo cuore ti ricambierà

Campagna di Informazione, Sensibilizzazione, Educazione alla Prevenzione dell'Infarto e delle Malattie Cardiovascolari

Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Capire per prevenire

Viale Bruno Buozzi, 60 - 00197 Roma

Tel. 063218205 - 063230178 Fax: 063221068

email: info@centrolottainfarto.it

www.centrolottainfarto.it

PROVINCIA DI ROMA

Assessorato alle Politiche Sociali e per la Famiglia

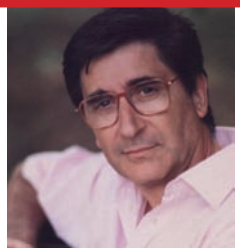
www.provincia.roma.it

Progetto grafico: Donata Piccioli - Roma

data medica Cartoon Media s.r.l.

Tramonto del fonendoscopio?

di **Salvatore Milito**



Dal 1927, una volta all'anno, la rivista Time dedica la sua copertina ad una figura di particolare rilievo nel panorama politico-sociale mondiale. Nel 1982 la regola venne infranta: ad avere l'onore della *cover* fu non una persona in carne ed ossa ma il computer, per la rivoluzione che esso prometteva di introdurre nella vita di tutti noi e che si è poi puntualmente avverata. A maggior gloria di uno strumento caro a tutti i medici e per un riconoscimento alla svolta che esso ha impresso alla medicina dai tempi della sua invenzione, non sarebbe male se il prestigioso *magazine* americano facesse un altro strappo e consacrasse lo stetoscopio (e il suo discendente, il fonendoscopio) quale "Strumento medico degli ultimi due secoli". D'altronde, il grande cardiologo americano William Osler non aveva già eletto il XIX secolo come il secolo d'oro dello stetoscopio? Questo modesto arnese è il fedele compagno dei "camici bianchi" da quasi duecento anni, da quando cioè il medico francese René Théophile Laennec lo ideò dopo aver osservato, nell'autunno del 1816, un bambino con l'orecchio incollato all'estremità di una tavola di legno allorché un suo compagno di giochi grattava con le dita l'estremità opposta. Da quel banale fatto di strada doveva nascere uno strumento che avrebbe allargato oltre ogni aspettativa l'orizzonte cognitivo dei medici e che sarebbe caduto a fagiolo, tra l'altro, su una questione molto sentita, a quanto pare, dai medici dell'epoca: la loro riluttanza al contatto fisico con l'ammalato. Laennec, che era schifiltoso più degli altri, dovette dunque essere doppiamente

gratificato per aver inventato "l'auscultazione mediata", dapprima servendosi di un quaderno arrotolato poi di un cilindro di faggio che chiamò «stetoscopio» (da "stethos", petto, e "skopeein", vedere).
Va detto che il Dottor Laennec era anche mosso da un grande interesse per la "medicina dei segni fisici", alquanto rivoluzionaria in un'epoca di disquisizioni metafisico-filosofiche intorno ai soli sintomi come la tosse, la febbre, il mal di testa, la dissenteria, il dolore, l'inappetenza. Era insomma un'epoca in cui i clinici medici dovevano far fronte alle lamentele di una clientela inappagata dai soliti clisteri, emetici e salassi, mentre i chirurghi potevano già vantare una maggior competenza nel curare i loro ammalati, pur tra complicazioni varie come il dolore, l'infezione, l'emorragia, lo stato di shock.
Quale posto occupa oggi nella pratica, a quasi due secoli dalla sua invenzione, il glorioso strumento? Oggi, quello che chiamiamo "fonendoscopio" è ancora il principe dell'esame obiettivo cardio-pneumologico. È bi-auricolare, con tubi flessibili, molto fedele nel trasmettere i suoni descritti da Laennec, come il soffio bronchiale della polmonite, i rantoli umidi dell'edema polmonare, i sibili dell'asmatico, gli sfregamenti pleurici e così via.
Ma pare che il prezioso "attrezzo", che credevamo senza tempo, venga insidiato dall'avvento prossimo venturo di un aggeggio elettronico simile all'iPOD, sorta di micro-registratore/riproduttore, usato soprattutto dai *teen-agers* per "spararsi" nelle cuffie musiche sfonda-timpani. Secondo coloro che ne vogliono estendere l'uso all'ascoltazione cardio-polmonare, darebbe, se appoggiato sul torace, "una qualità di suoni molto alta, di gran lunga migliore di quella ottenuta dai migliori stetoscopi". Grazie a questo gingillo, i reperti acustici registrati, sia quelli cardiaci che quelli bronco-polmonari, potrebbero essere ascoltati "in differita" da altri medici o trasmessi via telefono o Internet. È (detto senza ironia) il progresso, bellezza!
Aspra contesa in vista, dunque, tra le nuove leve armate del novello "cardio-detector" e i medici meno giovani, ostinatamente adornati del loro vecchio arnese! I primi smaniosi di marcare il territorio appena conquistato con tecnologie talvolta genuinamente innovative, talaltra alquanto resistibili; i secondi fermamente convinti che non è ancora giunta la *fin d'époque* del "vecchio" fonendoscopio.
Secondo i "tecno-patiti" il ludico congegno dal *display* sfavillante e dai pulsanti cinguettanti al minimo sfioramento, affinerà la diagnosi. Ma è probabile che la "vecchia guardia" resista ad oltranza ai tentativi di mandare in soffitta l'attempato ferro del mestiere, il quale non è solo un sistema sensibile e affidabile per interrogare il cuore e il respiro, ma anche l'emblema dell'Arte e il simbolo più pregnante della professione. E l'atteggiamento raccolto, quasi orante, del medico chino sul petto da auscultare con il suo "fonendo" è forse, nell'immaginario dell'ammalato, il segno più rassicurante di una guarigione possibile.

Il Congresso di Francesco

Cosciente di abusare di Cuore & Salute, non riesco a cancellare alcuni lontani flashback.
In passato, con Pier Luigi Prati abbiamo sempre celebrato il "lunedì del congresso" a Pietrasanta, come convalescenti.
In quei giorni, Francesco faceva il raccattapalle nei nostri incontri di tennis che Prati voleva sempre vincere a tutti i costi.
Dopo la ventinovesima edizione tutto è diverso.
Sono certo che Prati non avrebbe giocato a tennis, ma con qualche pretesto avrebbe fatto una lunga passeggiata solitaria nella pineta della Versiliana per celare la commozione che mal si confaceva con la sua apparente impassibilità anglosassone.
Lo immagino profondamente toccato dal fatto che tutti i congressisti, giovani e meno giovani, chiamassero il nuovo Presidente col solo nome, senza il cognome, cosa assolutamente inedita in un Congresso Nazionale, che avrebbe giustamente interpretato come una manifestazione di affetto, di familiarità e di grande stima. Il cognome era superfluo.
Non è da escludere che d'ora innanzi "Conoscere e Curare il Cuore" venga chiamato il "Congresso di Francesco" perché è con lui che la Cardiologia Italiana è entrata nell'avanguardia internazionale.
Non posso neppure nascondere la felicità e l'orgoglio se gli studi del mio raccattapalle di trent'anni fa entreranno nella storia della moderna cardiologia.

Franco Fontanini

Vi racconto com'è andata

di **Eligio Piccolo**

Se il mio illustre conterraneo Ippolito Nievo me lo concedesse potrei titolare questo racconto "Le confessioni di un ottuagenario", poiché in effetti l'età mi consente di narrarvi, per averla vissuta come spettatore e comparsa, la moderna epopea della Cardiologia. Non solo quella diagnostica delle principali malattie congenite, valvolari e coronariche, ma anche delle cardiomiopatie e delle altre più subdole che minacciano la vita dei giovani e che si mascherano dietro un cuore all'apparenza normale. Non vorrei presumere troppo nell'esaltare questa "mia" epoca come una specie di Risorgimento delle conoscenze in cardiologia, poiché in realtà grande, anzi grandissima, ne fu la premessa: le scoperte degli anatomici, prevalentemente italiani, e quelle dei fisiologi, prevalentemente stranieri, ma anche il grande contributo delle osservazioni cliniche e delle tecniche che molti medici più o meno illustri hanno via via riferito e pubblicato nel lungo ottocento e nei primi decenni del secolo scorso. Una specie di Umanesimo, se vogliamo rimanere all'immagine risorgimentale degli ultimi quarant'anni, durante i quali abbiamo raccolto i frutti, soprattutto la riduzione della mortalità cardiovascolare e l'allungamento della vita media dell'uomo e più ancora della donna.

In effetti, osservando la curva di mortalità per le malattie cardiovascolari dal 1950 ad oggi nel nostro mondo occidentale, dove più si sono sviluppati i presidi sanitari, vediamo che fino alla fine degli anni '60, nonostante fossero già stati intrapresi il cateterismo cardiaco, la cardiochirurgia, specie quella dei bypass, le unità coronariche e le numerose terapie, tale mortalità rimaneva ferma intorno a 450 casi per 100.000 abitanti. Ma a partire dagli anni '70, con la diffusione e il miglioramento di quelle innovazioni, con le nuove terapie per l'infarto e per ridurre il colesterolo, con le

angioplastiche, i pacemaker sempre più precisi, i defibrillatori impiantabili e le molte altre in progressiva evoluzione si è potuto finalmente nel 2010 esultare per la caduta di tale mortalità ad un quarto, poco più di 100 su centomila abitanti.
Fu vera gloria tutto questo meraviglioso risultato? Si domandano alcuni ipercritici parafrasando il Manzoni, mentre ci fanno capire che vorrebbero anche loro rimandare ai posteri l'ardua sentenza. Perché, osservano, se allunghiamo lo sguardo un poco oltre quei risultati epidemiologici non è difficile sospettare un rapporto diverso tra i dati rigorosamente statistici e alcuni aspetti della nostra sopravvivenza. Essi giustamente insinuano che la nostra opulenta società non ha di molto cambiato le proprie abitudini: si nutre in eccesso e si muove in difetto, aumenta il girovita ma anche la pressione, continua ad aggredire con ansia o con depressione le alterne vicende dei nostri comportamenti. Insomma, si domandano gli ipercritici, possibile che tutto quel bendiddio di vita lunga sia merito di qualche sturamento delle coronarie, di un cuore raddrizzato dalla stimolazione artificiale o delle statine che hanno abbassato di 20-30 milligrammi il colesterolo? Noi non siamo ancora quei posteri in grado di dare un giudizio definitivo, ma possiamo, questo sì, sulla base di alcune intelligenti osservazioni fatte dai clinici e dagli esegeti più attenti, spostare l'angolo di osservazione.
Per dirci che oggi, analizzando più attentamente gli effetti su questo nostro divenire sanitario, si sta considerando sempre di più la genetica, la scienza che cerca di individuare nei cromosomi e nei loro geni la valenza nel far emergere o sommergere alcune malattie, specie quelle che si sono spalmate nella società e nei secoli con alterne vicende e con possibili aggiustamenti immunitari. Intendo dire che la scienza dell'ereditarietà non riguarda più soltanto alcuni evidenti difetti congeniti, per i quali si sono in buona parte precisati i geni responsabili, ma interessa con sempre nuove conferme anche le malattie più endemiche, come le coronariche e le vascolari o quelle conseguenti alla pressione aumentata. In fondo, i medici da sempre han-

no imparato dai sacri testi e dai loro maestri l'importanza dell'anamnesi famigliare, dell'indagare alla Maigret se nei famigliari e negli altri parenti si siano verificate certe malattie, perché quando le individuano hanno il loro peso.
Ai tempi in cui studiavo medicina all'Università, e qui continua il racconto dell'ottuagenario, si parlava di "genio epidemico o epidemiologico", che voleva indicare un influsso, una forza misteriosa, un complesso di fattori ancora indefinibili, capaci di cambiare in peggio, ma anche in meglio, l'incidenza e la gravità di alcune malattie o epidemie. È ciò che i ricercatori, e noi medici sul campo, da decenni stiamo osservando: addirittura una diminuzione delle malattie cardiovascolari in generale, indipendentemente dagli abbattimenti ottenuti grazie alle terapie sopra indicate e agli stili di vita consigliati e spesso disattesi. Ma anche la diminuzione di particolari quadri clinici, come certe angine, quelle vasospastiche, non dovute alle annose incrostazioni, descritte molti anni fa da un genialoide della Florida e confermate poi dai nostri ricercatori pisani. Le quali ora sembrano abbandonare noi vecchi caucasici e aggredire di più i giapponesi. Oppure l'aumento di alcune ischemie meno vistose all'elettrocardiogramma, ma che a guardarle attentamente nascondono spesso un quadro minaccioso di infarto. Anche la pressione alta e le sue conseguenze stanno cambiando, non si sa ancora bene di quanto grazie ai farmaci o grazie alle abitudini di vita o alla genetica.
Insomma, *panta rei os potamos*, tutto scorre come un fiume diceva Eraclito, in un divenire che quando cerchiamo di capirlo ed analizzarlo ci lascia lì per lì con la convinzione di averne afferrato qualche verità, ma poi, continuando le ricerche, il dubbio ci assale nuovamente e la verità scientifica si allontana ancora. Alla fine però di questo travaglio, fatto di entusiasmi e di rettifiche, rimaniamo convinti che i frutti della ricerca sono comunque meravigliosi e che possiamo continuare a guardare le apparenti sconfitte con l'espressione scettica ma beffardamente sicura di Humphrey Bogart, e (parafrasandolo) sentenziare con lui: "È la scienza, bellezza, la scienza e tu non ci puoi fare niente!".

Vi racconto come vorrei che andasse

di **Filippo Stazi**

Nell'articolo "Vi racconto com'è andata" pubblicato su questo stesso numero di Cuore & Salute, Eligio Piccolo traccia un'elegante e giustamente orgogliosa sintesi dei risultati ottenuti dalla generazione di cardiologi di cui egli è stato un indiscusso protagonista e da quella immediatamente successiva. Dobbiamo a figure dall'indubbio carisma e spessore, sia umano che professionale, se la cardiologia si è distaccata dalla grande madre della medicina interna ed ha acquisito dignità propria fino ad assurgere al ruolo di regina delle specialità mediche. Nel giro di pochi decenni si è capito che tenere a riposo forzato per settimane il paziente infartuato non serviva ad altro che ad aumentare il rischio di un'embolia polmonare; l'introduzione delle unità coronariche e del conseguente monitoraggio elettrocardiografico continuo ha consentito di ridurre drasti-

camente la mortalità aritmica intraospedaliera; la comprensione della natura trombotica dell'occlusione coronarica responsabile dell'infarto ha aperto le porte alla terapia trombolitica prima ed all'angioplastica primaria dopo. E poi ancora, medicine, pacemaker, defibrillatori, coronarografie, angioplastiche, by-pass aortocoronarici, trapianti cardiaci, il tutto in un crescendo sempre più entusiasmante.

E a noi cardiologi della terza e quarta generazione che abbiamo il difficile compito di reggere il confronto con padri e fratelli maggiori di tale livello cosa rimane da fare? Purtroppo le cose da fare sono ancora tante. La mortalità per malattie cardiovascolari si è ridotta rispetto al passato ma queste malattie rimangono comunque la principale causa di morte nei paesi industrializzati e la tendenza alla diminuzione sembrerebbe anzi essersi arrestata negli ultimi anni. Ogni nuovo farmaco mostra riduzioni a due cifre percentuali del rischio relativo di morte cardiaca e sommando gli effetti di tutti i farmaci il risultato dovrebbe essere la quasi immortalità ma purtroppo la pratica di ogni giorno ci dice che non è così. La realtà è che con quanto è stato fatto fino ad ora abbiamo raggiunto il massimo dei risultati possibili. Ora è necessario inventare e perfezionare cose nuove per riuscire a compiere un ulteriore salto di qualità.

Se dovessi immaginare di scrivere tra trenta o quarant'anni i risultati ottenuti dalla cardiologia della mia generazione mi piacerebbe poter dire che la prevenzione è diventata fi-

nalmente patrimonio di tutti. Sarebbe bello se nessuno confondesse più il colesterolo con il polistirolo, se tutti si misurassero, anche da giovani, la pressione arteriosa con una certa regolarità, se sapessero qual è il loro valore di LDL e se le sigarette fossero solo un ricordo del passato. Vorrei poi che le autorità pubbliche divenissero più consapevoli del problema salute ed inserissero la prevenzione tra le materie di scuola. Vorrei che al posto delle cabine telefoniche ormai dismesse ad ogni angolo di strada ci fossero dei defibrillatori automatici e vorrei che la gente sapesse usarli.

Mi piacerebbe inoltre che ogni paziente avesse sempre con sé una piccola memoria digitale con tutta la sua documentazione medica, compresi gli elettrocardiogrammi precedenti e le medicine assunte.

Vorrei che si fosse trovato un modo di ricaricare le batterie dei pacemaker senza dover incidere nuovamente la cute dei pazienti e che il neonato defibrillatore sottocutaneo, quello che non richiede elettrocateteri nella circolazione venosa, si fosse rivelato veramente efficace.

Vorrei che la Tac coronarica fosse divenuta il modo migliore per vedere le coronarie senza dover ricorrere all'invasività della coronarografia ma desidererei che si potesse fare senza un eccessivo carico di radiazioni per il paziente.

Vorrei che il cuore interamente artificiale fosse la risposta alla cronica carenza di donatori.

Vorrei che la telemedicina avesse fatto tali progressi da permettere al paziente di inviare istantaneamente il suo elettrocardiogramma senza doversi recare ad intasare fisicamente i pronto soccorso degli ospedali.

Vorrei che avessimo capito perché l'infarto viene proprio quel giorno, a quell'ora e proprio per colpa di quell'arteria. Vorrei che la genetica spiegasse perché il vicino vizioso, obeso, diabetico, fumatore ed iperteso è morto a 80 anni perché investito da un camion mentre quel signore tanto gentile che non aveva neanche un fattore di rischio è stato stroncato da un infarto quando non aveva neanche raggiunto il mezzo secolo.

Ma spererei anche che la fattibilità tecnica delle attuali procedure diagnostiche e terapeutiche e di quelle future non facesse dimenticare ai medici di farvi ricorso solo in casi di effettiva utilità. Vorrei che si fossero risolti i problemi connessi con l'eccessiva anche se forse inevitabile frammentazione del sapere medico. Soprattutto vorrei che si fosse recuperato il valore umano del rapporto tra medico e paziente, non più la relazione diseguale di una volta ma neanche il confronto conflittuale del tempo presente. Un'interazione, cioè, in cui sia il medico che il paziente smettessero di essere i soggetti di un contratto ed acquisissero invece la consapevolezza di essere sulla stessa barca, peraltro esposta a mari perigliosi, e che solo remando insieme sarà per loro possibile l'approdo in porto.

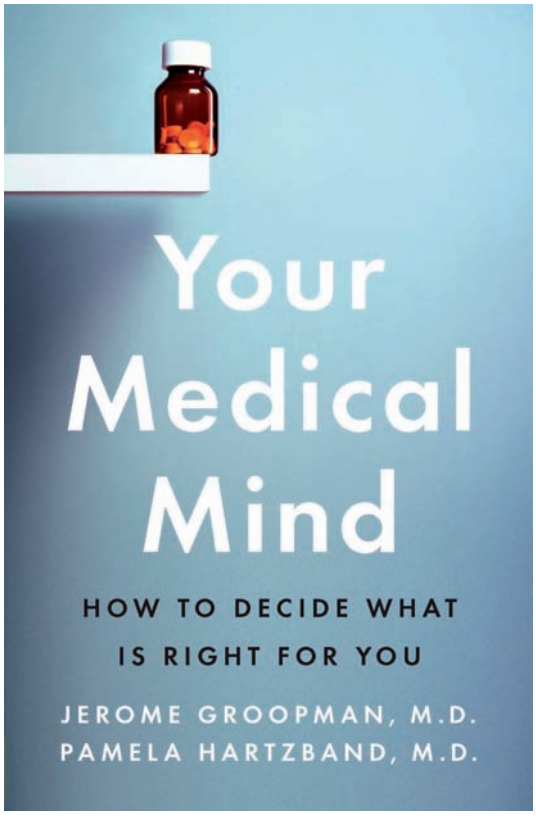
Infine vorrei che ogni cardiologo di ogni generazione tenesse sempre a mente le parole di Leonardo da Vinci: "Tristo quel discepolo che non supera il suo maestro".

Linguaggio e relazioni di cura

di **Vito Cagli**

Un recentissimo articolo sul «New England Journal of Medicine» (Pamela Hartzband e Jerome Groopman: *The new language of medicine*, 13 ottobre 2011) ripropone un problema di non piccole dimensioni e di non poca importanza.

Gli autori cominciano col rilevare che già con l'inizio degli studi medici si devono apprendere nuovi termini e si deve altresì imparare ad esprimere con termini appropriati fenomeni che al di fuori del mondo medico vengono denominati altrimenti. Come se lo studio della medicina fosse in qualche misura anche lo studio di una nuova lingua. E, infatti, strutture anatomiche, processi fisiologici o patologici, malattie, terapie e farmaci si identificano e si comunicano per mezzo di parole che devono essere quelle esatte.



E allora ecco, per chi inizia lo studio della medicina, ma anche per chi vuole esprimersi sempre in modo corretto, l'importanza di disporre di un buon dizionario di terminologia medica. Ma come avviene per qualsiasi dizionario col passare del tempo quello che possediamo diviene, se non obsoleto, certamente incompleto. Il linguaggio, sia quello comune che quello tecnico, in una lingua parlata è "una creatura viva" e come tale si modifica. Si accresce di nuovi termini, altri ne mette fuori uso, altri ancora cambiano addirittura di significato. Studiare come si modifica una lingua o, nel nostro caso, il linguaggio della medicina, può aiutarci a capire, in

quale direzione si modifichi il settore a cui quel particolare linguaggio si riferisce.
Hartzband e Groopman, con riferimento ovviamente agli Stati Uniti d'America, osservano come il termine "paziente" sia non di rado sostituito da quello di "cliente" (*customer*) o da "consumatore" (*consumer*). Ne sappiamo qualcosa anche noi che con la "aziendalizzazione" delle Unità Sanitarie Locali e degli ospedali abbiamo introdotto una quantità di funzioni e di termini che hanno a che fare con la managerialità ma sono estranei al mondo della medicina da cui il profitto è stato per secoli escluso. Ma il mondo è cambiato, la Sanità ha costi enormi e i conti bisogna pur farli, anche se sarebbe bene che i medici non fossero sovraccaricati di compiti burocratici, manageriali e finanziari.
L'articolo del New England ci dice anche che negli USA i termini di *doctor* e *nurse* sono spesso sostituiti da quello di *provider*, si perde così tutto quanto deriva dai termini tradizionali, poiché "dottore" deriva da *docere* (insegnare) e "nurse" da *nutrire*. Ciò che ne segue è una profonda distorsione del rapporto medico-paziente o infermiere-paziente che assume le caratteristiche di una transazione commerciale, in cui il cliente o consumatore è colui che acquista e il provider è colui che vende. Senza contare la perdita della facilità di identificare, da parte del paziente, i diversi ruoli di quanti compongono il gruppo dei curanti. Ciò avviene da noi, non tanto attraverso una unificazione dei termini identificativi (*provider*, buono per tutti), quanto piuttosto attraverso l'omologazione delle divise e anche dei modi con un "tu" molto facile che poi, spesso, dal gruppo dei curanti si trasferisce anche ai pazienti.
E con i termini *patient, doctor, nurse*, aggiungono Hartzband e Groopman, sembra essere caduto in disgrazia anche quello di "giudizio clinico", sostituito dalla *Evidence-based Medicine* e dalle linee guida.
Viene da chiedersi quale possa essere l'impatto sulle nuove generazioni di medici e di infermieri di questo nuovo linguaggio e degli orientamenti a cui esso rimanda. Due conseguenze si prospettano. La prima che medici e infermieri finiscano per tener presente più le esigenze delle strutture di cura che quelle del paziente che ad essa ricorre; la seconda che questo tipo di linguaggio e di approccio porti ad una selezione di quanti vogliano dedicarsi alle professioni sanitarie tale da ridurre il numero delle persone con un pensiero libero e indipendente e dotate non solo di spirito scientifico ma anche di interesse per la cultura umanistica e la cura delle persone.
L'allarme lanciato da questo Editoriale di una prestigiosa rivista medica come il "New England" non vale soltanto per gli Stati Uniti d'America, ma va raccolto anche da noi come una voce autorevole che segnala un pericolo: quello della disumanizzazione della medicina. Lo scontento dei cittadini, l'aumento delle denuncie contro personale sanitario e ospedali ne sono una conseguenza. Finire per vedere nel malato un potenziale accusatore che ci spinge in primo luogo a proteggerci ha influito sui costi delle cure mediche in misura tutt' al-

tro che trascurabile e ha portato a chiudere quel circolo vizioso di re ciproca diffidenza che inquina troppo spesso la relazione tra curante e paziente.
Non accettare un linguaggio che cambia e distorce le figure di quanti hanno bisogno di aiuto e di coloro che questo aiuto vogliono e debbono assicurare non è certamente un rimedio che da solo basti ad invertire una tendenza verso la spersonalizzazione del malato e la mercatizzazione della medicina. Può essere però un segnale che, dall'una e dall'altra parte, indichi una volontà di riavvicinamento per il quale medici e infermieri devono sentire il dovere di compiere il primo passo e di mettere in opera ogni possibile strategia. Anche se non possiamo essere certi che l'*intendance suivra*, medici e infermieri, la "fanteria" della Sanità, possono però sperare dando inizio al cambiamento che burocrati, tecnocrati e politici si rendano conto di quanto un nuovo linguaggio, nuovi atteggiamenti, nuovi provvedimenti siano necessari per cercare di restituire ai curanti la pienezza del loro ruolo e ai pazienti il loro diritto di avere non soltanto un buon curante, ma anche un curante buono.

Il papà del pacemaker

Wilson Greatbatch

Lo scorso 28 settembre si è spento alla ragguardevole età di 92 anni Wilson Greatbatch. Pur essendo un ingegnere e non un medico la medicina gli deve molto. Ogni giorno il cuore di migliaia di uomini perde colpi, rallenta e a volte si ferma. Il problema di quei cuori è nell'impianto elettrico mentre invece l'altra fondamentale funzione del cuore, quella di pompa che fa circolare il sangue per tutto l'organismo è intatta. Per tutte queste persone ripristinare o meno la funzione elettrica segna la differenza tra l'addormentarsi per sempre ed il tornare ad una vita normale. Da circa 50 anni il ripristino della funzione elettrica è possibile grazie all'impianto di un pacemaker e colui che ha reso fattibili questi impianti è stato appunto Wilson Greatbatch.

F.S.

L'infarto perioperatorio: più attenzione per un evento relativamente frequente

di **Marco Ferri** e **Stefano Savonitto**,
Arcispedale Santa Maria Nuova,
IRCCS di Reggio Emilia

L'attenzione verso le complicanze cardiache, la loro prevenzione e la stratificazione del rischio cardiologico nei pazienti candidati ad interventi di chirurgia non cardiaca è aumentata negli ultimi anni. I dati epidemiologici evidenziano d'altronde il peso non trascurabile del problema.
Si stima infatti che, nel contesto della popolazione europea (490 milioni di persone), circa 7 milioni di adulti con rischio cardiologico non trascurabile vengono annualmente sottoposti a chirurgia non cardiaca. L'entità del problema è pertanto significativa, con un'incidenza di morte da causa cardiaca accertata che oscilla tra 0.5% e 1.5%, di complicanze non fatali tra 2% e 3.5%, che corrispondono a circa 150.000 – 250.000 complicanze cardiache all'anno di pazienti sottoposti a chirurgia non cardiaca nel contesto della popolazione europea.
La valutazione preoperatoria in chirurgia non cardiaca deve comprendere la stratificazione del rischio individuale che si basa principalmente sul-

l'attenta valutazione clinica del paziente piuttosto che sull'esecuzione sistematica di test strumentali. La valutazione clinica considera la storia di cardiopatia ischemica (grado di severità e di instabilità, terapia in corso), la valutazione del rischio globale dettato dalle copatologie e la definizione di una strategia operatoria mirata alla riduzione del rischio attraverso la condivisione con anestesista e chirurgo dell'intensità di monitoraggio e sorveglianza intra e postoperatori.

I fattori di rischio legati alle condizioni del paziente sono: pregressa storia di angina, pregresso IMA o rivascolarizzazione coronarica, pregressi episodi di scompenso cardiaco, pregresso ictus cerebrale ischemico, insufficienza renale cronica (creatininemia >2 mg/dL) e diabete mellito in terapia insulinica.

Il rischio strettamente correlato all'atto chirurgico dipende principalmente dalla tipologia di intervento e dalla sua durata, oltre che dalla prassi anestesiologica (locale versus generale). Gli interventi sono classificati a basso rischio (<1%), rischio intermedio (1-5%) e rischio elevato (>5%). Si tenga presente che tutta la chirurgia vascolare dell'aorta e periferica viene classificata ad alto rischio, comprese le procedure di endoprotesi vascolare, per la possibilità di conversione in "open".

La tradizionale definizione di infarto miocardico derivante dall'OMS si basava sui sintomi ischemici, le alterazioni elettrocardiografiche e l'elevazione degli enzimi cardiaci, criteri che mal si adattano all'IMA perioperatorio, che si sviluppa spesso in condizioni di analgesia o sedazione, che attenuano gli eventuali sintomi derivanti dall'ischemia miocardica, con alterazioni ECG spesso modeste e transitorie, e con livelli sierici di CK-MB che hanno sensibilità e specificità alterate per il concomitante danno muscolare chirurgico. Conseguentemente a ciò, gli infarti postoperatori venivano spesso riconosciuti tardivamente (tra la 3a e la 5a giornata post intervento), con una mortalità variabile tra il 30% e il 70%. Il *consensus document* del 2007 ha pertanto modificato la definizione universale di infarto miocardico, comprendendo, oltre ai criteri di sintomi, alterazioni ECG e marker miocardici (preferibilmente troponina), anche le alterazioni della cinetica ventricolare all'ecocardiogramma.

La maggior parte degli infarti si manifestano tra la 24a e la 48a ora postoperatoria e questa osservazione ha chiare basi fisiopatologiche. A differenza dell'insorgenza della sindrome coronarica acuta "spontanea", infatti, i meccanismi fisiopatologici alla base dell'IMA post-operatorio sono ben noti, prevedibili e in gran parte controllabili.

1. A determinare rottura o fissurazione di una placca coronarica instabile o vulnerabile (IMA tipo 1) gioca un ruolo determinante il quadro infiammatorio correlato allo stato postchirurgico.
2. L'intervento chirurgico innesca o favorisce la cascata emocoagulativa e provoca un rallentamento dei processi di fibrinolisi. Questi meccanismi sono verosimilmente alla base delle catastrofiche trombosi di stent coronarico nell'immediato post-operatorio. Inoltre per alcuni

giorni nel post-intervento di chirurgia addominale, l'assorbimento dei farmaci anti-trombotici somministrati per via orale o tramite sondino naso-gastrico è deficitario (soprattutto clopidogrel).

3. Le condizioni di tachicardia (ad esempio per sospensione dei farmaci betabloccanti) e ipotensione (ipovolemia, sedativi del dolore) sono abbastanza comuni nei pazienti post-chirurgici, e possono provocare quadri di "discrepanza" e stress endoteliale che facilitano la rottura della capsula fibrosa delle placche coronariche stenosanti.
4. Le condizioni di stress (anche emozionali) nel periodo perioperatorio comportano un'attivazione del sistema nervoso simpatico, con conseguenze in termini di vasocostrizione, attività protrombotica e alterazioni emodinamiche che favoriscono la rottura di placca.

Da un punto di vista elettrocardiografico, meno del 2% dei casi è caratterizzato da sopraslivellamento ST, mentre il quadro più comune di infarto perioperatorio è caratterizzato da ST sottoslivellato.

A seconda delle casistiche, la mortalità precoce dei pazienti con infarto perioperatorio varia tra il 3.5% e il 25%, mostrando una correlazione con l'entità del rilascio di troponina. L'infarto perioperatorio peggiora però anche la sopravvivenza a lungo termine.

Nella prevenzione dell'infarto perioperatorio riveste un ruolo fondamentale una corretta stratificazione di rischio preoperatoria. Tale valutazione deve essere finalizzata a definire la tempistica operatoria (se non urgente), al tipo di sorveglianza postoperatoria, alla decisione sulla interruzione, prosecuzione o modifica di terapie farmacologiche già in atto.

L'utilizzo profilattico dei betabloccanti è stato oggetto di diversi piccoli studi randomizzati, che hanno utilizzato molecole diverse e dosaggi differenti, producendo alla fine risultati non chiaramente interpretabili e talora contrastanti. Ecco perché le linee guida ESC del 2009 raccomandano la prosecuzione di terapie già in corso, l'eventuale inizio e titolazione del farmaco 30 giorni prima dell'intervento (iniziando con bisoprololo 2.5 mg/die o metoprololo 50 mg/die) mantenendo una frequenza tra 60-70 bpm e PAs sopra 100 mmHg, nei pazienti con cardiopatia ischemica nota o conseguentemente alla stratificazione del rischio, sconsigliandone l'uso nella chirurgia a basso rischio e a pazienti senza fattori di rischio.

Diversi studi hanno riportato la riduzione di complicanze cardiache nel postoperatorio con l'utilizzo di statine. Due trial, per un totale di 600 pazienti, tra cui il DECREASE III, hanno evidenziato una riduzione di mortalità e infarto perioperatorio in oltre il 50% dei casi. Le linee guida ESC 2009 raccomandano di iniziare la terapia con statina 30 giorni prima dell'intervento nei pazienti ad elevato rischio.

Recenti analisi hanno dimostrato che la prosecuzione della terapia con aspirina nel contesto di un intervento chirurgico incrementa moderatamente la frequenza di sanguinamenti, ma non incide significativamente sulla loro severità e mortalità, fatta eccezione per la chirurgia intracranica e la

prostatectomia transuretrale. Le linee guida ESC 2009 consigliano la prosecuzione della terapia con ASA già in atto e la sospensione solo per interventi ad elevato rischio emorragico. Da parte nostra, a seguito di diversi casi di infarto miocardico postoperatorio anche devastante in portatori anche remoti di stent coronarico raccomandiamo fortemente la non sospensione dell'aspirina per nessun tipo d'intervento nei pazienti con stent coronarici anche remoti.

Nei pazienti con recente impianto di stent coronarico, soprattutto a seguito di sindrome coronarica acuta, la precoce sospensione della duplice terapia antiaggregante comporta un elevato rischio di trombosi del device mentre la sua prosecuzione incrementa significativamente il rischio di sanguinamento perioperatorio. Le correnti linee guida consigliano la prosecuzione di duplice terapia antiaggregante per 4 settimane dopo posizionamento di bare metal stent e 6-12 mesi dopo drug eluting stent: in tali periodi è pertanto da evitare la chirurgia elettiva. Se la sospensione della tienopiridina è inevitabile, è consigliabile la prosecuzione della sola ASA e la ripresa della duplice antiaggregazione non appena possibile. Nessuna efficacia è stata provata sull'utilizzo dell'eparina a basso peso molecolare in sostituzione della duplice antiaggregazione. Nei pazienti ad elevato rischio (ad esempio nei primi sei mesi dopo posizionamento di stent in pazienti in cui l'atto chirurgico non è procrastinabile) è possibile prendere in considerazione l'utilizzo di inibitori a breve durata d'azione della glicoproteina IIb-IIIa piastrinica (tirofiban, eptifibatide), pur senza alcuna formale evidenza di efficacia. L'utilizzo di questo approccio, permette di sospendere con adeguato anticipo la somministrazione di inibitori irreversibili della P2Y12 piastrinica sostituendoli con il farmaco endovenoso e di creare una finestra perioperatoria di piena competenza emocoagulativa. L'antagonista della GPIIb/IIIa potrà essere ripreso nell'immediato post-operatorio (il periodo più critico, come sottolineato all'inizio di questa trattazione) in attesa di poter riprendere la somministrazione orale dell'antagonista P2Y12.

Nella nostra esperienza prospettica, basata su oltre 70 casi consecutivi, tale protocollo ha permesso di azzerare l'incidenza di infarto perioperatorio a fronte del 15-25% delle casistiche pubblicate in assenza di tale protocollo. Riteniamo altresì indispensabile che tali pazienti vengano sottoposti a intervento chirurgico in ospedali dotati di interventistica coronarica attiva 24/24 ore e che l'osservazione post-operatoria venga condotta in UTIC fino a ripresa della somministrazione orale.

In conclusione l'infarto perioperatorio rappresenta un'entità clinica relativamente frequente, destinata ad assumere un peso epidemiologico sempre maggiore, correlato all'invecchiamento della popolazione e all'innalzamento dell'età media dei pazienti sottoposti a chirurgia non cardiaca. I quadri silenti o comunque non diagnosticati (alterazioni transitorie dell'ECG, dolore non percepito per effetto iatrogeno, alterazioni degli enzimi cardiaci modeste o non rilevate) rendono l'infarto perioperatorio un

quadro clinico "subdolo" ma con effetti non irrilevanti in termini prognostici. I trial clinici sinora condotti sono insufficienti e talora controversi, soprattutto per quanto riguarda la terapia farmacologica profilattica e la gestione postoperatoria.
Deve essere altamente considerata la fase pre-operatoria di s tratificazione del r ischio del paziente, laddove essa rappresenta anche un momento di efficace screening nella prevenzione della cardiopatia ischemica. Il ruolo del cardiologo in questo percorso deve essere integrato nel contesto di un'intera équipe che gestisce tutta la fase perioperatoria (cardiologo, anes tesista, chirurgo, personale infermieristico), al fine di stabilire un'ottimale gestione del paziente ad alto rischio in termini di terapia farmacologica, tempistica chirurgica, sorveglianza intra e postoperatoria.

La *Fondazione* ringrazia per i contr ibuti inviati a sos tegno della ricerca cardiologica:

- *in ricordo di* **Massimo Zorzella** *di Porto Mantovano (MN)*: *la moglie Ornella Mode*
- *in ricordo di* **Rosario Russotto** *di Roma*: i colleghi della moglie Isabella

Foto di Stefano Di Carlo

In quali pazienti l'ICD non funziona?

Intervista di **Filippo Stazi**

Alessandro Capucci,
Università Politecnica delle Marche di Ancona

Prof. Capucci che cos'è la morte improvvisa?
La Morte Cardiaca Improvvisa (MCI) rappresenta un'inattesa morte naturale ad eziologia cardiaca che si verifica in modo istantaneo in apparente assenza di sintomi o comunque entro 1 ora dalla comparsa di una sintomatologia acuta o di un rapido peggioramento delle condizioni cliniche basali. Nonostante il significativo declino della mortalità per cardiopatia ischemica nel corso della seconda metà del 20° secolo, la morte cardiaca improvvisa continua a causare oltre 300.000 morti annualmente. La maggior parte delle morti improvvise sono causate da aritmie ventricolari maligne che risultano fatali, quali la tachicardia ventricolare (TV) e la fibrillazione ventricolare (FV). È ormai noto da tempo come il ricorso ai defibrillatori impiantabili (Implantable Cardioverter Defibrillator, ICD) abbia permesso di ridurre significativamente la mortalità improvvisa, sia in prevenzione primaria che secondaria.

Le indicazioni all'impianto dell'ICD sono ormai chiarite o vi sono ancora zone d'incertezza?
Le attuali indicazioni all'impianto dell'ICD sono riassunte nelle Linee Guida. Nonostante esse siano uno strumento indispensabile, restano pur sempre un documento generico. Risulta, quindi, necessario cercare di capire quali pazienti possano effettivamente giovare dell'impianto del defibrillatore e, al contrario, delineare la tipologia di pazienti che non ne traggono beneficio.

Nel decidere se sottoporre o meno un paziente all'impianto di un ICD, in che modo bisogna tenere conto della sua aspettativa di vita?
Il beneficio derivato dall'impianto dell'ICD in termini di impatto sulla mortalità per morte improvvisa, rispetto alla terapia convenzionale, cresce in modo non lineare col passare del tempo, con effetto quasi nullo nel primo anno dall'impianto. Il beneficio aumenta quindi esponenzialmente nel corso degli anni, come dimostrato in diversi studi quali lo SCD-HeFT condotto in pazienti con scompenso cardiaco, classe NYHA II o III e frazione d'eiezione del ventricolo sinistro (FE) ≤ 35% dove le curve di mortalità iniziavano a divergere a circa 18 mesi dalla randomizzazione. Tale messaggio è stato infatti recepito dalla comunità internazionale e dalle Linee Guida, in cui si ribadisce la non indicazione all'impianto di ICD nei pazienti con un'aspettativa di vita minore a 12 mesi.

E qual è invece il significato della presenza di insufficienza renale cronica?
La prevalenza di insufficienza renale cronica (IRC) nei portatori di ICD è attestata intorno al 31.5% mentre sembra essere più elevata se i soggetti con ICD presentano scompenso cardiaco, raggiungendo un valore di 50-60%. Le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di morte nei soggetti con insufficienza renale terminale (end-stage renal disease, ERSD) in trattamento dialitico e, in particolare, la morte cardiaca improvvisa per aritmie fatali sembra coprire il 60% dei casi. Dato l'alto rischio di morte aritmica, tale popolazione dovrebbe, quindi, giovarsi dell'impianto dell'ICD; tuttavia, la sopravvivenza globale dei pazienti con ERSD è ridotta, limitando potenzialmente i duraturi benefici derivabili dalla terapia antiaritmica con defibrillatore intracardiaco. Una metanalisi pubblicata nel 2009 ha dimostrato come la presenza di IRC nei pazienti portatori di ICD sia associata con un rischio di mortalità triplicato.
L'analisi retrospettiva del trial MADIT II ha dimostrato come il rischio di morte improvvisa aumenti progressivamente con il peggiorare della funzione renale e che l'impianto dell'ICD porti significativi benefici in termini di sopravvivenza nei pazienti con IRC di grado lieve e moderato ma non nei soggetti con IRC di grado severo.
I motivi di questa aumentata mortalità nei pazienti con IRC e ICD possono essere spiegati considerando come, seppur la genesi aritmica ricopra un ruolo preponderante,

i pazienti con IRC hanno un aumentato rischio di morte per scompenso cardiaco, infezioni, sepsi e complicanze vascolari. È stato, inoltre, dimostrato come i pazienti con IRC abbiano un'aumentata soglia di defibrillazione, che può rendere il miocardio refrattario all'intervento del device in caso di aritmie maligne.

Esiste un limite d'età oltre il quale l'impianto di un ICD non è più raccomandabile?

L'età avanzata identifica un'area grigia in quanto, per il limite anagrafico dei trial randomizzati, mancano dati univoci in merito ai benefici derivabili dall'impianto dell'ICD nella popolazione anziana; al contrario, i dati della letteratura sono spesso discordanti. Un sottostudio del MADIT II ha riscontrato come l'impianto di ICD porti un'uguale riduzione della mortalità nei pazienti di età superiore ai 75 anni rispetto alla popolazione di età inferiore ai 75 anni, in assenza di un impatto negativo di tale scelta terapeutica sulla qualità della vita dei pazienti di età più avanzata. Al contrario, dallo SCD-HeFT non è emerso un beneficio statisticamente significativo in termini di sopravvivenza nei soggetti di età superiore ai 65 anni. Meno del 25% dei soggetti reclutati nei principali trial sull'uso dell'ICD hanno un'età superiore ai 75 anni: l'età media all'arruolamento è compresa tra i 58 e i 65 anni nei trial in prevenzione primaria e tra i 58 e 66 anni in quelli condotti in prevenzione secondaria. Inoltre i pochi soggetti di età avanzata in tali studi possono non essere effettivamente rappresentativi della popolazione anziana nella sua interezza. Uno studio retrospettivo condotto su 502 pazienti sottoposti ad impianto di ICD, ha evidenziato come la sopravvivenza media si riduca in funzione dell'età al momento dell'impianto del defibrillatore: i pazienti con età superiore ai 75 anni avevano, infatti, una sopravvivenza media di meno della metà di quella dei soggetti con età inferiore ai 65 anni.
L'età, quindi, non può essere ritenuta l'unico elemento su cui basare le scelte terapeutiche, ma deve essere comunque considerata in quanto associata ad un'aumentata mortalità per cause non aritmiche.

Nella pratica clinica la frazione d'eiezione (FE) del ventricolo sinistro è il principale e spesso unico criterio che viene considerato per porre o meno indicazione all'impianto dell'ICD. Che ne pensa?

È noto che la FE del ventricolo sinistro sia il più potente indicatore di sopravvivenza: in particolare, la mortalità aumenta esponenzialmente per riduzione della FE al di sotto del 40% e soprattutto al di sotto del 30%. I trial randomizzati sull'impianto dell'ICD condotti sino ad oggi hanno utilizzato come valore limite per l'arruolamento una FE variabile tra meno del 30% o 40%. Tuttavia, la FE mediana in tali studi è risultata sostanzialmente inferiore, al punto da mettere in discussione il beneficio dell'ICD nei soggetti con FE moderatamente depressa. Una sottoanalisi del MADIT ha dimostrato che l'ICD nei pazienti con FE compresa tra 26-35% non determinava un miglioramento della sopravvi-

venza, al contrario del sottogruppo di pazienti con FE <26%. Myerburg e coll. hanno osservato nella popolazione dello SCD-HeFT un mancato beneficio dall'ICD nei sottogruppi di pazienti con FE >30%.

C'è un rapporto tra severità dello scompenso cardiaco ed utilità dell'ICD?

Lo studio MERIT-HF ha mostrato la relazione tra incidenza di MCI e com promissione funzionale: nei pazienti con com - promissione lieve-moderata (classe NYHA II-III) la MCI è la causa più frequente di morte mentre nei pazienti con com promissione più se vera (classe NYHA IV) l'evento finale è rappresentato più spesso dall'insufficienza di pompa.

Queste evidenze hanno spinto i grandi trial a valutare l'efficacia terapeutica dell'ICD soprattutto nei pazienti in classe NYHA II e III. Sulla base dei dati disponibili, le attuali Linee Guida prevedono una raccomandazione di classe II all'impianto di ICD nei pazienti in classe NYHA I mentre non suggeriscono l'impianto di ICD nei pazie nti in classe NYHA IV. Chiari risultati emergono dagli studi per i pazienti in classe NYHA II e III, che raccomandano l'impianto di ICD in classe I. Per questi motivi, l'ICD è veramente un salvavita quanto più il paziente si trova nelle fasi iniziali dello scompenso cardiaco mentre, quando questo è in fase avanzata, se non terminale, viene solo postposto l'evento finale e, nei casi più gravi, solo influenzata la modalità di morte.

A che distanza da un infarto è consigliabile l'impianto di un ICD?

Il limite temporale in cui andrebbe impiantato un ICD prof ilattico nei pazienti post-infarto miocardico acuto (IMA) è stato esaminato in una sottoanalisi del MADIT II. I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi, quelli arruolati con IMA da meno di 18 mesi e quelli con IMA da più di18 mesi. I pazienti impiantati più tardivamente dopo l'IMA avevano una prognosi migliore rispetto ai pazienti con IMA più recente, anche se la differenza non raggiungeva la significatività statistica. Nel 2004 è stato pubblicato lo studio DINAMIT, che ha arruolato pazienti con recente infarto miocardico (tra 6 e 40 giomi dall'infarto) e riduzione della funzione ventricolare sinistra (FE ≤35%), randomizzandoli all'impianto di ICD od alla terapia medica. Al termine di un follow-up medio di 30 mesi, il g ruppo di pazienti portatori di ICD non dimostrava alcun beneficio in termini di mortalità totale rispetto al gruppo di controllo; infatti, a fronte di una riduzione della mortalità aritmica nel gruppo portatore di ICD si assisteva ad un aumento della mortalità per cause non aritmiche nel gruppo ICD. Il trial IRIS ha messo a confronto sicurezza ed efficacia di un im pianto precoce del def ibrillatore con la sola terapia medica in 898 pazienti ad alto rischio di MCI post IMA. L'analisi primaria dello studio IRIS ha documentato un tasso significativamente inferiore di decessi da MCI nel g ruppo assegnato all'ICD rispetto alla sola terapia medica. Tuttavia, tale dato è risultato controbilanciato da un incremento delle morti non

improvvise, con un effetto globale neutro sulla mortalità totale a 72 mesi. I risultati del DINAMIT e dell'IRIS controindicano, quindi, l'impianto dell'ICD a meno di 40 giorni dall'IMA, anche in pazienti ad alto rischio. L'interruzione efficace di una tachiaritmia ventricolare nei primi giorni e nelle prime settimane da un infarto acuto, in un contesto altamente instabile e prima della comparsa di un substrato elettrofisiologico ben definito, può semplicemente consentire che, quella che sarebbe stata una morte improvvisa, divenga una morte per insufficienza di pompa, senza prolungare la sopravvivenza.

L'ICD salva la vita a molti pazienti però ci sono anche molti soggetti in cui, fortunatamente per loro, tale dispositivo non entrerà mai in funzione. Cosa si può fare per migliorare la selezione dei pazienti?
Una possibile soluzione potrebbe consistere nell'impiegare non solo la FE ma anche ulteriori indicatori di prognosi addizionali e sinergici. È importante sottolineare che anche semplici variabili cliniche possono essere impiegate a tale scopo. Goldenberg rianalizzando i dati del MADIT II ha identificato uno score di rischio di morte costituito da 5 fattori clinici: classe NYHA >II, presenza di fibrillazione atriale, durata del QRS >120 ms, età >70 anni, azotemia >26 mg/dl. L'assenza dei fattori di rischio (score = 0) in circa un terzo dei pazienti, identifica una popolazione a basso rischio nella quale il defibrillatore non è in grado di migliorare significativamente la sopravvivenza rispetto al trattamento medico. Anche nel gruppo, meno numeroso, ad alto rischio (score ≥ 3), con importanti comorbilità, non si osserva alcun beneficio. In base a tali risultati, l'efficacia dell'ICD sarebbe definita da una curva ad "U" ove il beneficio è più evidente nei pazienti a rischio intermedio e meno evidente nei pazienti a rischio basso o alto.

Prof. Capucci, che messaggio conclusivo possiamo lasciare ai nostri lettori al termine di questa interessante chiacchierata?
Molteplici problemi entrano in gioco ogniqualvolta si debba stabilire la linea terapeutica più idonea per la prevenzione della MCI. Spesso le indicazioni suggerite dalle Linee Guida non sembrano adeguarsi pienamente al caso specifico o fugare i dubbi e le incertezze che accompagnano il medico che deve decidere. Tali decisioni, infatti, devono necessariamente tenere in considerazione esigenze cliniche, etiche ed economico-sociali non di rado contrastanti tra loro. Un approccio multidisciplinare può dunque agevolare la scelta più appropriata. Una migliore selezione dei pazienti è auspicabile, sia da un punto di vista clinico che etico ed economico. Sulla base dei dati epidemiologici e clinici disponibili e delle evidenze derivanti da studi di stratificazione prognostica sembra possibile asserire che i pazienti anziani con ridotta aspettativa di vita o con grave comorbilità o quelli identificati a rischio molto basso di MCI potrebbero non giovarsi dell'impianto di un ICD.

Qualche secondo di buonumore

Sento bussare alla mia porta...apro: la mia vicina di casa, una ragazza da infarto, è lì che mi fissa negli occhi: "Senti, capisco che la cosa possa sembrarti strana, ma ho avuto una giornata nera, sono appena arrivata, sono stanca, incavolata...quindi ho assoluto bisogno di scaricarmi, di divertirmi, ubriacarmi e...di fare l'amore tutta la notte...ti prego, non giudicarmi male...ma ho pensato che forse... insomma...tu sei occupato stasera?".
"NO!!!!"
Allora per favore mi tieni il cane da te?

Un avvocato ha appena aperto uno studio ed è il suo primo giorno di lavoro.
Prima di entrare nel suo nuovo ufficio comunica al custode:
"Se viene qualche cliente mi avvisi prima che salga".
"Va bene, non si preoccupi".
Dopo un po' suona il citofono...è il custode: "Avvocato sta salendo una persona per voi."
Allora l'avvocato socchiude la porta, si mette dietro la scrivania e fa finta di parlare al telefono per farsi trovare impegnato e darsi una certa importanza.
Entra la persona e lui fa segno con la mano di accomodarsi, nel frattempo parla di cause risolte con un amico immaginario e si dilunga nel discorso per far sentire al potenziale cliente di cosa lui è capace.
Dopo un paio di minuti conclude la telefonata dicendo:
"Ora ti devo salutare che ho qui una persona, ci risentiamo...e fammi sapere per quella causa che aggiusto tutto io, come le altre volte..."
Quindi, riattaccata la cornetta, l'avvocato si rivolge alla persona e chiede:
"Prego, mi dica in cosa posso esserle utile".
"Dottò...so er tecnico de a Telecom, so venuto a attaccà er telefono...."

La donna avvolge un asciugamano attorno al corpo, scende le scale e correndo va ad aprire la porta: è Giuseppe, il vicino. Prima che lei possa dire qualcosa lui le dice: "Ti do 800 euro subito in contanti se fai cadere l'asciugamano!"
Riflette e in un attimo l'asciugamano cade a terra...Lui la guarda a fondo e le dà la somma pattuita.
Lei, un po' sconvolta, ma felice per la piccola fortuna guadagnata in un attimo risale in bagno.
Il marito, ancora sotto la doccia le chiede chi fosse alla porta.
Lei risponde: "Era Giuseppe".
Il marito: "Perfetto, ti ha restituito gli 800 euro che gli avevo prestato?"

Stupore:
una ricetta per vivere

di **Bruno Domenichelli**

Stupore e meraviglia: ricette per vivere. Sollievo per la fatica del quotidiano. Scintille nel buio dell'indifferenza. Illuminazioni che riscattano la fatica dell'esistere.
È con gli occhi dello stupore che i bambini si affacciano al mondo. Dalla tela del ragno, argentata dalla rugiada, scoperta all'alba nella penombra di una siepe, emergono personaggi da fiaba. Dallo stato nascente dell'immaginazione, prefigurate dalle possibilità sconfinate delle connessioni interneuronali, emergono d'incanto, da rifugi segreti nel cavo dei tronchi, processioni di principesse e di fate. E avventure di affetti. E metamorfosi di personaggi inesistenti, eppure densi di verità.
Realtà e fantasia si confondono. Puoi osservare gli occhi del bambino illuminarsi e leggervi la gioia per l'incontro inaspettato con amici ritrovati o creati nella fantasia dal gioco delle ombre con i primi raggi del sole. E assisti alla felicità della scoperta di un doppio di sé, che il bambino inconsapevolmente proietta nella verità dell'immaginazione, insieme al quale vive concretamente avventure fantastiche, vibranti di invisibile realtà. Giochi fuori del tempo con amici inesistenti, che l'immaginazione inconsapevolmente incarna di concreta vi-

Sir James Shannon. (1895)
Dallo stato nascente dell' immaginazione emergono d'incanto processioni di principesse e di fate. È con gli occhi dello stupore che i bambini si affacciano al mondo. Recuperare la capacità di meravigliarsi dell' età dell' infanzia è una ricetta per vivere valida per ogni età.

talità. Giochi come desideri dell'anima rivestiti di verità.
Lo stupore è una dimensione dell'anima del bambino. Uno stupore che, creando, è fonte di conoscenza. Capacità di percepire una sinfonia ammaliante di suoni nel silenzio di un quotidiano che spesso per noi adulti non ha più voci. Dono privilegiato della mente infantile di popolare i tempi lunghi dei giochi di creature fantastiche e di invisibili compagni di avventura, proiezioni di desideri e di esigenze interiori.
Giovanni Pascoli parla del "fanciullino" nascosto in ognuno di noi e capace, se lo assecondiamo, di accompagnarci fino alle soglie ultime della vita. Quella capacità di meravigliarci che ci consente la gioia del sogno ad occhi aperti, che *"parla agli alberi, ai sassi, alle nuvole, alle stelle... spinto da stupore... e curiosità."*
È tramite questo *fanciullino* che si esprime la parte più intuitiva e creativa dello spirito del poeta o dello scienziato ma anche, potenzialmente, di ognuno di noi. Del *puer aeternus*, che può abitare anche nella mente dell'adulto, parla anche G. Jung, come della *"componente giovanile della psiche umana, anelito incoercibile all'esplorazione del mondo..."* Recuperare questa potenzialità è essenziale per l'equilibrio psicologico dell'individuo. A tutte le età. Fantasia creativa, autonomia di giudizio, freschezza ideativa e curiosità nell'esplorazione del mondo, saranno allora gli antidoti per contrastare l'omologazione avvilente del pensiero collettivo.
Ricette mentali da recuperare, se vogliamo evitare la strisciante sclerosi dell'anima che, avanzando negli anni, reprime la gioia di dialogare coi pensieri che popolano le profondità autentiche dell'essere. I nostri spazi interiori si fanno sempre più inariditi man mano che progrediamo nel cammino terribile verso quella "maturità" che la società esige da noi ma che ci rende spesso incapaci di leggere l'invisibile oltre la superficie del quotidiano. Di quella maturità che ha in sé il rischio della cristallizzazione delle idee, dell'atrofia delle emozioni e degli affetti. Una "maturità" dalla quale si può "guarire", recuperando la capacità di meravigliarsi dell'infanzia, facendo convivere in noi la fantasia del "fanciullino" con la coerenza e l'integrazione razionale dell'adulto.
La curiosità di osservare la vita con occhi sempre giovani è fonte di gioia. Parafrasando Cartesio potremmo dire: "Mi stupisco, ergo sum". Recupereremo così una ricetta di vita valida per ogni età, utile anche per assaporare il Mistero. Quel *"senso di mistero"* che, come afferma A. Einstein, è *"l'esperienza più bella che possiamo avere"*.
Stupore: ricetta mentale da recuperare nella nebbia della propria infanzia. O da scoprire, osservando lo sguardo colmo di meraviglia di un bambino intento a condividere momenti di gioia con amici a noi invisibili, ma non per questo meno veri.
Stupore, antidoto contro la fatica di esistere, preludio di entusiasmo. Riscoperta, dentro di sé, della voglia di danzare il sirtaki in mezzo alla folla di una domenica d'autunno, sul ritmo improvvisato di un suonatore ambulante. Recupero del gusto della scoperta del nuovo nelle piccole cose di un quo-

Alberto Savinio. La nave perduta. (1926)
Un veliero di fantasia carico di simboli ludici si avanza sul mare della vita. Conservare anche in età adulta la capacità di guardare il mondo anche con gli occhi della fantasia ci aiuterà a non fare inaridire i nostri "spazi interiori". Recuperare questa capacità è essenziale a tutte le età per l' equilibrio psicologico dell' individuo.

tidiano altrimenti alienante, del piacere di cedere alle innocenti sottili follie che l'animo detta dentro d'improvviso. *"Il saggio non è che un fanciullo che si duole di essere cresciuto"* (Vincenzo Cardarelli). Una saggezza che è capacità di esplorare l'invisibile e l'insolito nella natura e nell'anima. E che ci aiuterà a resistere, anche quando la sofferenza sembrerà toglierci ogni voglia di vivere. Dice il Piccolo Principe: *"L'essenziale è invisibile agli occhi. Gli uomini hanno dimenticato questa verità. Ma tu non la devi dimenticare".*

Recuperare lo stupore infantile e il gusto di scoprire il mondo che ci accompagnò nei nostri anni verdi; sarà allora riabitare, da adulti, i nostri spazi interiori, dove coltivare ancora i valori, gli affetti e gli entusiasmi usurati dalla routine. Sarà anche, per alcuni, entrare da vivi nel tempo inevitabile della morte.

Stupore: ricetta per l'anima, rimedio privilegiato per tentare di alleviare la tristezza del vivere. Una ricetta utopica, forse, ma la storia dell'uomo è segnata dalla realizzazione di utopie apparentemente disperate. Una ricetta dispensatrice di potenziale felicità, da ritrovare al più presto, dentro di noi, per non dover soffrire di rimpianti per gli entusiasmi non vissuti e per affrontare con ottimismo il trascorrere del tempo. E non si paga neanche il ticket!

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

- **Fiammetta Albi** di Roma
- **Paolo Angelucci** di Subiaco
- **Giuseppe Antonucci** di Torremaggiore
- **Paola Arcieri Sanna** di Roma
- **Associazione Amici del Cuore Onlus** di Motta di Livenza
- **Nicola Baldi** di Taranto
- **Stefano Balocco** di Santhià
- **Giuseppe Balsamo** di Roma
- **Raoul Bartoli** di Roma
- **Antonio Bassan** di Vigodarzere
- **Giovanni Bastianelli** di Roma
- **Riccarda Beltrami d**i Cortina d'Ampezzo
- **Roberto Berardelli** di Roma
- **Raffaele Bernardini** di Roma
- **Alessandro Bernini** di Torino
- **Pietro Bertin** di Mestre
- **Biagio Borea** di Trieste
- **Mario Borghese** di Roma
- **Pasquale Bossa** di Latina
- **Magdalena Bota** di Roma
- **Giampaolo Brangi** di Brescia
- **Gianfranco Bruscagli** di Roma
- **Gilberto Caburlotto** di Padova
- **Anna Lisa Calosi** di Bagno a Ripoli
- **Antonio Cannoni** di Milano
- **Angelo Carbone** di Pomezia
- **Sabino Cardone** di Latina
- **Sebastiano Carpentieri** di Milano
- **Federico Casellato** di Merate
- **Augusto Cesari** di Padova
- **Michele Cinaglia** di Roma
- **Giuseppe Aldo Ciulla** di Roma
- **Vittorio Coccurello** di Roma
- **Arturo Coghe** di Cagliari
- **Stefano Constà** di Roma
- **Massimo Dal Molin** di Marghera
- **Mario D'Astuto** di Bologna
- **Angelo De Feo** di Tavernerio
- **Mario De Leonardis** di Pescara
- **Iolanda Deantoni** di Roma
- **Rino Defilippi** di Voghera
- **Silvana Della Grotta** di Mestre
- **Maria Emanuela Desio** di Roma
- **Carmelo Di Tommasi** di Modica
- **Renzo Dianda** di S. Cassiano a Vico
- **Gianfranco Fabiano** di Roma
- **Giovanni Fedele** di S. Cesario di Lecce
- **Carlo Fedeli** di Amatrice
- **Danilo Ferrante** di Roma
- **Alberto Ferri** di Roma
- **Renato Fiorini** di Mestre
- **Francesca e Loredana Fiumi** di Imola
- **Giuseppe Francesconi** di Roma
- **Giovanni Fumo** di Vezzano
- **Mario Garau** di Mulinu Becciu
- **Antonio Gennari** di Marigliano
- **Stefano Ghetti** di Carpi
- **Giorgio Giannini** di Marina di Pietrasanta
- **Enrico Giudic**i di Lerici
- **Dario Granata** di Milano
- **Luigi Gravino** di S. Maria La Fossa
- **Icet Studios Srl** di Milano
- **Alberto Jannì** di Palermo
- **Angelo Leccese** di Taranto
- **Paolo Levoni** di Castellucchio
- **Stefano Lo Faso** di Roma
- **Giovanni Loro** di Roma
- **Savino Ludovici** di Monticchio
- **Aldo Lupi** di Pavia
- **Mario Maestrini** di Massa Marittima
- **Giuliana Manetti** di Firenze
- **Nicola Manicone** di Matera
- **Enrico Margaritondo** di Roma
- **Giulio Mariani** di Corsico
- **Osvaldo Maronati** di Milano
- **Cesare Masci** di Roma
- **Vittorio Mascia** di Bari
- **Mauro Mattessich** di Grado
- **Gianfranco Mattioli** di Rubiera
- **Francesco Medi** di Viareggio
- **Elio Meloni** di Oristano
- **Antonio Menna** di S. Maria Capua Vetere
- **Alessandro Merighi** di Carpi
- **Angela Milioli di Formigine**
- **Roberto Aldo Mingrone** di Roma
- **Celso Minini** di Udine
- **Ornella Mode** di Porto Mantovano
- **Alfonso Monacelli** di Grottaferrata
- **Delio Montisci** di Cagliari
- **Giovanni Mossenta** di Treviso
- **Hilde Muehlbauer** di Suna
- **Andrea Natale** di Caserta
- **Rodolfo Negri** di Ostia
- **Norma Olivari** di Milano
- **Piero Pacchiarotti** di Ancona
- **Luigi Pacella** di Napoli
- **Irma Pagan** di Venezia
- **Alberto Palavisini** di Fucecchio
- **Vittorio Paliotti** di Napoli
- **Attilio Pantaleoni** di Camposampiero
- **Alessan Papafava** di Rovolon
- **Daniela Patella Scola Bedin** di Venezia
- **Antonio Pedrini** di Roma
- **Antonio Perelli** di Roma
- **Pier Vincenzo Plazzi** di Parma
- **Giovanni Pomponi** di Roma
- **Giorgio Pozzi** di Roma
- **Anna Principato** di Roma
- **Biagina Punzo** di Fiumicino
- **Luigi Quattrini** di Ancona
- **Beatrice Candida Quintieri** di Cosenza
- **Enrico Resegotti** di Pavia
- **Rodolfo Reyes** di S. Maria La Longa
- **Fernanda e Gino Riva** di Varese
- **Paolo Roccanti** di Firenze
- **Paolo Rossano** di Napoli
- **Cesare Rusconi** di Brescia
- **Silvana Salardi** di Bologna
- **Fausto Santeusanio** di Perugia
- **Venanzio Santucci** di Civitella Casanova
- **Alfonso Savino** di Andria
- **Luigi Savona** di Frosinone
- **Augusto Scalvini** di Melzo
- **Tina Segulin** di Trieste
- **Fernando Sensidoni** di Roma
- **Osvaldo Silvestri** di Napoli
- **Gino Solavaggione** di Bussoleno
- **Leonardo Spedicato** di Cervignano del Friuli
- **Giuliano Squarcini** di Pontedera
- **Umberta Straneo** di Esine
- **Ubaldo Stazi** di Gallicano nel Lazio
- **Domenico Tarantini** di Trani
- **Palma Tersigni** di Roma
- **Pericle Tiscione** di Parco Cerasole
- **Maria Pia Tondi Ghelfi** di Vignola
- **Andrea Tonelli** di Bologna
- **Attilio Trame** di Mestre
- **Ewald Unterhuber** di Merano
- **Antonio Varanese** di Campobasso
- **Giuseppina Zanara De Poli** di Roma
- **Maria Zanini Piotti** di Milano
- **Ezio Zilli** di Roma

Lettera aperta a Cuore & Salute

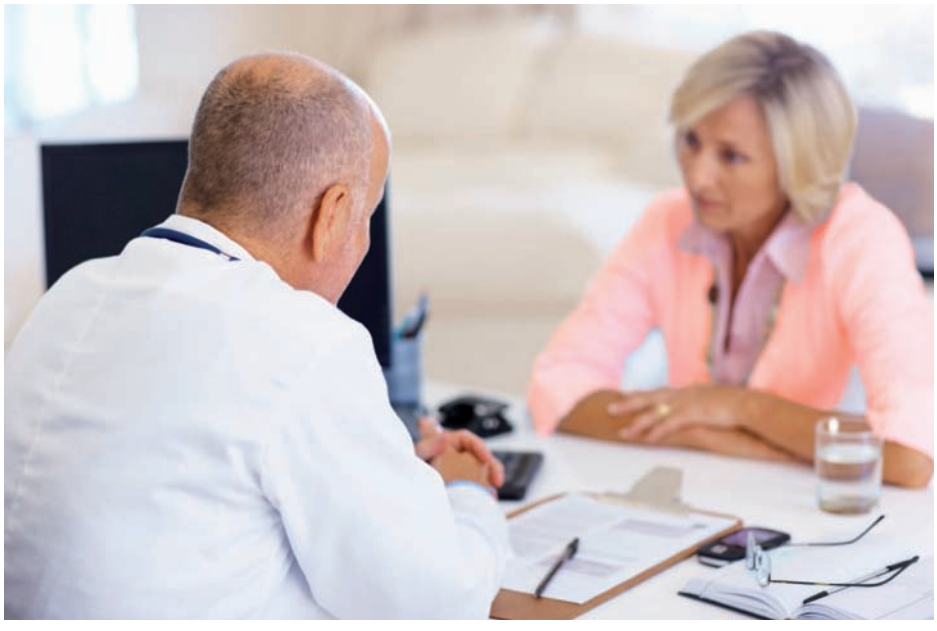
Leggo con interesse e anche con molto piacere "Cuore e Salute" a cui mio marito è abbonato da tempo, da quando cioè, colpito da due infarti (1988-1990) un amico, suo compagno di sventura, gli regalò il primo abbonamento.
La richiesta di casi da segnalare come contributo alla vostra pubblicazione anche da parte dei lettori mi ha suggerito l'idea di proporre le esperienze di un infartuato e della sua famiglia anche se, fortunatamente, è sopravissuto.
Quale moglie di un plurinfartuato ho vissuto situazioni che mi fa piacere poter descrivere e possibilmente mettere in comune con chi ha vissuto esperienze analoghe, memore del senso di smarrimento che ci ha colpiti quando mio marito, che in cinquant'anni non aveva mai sofferto di nulla, si è sentito improvvisamente tagliato fuori dal mondo.
Lo ha aiutato molto un libro che io ho trovato fortunatamente fra i tanti che trattano, in forma divulgativa, di malattie cardiache, perché gli è stato particolarmente congeniale; è intitolato "Il cuore non invecchia" di Franco Fontanini. Questo ha contribuito notevolmente a sollevare lo spirito a quello che sembrava un sepolto vivo: si è riconosciuto in situazioni lavorative dure e fortemente stressanti citate dall'autore come cause scatenanti e accomunato ad altri che, nonostante tutto, avevano ripreso a vivere. Lo ha aiutato molto anche lo stile vivace e la vena di humor che caratterizza i suoi scritti.
Recuperato il naturale equilibrio, il nostro cardiopatico è stato in grado, due anni dopo, di affrontare meno drammaticamente il secondo infarto, dovuto alla leggerezza e incompetenza di chi allora l'aveva in cura.
Ai primi sintomi si è fatto subito la diagnosi e ha richiesto il ricovero immediato, ma ahimè è capitato per forza di cose sempre nella medesima struttura ospedaliera (abitavamo allora in una città piccola dove non c'erano alternative). Là è stato tranquillizzato sull'eventualità che si trattasse di infarto, escluso dall'assenza di enzimi in seguito ai primi esami eseguiti. Il poveretto, per niente persuaso, anzi sempre più convinto che si trattasse di infarto, memore dell'esperienza precedente, si è sentito dichiarare solennemente dal primario venuto in visita con un seguito di assistenti e di studenti (era una clinica universitaria): "Stia tranquillo, i suoi esami evidenziano valori perfetti". Al che il povero paziente (di origine toscana, facile alla battuta) anche se non si trovava proprio nel pieno delle sue facoltà ha esclamato: "Come sono contento di morire sano!" Il primario si è adombrato, mentre la sua corte ha soffocato una risatina. Il giorno dopo è emerso che si trattava di infarto (erano comparsi gli enzimi).
Merita ricordare che, durante questo ricovero nonostante la situazione non proprio rosea, ha dimostrato di aver recuperato la sua naturale vivacità raccomandandomi, fra l'altro, di andare in ospedale "sorridente, vestita bene, magari anche truccata" perché era stanco di vedere le facce dolenti e l'aspetto trasandato di "mogli che sembrano vedove".
Dopo le dimissioni, consigliato dall'amico compagno di sventura, è venuto a Roma per una visita prolungata e scrupolosa con una serie di preziose indicazioni. Tornato alla base, si è affidato a un cardiologo competente e coscienzioso che lo segue tuttora.
In tutti questi anni il paziente (a volte impaziente) si è sottoposto a diverse prove fra cui: coronarografia (tre volte) angioplastica (miracolosa!); ma non voglio dilungarmi sull'iter terapeutico anche perché, non essendo competente, potrei dire delle sciocchezze.
Rimesso in sesto, il plurinfartuato ha potuto riprendere la sua vita normale rinunciando però al fumo e cambiando ruolo nel suo lavoro: come libero professionista si è liberato del "capo cattivo", che è una delle cause dell'infarto citate da Fontanini nel suo prezioso libretto.
Il protagonista di questa vicenda ora è in pensione e si gode la compagnia dei nipoti.

Anna S. C., Bologna

Il cuore intercettato

di **Eligio Piccolo**

Sempre più spesso odo persone che si lamentano dei medici, perché non parlano e non visitano più. Non solo quelli di base, immersi nelle mille scartoffie e costretti a ricorrere ai Pronto Soccorso per non rischiare contestazioni, ma anche gli specialisti e perfino i luminari. Guardano gli esami che il malato porta con sé, gliene prescrivono di altri più specifici e bontà loro se spiegano il razionale di quanto stanno programmando e consigliando. Spesso hanno tempi di lavoro così pressanti che li spaventa il solo pensiero di affrontare il gap culturale che purtroppo esiste fra il paziente, per definizione ignorante, e loro, per definizione competenti. È una differenza che non dipende dal grado di istruzione del paziente, ma dal fatto che nessuno gli ha mai spiegato la differenza tra un osso e un'arteria, e quindi il povero medico si troverebbe costretto a tradurre in fumetti quello che ha imparato in dieci anni di apprendimento scientifico tanto sofisticato. Una fatica che nemmeno Sisifo vorrebbe scambiare con la sua.



Ma non è solo di questo eterno dilemma che vorrei discutere, quanto di quello che vi si aggiunge, ossia lo stravolgimento di ciò che noi medici chiamiamo semeiologia, la quale consiste, o meglio consisteva, nella visita accurata del corpo del malato e in un interrogatorio alla commissario Montalbano per giungere alla fine di un percorso con altri esami alla scoperta del responsabile della malattia, la sua causa. Il tutto si chiama ancora oggi diagnosi, ma il suo iter sta completamente cambiando: il dialogo fra medico e malato è ridotto all'osso, la visita corporale si risolve spesso in una fuggevole apposizione dello stetoscopio sul precordio, per passare poi subito all'ECG, all'ECO, all'Holter e poi eventualmente agli stress test, alla coronarografia, alla risonanza magnetica e a molti altri la cui lista si va con il tempo allungando. Insomma, il vecchio ragionamento clinico, il metodo deduttivo, che dava il piacere della suspense e della conquista, fa perdere troppo tempo e, se il medico non sa ragionare adeguatamente, può indurre all'errore. Meglio sottoporre il cuore, e quindi il paziente, alle molte intercettazioni che la moderna tecnologia ci ha messo a disposizione.
Così oggi, se il malato soffre di palpitazioni o di sincopi il medico ha molti sistemi per monitorare il suo ritmo, ma anche la possibilità di entrare nell'interno delle sue cavità per individuare l'inghippo che lo fa traballare ed eventualmente eliminarlo; se egli invece ha una sospetta angina, le prove da sforzo, gli stress test, gli enzimi e la coronarografia sono pronti per rivelarne l'origine; se poi il cuore è insufficiente, il moderno cardiologo può evitare di interrogare il paziente, ascoltargli le basi polmonari, quantificare il turgore delle giugulari e tanti altri segni, oggi egli può dosare una piccola sostanza del sangue, il BNP, capace di dirgli se c'è e quanto c'è di insufficienza cardiaca. Perfino l'obesità, causa di tante conseguenze, la si può valutare dosando la leptina, un ormone che proviene dall'adipe, senza perdere tempo a calcolare l'indice di massa corporea o la circonferenza addominale.
Forse sto cercando un paradosso, forse verrà il giorno in cui il medico potrà sbrigare il tutto tramite il computer, magari tascabile, dal quale raccogliere le varie intercettazioni, inserirle in adeguate linee-guida e comunicare la diagnosi con una sentenza, per messaggino si capisce. Perché parlare con il paziente è sempre più faticoso in un'epoca in cui soprattutto i giovani hanno ridotto i vocaboli al telegrafico e il rapporto umano a qualche slogan. Forse, ma sono certo che non si arriverà a tanto.

Lucio Dalla, un grande cuore che si ferma

Le sue canzoni dilettavano tutto e tutti, sono anche convinto, aspettavano che la radio o la TV le rimettesse in onda per il piacere di riascoltarle. Erano così belle, orecchiabili e rievocabili, senza che venissero mai a noia, da non desiderare nemmeno che ne producesse altre, tanto l'insieme di quelle che aveva scritto ogniqualvolta gli era venuta l'ispirazione formava un ciclo di poesie così completo da temere che una decadenza lo modificasse. So che era amico di ottimi cardiologi bolognesi, i quali anni fa ce lo portarono perfino a un nostro congresso nazionale. Non avrà quindi avuto difficoltà a farsi controllare, data l'età, la grassa cucina emiliana, il fumo e lo stress dei recital tanto ripetitivi, come quello di Montreux la sera prima, dopo il quale dicono si sarebbe sentito particolarmente stanco. La morte improvvisa, senza nemmeno un preavviso che desse il tempo di chiamare aiuto, non può che essere stata aritmica e causata dalla chiusura di una coronaria importante. Ha ricordato per la coincidenza del mattino e del dopo colazione un altro evento, quello di Mike Bongiorno. Due personaggi diversi per la loro storia, per l'età e per la cardiopatia avanzata dello storico presentatore ma comparabili forse nell'entusiasmo e nel proporsi sempre con un grande cuore.

E.P.

Consensus document on methodology, terminology and clinical applications of OCT: Expert review document

Part I - Physical principles, methodology of image acquisition and clinical application for assessment of coronary arteries and atherosclerosis. (European Heart Journal 2010; 31: 401-415)

Part II: methodology, terminology and clinical applications of OCT for the assessment of interventional procedures. (European Heart Journal, in press)

European Heart Journal

Il nuovo documento ufficiale della Società Europea di Cardiologia sull'uso dell'OCT

F. Prati, G. Guagliumi, G.S. Mintz, M. Costa, E. Regar, T. Akasaka, P. Barlis, G.J. Tearney, IK. Jang , E. Arbustini, H.G. Bezerra, Y. Ozaki, N. Bruining, D. Dudek, M. Radu, A. Erglis, P. Motreff, F. Alfonso, K. Toutouzas, N. Gonzalo, C. Tamburino, T. Adriaenssens, F. Pinto, and P.W.J. Serruys and C. Di Mario for the Expert's OCT Review Document

Intervista di **Filippo Stazi**

Caro Francesco su uno dei prossimi numeri dell'European Heart Journal sarà pubblicato il secondo consensus document sull'OCT di cui tu sei il primo autore. Ci puoi spiegare cos'è un consensus document?
Si tratta di un documento condiviso tra i maggiori esperti mondiali di un settore, in questo caso dell'OCT o Optical Coherence Tomography. Tale documento codifica le indicazioni cliniche all'uso dell'OCT e le modalità del suo utilizzo. È inutile dirti che è un'enorme soddisfazione per la nostra Fondazione avere diretto tutti e due i documenti di consenso sull'impiego dell'OCT che sono stati pubblicati su "European Heart Journal". Il primo, pub-

Francesco Prati

blicato nel 2009, ha definito il ruolo dell'OCT nell'interpretazione dell'aterosclerosi, il secondo, come dicevamo, è focalizzato sulle applicazioni cliniche nell'ambito delle procedure di angioplastica coronarica.

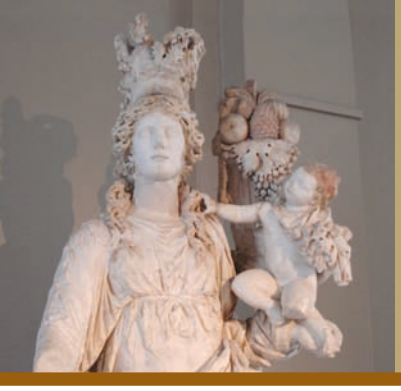
Chiarito cos'è un consensus document ci puoi ora spiegare cos'è l'OCT?
L'OCT è una tecnica di diagnostica per immagini, imaging nel linguaggio anglosassone, di recente sviluppo che permette, nel contesto di un esame coronarografico, di acquisire delle immagini di alta qualità delle coronarie dall'interno. È im portante sottolineare che l'esecuzione dell'OCT appare sicura e non comporta disagio per il paziente.

In quali contesti clinici è indicato il ricorso all'OCT?
L'OCT può essere utile in presenza di lesioni coronariche dubbie in cui le informazioni aggiuntive fornite da questa metodica possono essere d'aiuto nel deciderne il trattamento o meno. È ad esempio il caso delle placche aterosclerotiche fissurate e con trombosi stratificata sopra oppure delle lesioni molto ostiali sia della coronaria destra che sinistra. L'OCT, infine, può essere anche di ausilio nell'identificazione delle cosiddette placche vulnerabili, ossia q uelle ad alt o rischio di eventi negli anni successivi.

L'uso dell'OCT può aiutare anche nel posizionamento degli stents?
Certamente. La capacità dell'OCT di valutare l'area del lume vasale nonché di identificare la sottoespansione e la malapposizione dello stent o la presenza di piccole formazioni trombotiche all'interno dello stent si traduce in una riduzione di quella catastrofica complicanza che è la trombosi acuta dello stent.

L'ultima domanda è se l'OCT può influenzare la gestione terapeutica dei pazienti anche a distanza dall'impianto di uno stent?
Al momento non ancora ma in futuro probabilmente si. Ci sono comunque già adesso dei casi aneddotici in cui l'OCT è stato utilizzato per decidere sulla necessità o meno di proseguire la doppia terapia antiaggregante in pazienti portatori di stent e che dovevano essere sottoposti ad un intervento chirurgico non procras tinabile.

tra i libri ricevuti



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.*

Orson Welles, genio e sregolatezza

Poco dopo il tramonto del 30 ottobre 1938 un anchorman della CBS con voce terrorizzata annunciò che i marziani avevano invaso il New Jersey. Milioni di americani lungo tutta la costa atlantica, in preda al panico, si dettero alla fuga forsennata provocando incidenti e ingorghi, creando un pandemonio che cessò solo dopo parecchie ore, quando tutti appresero che si trattava di un falso allarme provocato dall'invenzione radiofonica di un giovanotto sconosciuto che si era ispirato a "La guerra dei mondi", romanzo di H.G. Wells.

La casa di produzione RKO si precipitò alla sua caccia per offrirgli un contratto senza precedenti. Il fantasioso giovane si chiamava Orson Welles, aveva 23 anni. Aveva studiato pittura, a sedici a veva pubblicato un saggio su Nietzsche rivelando altissime doti intellettuali, firmò un contratto per un film all'anno, indifferente se come regis ta, attore, sceneggiatore o tutti i ruoli insieme, con assoluta libertà creativa e produttiva. Imprecisata l'enorme cifra dell'ingaggio.

Così uno sconosciuto organizzatore di compagnie teatrali di provincia, pieno di ambizioni, balzò clamorosamente a Hollywood diventando di colpo regista e attore.

A 26 anni diresse il primo film, "Quarto potere", del quale fu anche protagonista, chiaramente ispirato alla vita e alla folgorante ascesa di William Randolph Hearst, un capitalista onnipotente, spietato, magnate del-

Orson Welles nel Macbeth

la stampa; un film clamoroso e sconvolgente che ebbe un grande successo di critica e che il pubblico disertò.
Originale, barocco, con audaci movimenti di macchina, inquadrature mai viste e memorabili virtuosismi, fece una profonda incursione nel mondo del potere, fino a quel momento inesplorato, dove dominano il narcisismo del superuomo e il feticismo tirannico del denaro, un film rivoluzionario, senza precedenti, che sconvolse ogni tradizione e rinnovò il linguaggio cinematografico. Oggi viene considerato uno dei migliori film della storia del cinema.
Al suo primo film divenne una delle più rilevanti e discusse figure di regista.
Poco dopo fece un altro film importante, "L'orgoglio degli Ambers", un impietoso ritratto di una famiglia americana agli albori dell'età industriale, anch'esso ricco di preziosismi stilistici, coraggioso, libero e anticonformista. Gli abbondanti tagli imposti dai produttori con i quali iniziò ad avere rapporti sempre più burrascosi e le incomprensioni dettero inizio alle sue difficoltà. I film successivi provocarono la crisi della sua attività di regista, fino a relegarlo alle sole interpretazioni.
Welles era un genio costantemente debordante, che amava sbalordire scivolando nel macabro, spesso al limite del cattivo gusto, sempre eccessivo, che si abbandonava ad audaci barocchismi, a volte raffinati, a volte troppo compiaciuti.
Era anche uno spirito libero, demistificatore, anarchico, che ricorreva a qualunque mezzo per distruggere un mondo e un modo di vivere fondati sull'iniquità e la menzogna che non riusciva ad accettare. Si autoconsiderava appartenente a una ristretta cerchia di registi per i quali il cinema non doveva essere un prodotto commerciale, ma far sperare la gente in un mondo diverso, liberato dall'ipocrisia, dai poteri occulti, dalla prevaricazione. Per questo ricorreva a truccature macabre, impressionanti e per sé sceglieva le parti di perfido malvagio senza scrupoli. Riuscì a rendere detestabile anche Rita Haywort, un mito, che quando era sua moglie rinunciò al suo fascino cedendo ai capricci del marito.
I guai di Welles non furono però soltanto i tracolli economici. Hearst, magnate della stampa, non gli perdonò il Citizen Kane e volle vendicarsi per essere stato preso di mira, accusandolo tramite la sua catena di giornali, di essere un filobolscevico, accusa molto grave al tempo del maccartismo e della caccia alle streghe.
L'FBI con le sue indagini scoprì un solo segreto, la relazione extraconiugale con una ballerina di strip-tease, ma la commissione per le attività antiamericane, che aveva già incriminato parecchi personaggi di Hollywood, lo espulse dagli USA.
All'arrivo a Ciampino, ad attenderlo c'erano solamente un produttore, l'attrice Linda Christian e un solo giornalista il quale scrisse che "senza barba e senza baffi sembrava più giovane".
Alla reception dell'Excelsior in Via Veneto, nella scheda, alla domanda razza, scrisse "negro".
Incontrò impreviste difficoltà anche a entrare nell'ambiente cinematografico italiano. Sul set del suo primo film un cartello avverti-

va gli altri attori di non rivolgergli la parola. Il suo ambiente preferito furono i night con bevute smodate, danze sfrenate, ogni sera con una donna diversa al fianco. Numerosi i flirt brevissimi, senza importanza, l'unico che durò qualche tempo fu quello con la sedicenne Franca Faldini, futura compagna di Totò.
Per necessità si sprecò come attore in brutti film nei quali venne a galla qualche straordinaria performance ma, più spesso, il suo incorreggibile gigionismo.
Dovette attendere diversi anni per ottenere una nuova regia importante, "l'Infernale Quinlan" in cui si riservò il ruolo di un poliziotto malvagio e corrotto, un'inquietante riflessione sul bene e sul male, un bellissimo film ancora una volta poco gradito dal pubblico.
Con l'ultimo capolavoro, "Rapporto confidenziale", nel 1955 realizzò un personaggio che può tutto, anche uccidere impunemente, per cancellare il proprio passato inconfessabile, un film costruito soprattutto per sbalordire e scandalizzare con una serie di personaggi in verosimili, ripugnanti e grotteschi, riservando per sé, ancora una volta, la parte di un malvagio con una truccatura satanica.
Prediligeva i personaggi macabri e disumani che impersonava lui stesso ricorrendo a stupefacenti interpretazioni, talvolta al limite del cattivo gusto, ma spesso memorabili.
Il mattino del 10 ottobre 1985 Orson Welles venne stroncato da un infarto al tavolino montato sul letto mentre preparava la sceneggiatura di "Re Lear"; col quale contava di risalire nell'Olimpo cinematografico dopo un'assenza di decenni.
La macchina da scrivere era accesa, lui morì sul colpo.
Nonostante Hollywood gli avesse creato la fama di "maledetto", aveva trovato un finanziatore e voleva a tutti i costi realizzare "Re Lear"; grandioso, alla sua altezza, diceva: "Ho cominciato dalla vetta per farmi faticosamente strada verso il basso".
A fargli ritrovare l'entusiasmo era stato proprio il "Re Lear", suo vecchio sogno che si accingeva a realizzare, dopo l'Otello e il Macbeth eseguiti con finanziamenti limitati e staff mediocri.
Da mesi stava a dieta: niente alcol, pochi sigari, lunghe passeggiate, aveva perso venticinque dei centoquaranta chili raggiunti, mentre i dolori coronarici erano quasi scomparsi.
In quegli ultimi tempi aveva superato le difficoltà economiche con la pubblicità in televisione dove diceva agli americani: "Noi non vendiamo questo vino prima del tempo giusto". Aveva settant'anni, la maggioranza degli americani lo conosceva solamente per questi spot in TV.
Fellini lo ricordò come un personaggio ottocentesco, sacerdotale e insieme da foglio di via, immerso in un'aurea di grandioso fallimento, di incontrollabilità, di incontinenza, di debiti e di spreco geniale.
Prigioniero di un mondo troppo piccolo e meschino che ormai gli offriva solo di far pubblicità alla birra con la sua voce da "Re Lear".
Nonostante i discutibili comportamenti, i numerosi fallimenti, il gusto del macabro, l'amore per gli eccessi, resta una delle più sconcertanti figure artistiche della storia del cinema.

Food for Thoughts

a cura di **Mario Albertucci**

Quando andiamo dal medico cosa preferiamo sentire? La verità nuda e cruda o avere la "pillola" addolcita con un po' di umanità? Ed il medico come si deve regolare? È bene che pensi solo al suo interesse e agisca in modo tale da mettersi al sicuro da possibili problemi "legali" o deve agire secondo scienza e coscienza anteponendo l'interesse del paziente al suo? Detta così non credo ci siano dubbi, ma i fatti non sono proprio così semplici e lineari. Vediamo cosa ci dice uno studio molto importante, ripreso e commentato dal famoso The Wall Street Journal dell' 8 febbraio 2012 che dopo tutto non si occupa solo di banche e titoli in borsa.

I medici sono sempre onesti con i loro pazienti?

Secondo il Giuramento della Professione Medica (Giuramento di Ippocrate ndr), i medici dovrebbero sempre dire la verità ai loro pazienti. Ma questo è sempre vero? In una sola parola la risposta è NO.

Uno studio condotto su 1891 medici e pubblicato sulla rivista Health Affairs, ha messo in evidenza come una percentuale significativa di medici sia stata non completamente onesta durante l'anno precedente allo studio; in particolare i medici hanno ammesso di aver dipinto la prognosi dei loro pazienti a tinte un po' troppo rosee ed hanno spesso taciuto su possibili errori medici.

THE WALL STREET JOURNAL.

Lo studio che ha avuto una risposta dal 64% dei medici contattati, includeva alcune domande sulle abitudini generali dei medici. La stragrande maggioranza dei medici (91%) era d'accordo nel non divulgare informazioni riguardanti lo stato di salute dei propri pazienti a persone non autorizzate, e che i pazienti dovessero essere informati in maniera esaustiva sui rischi e benefici dei trattamenti o delle terapie proposte (88,7%). I medici erano ugualmente d'accordo (82,8%) sul fatto che non bisognerebbe mai dire ai pazienti cose non vere.

Una percentuale non indifferente di medici, il 34,1% era solo parzialmente d'accordo con il fatto che i pazienti dovessero essere messi al corrente di tutti gli errori medici significativi che potessero avere un impatto sul loro trattamento; il 35,4% non pensava fos-

se necessario rivelare ai pazienti le relazioni che i loro medici curanti avevano con le ditte produttrici di farmaci o dispositivi utilizzati per risolvere i loro problemi.
Ma che cosa succede nella pratica clinica giornaliera?
Il 55,2% dei medici ha ammesso di aver descritto, almeno una volta durante l'anno precedente, la prognosi di un paziente in modo più positivo di quanto i dati clinici oggettivi rilevassero. Il 28% ha ammesso di aver rivelato (intenzionalmente o no) informazioni riguardanti lo stato di salute di un loro paziente a persone non autorizzate e quasi il 20% non ha rivelato ad un paziente un errore medico per paura di essere denunciato. Infine l'11% ha ammesso di aver detto ad un paziente "qualcosa che non era vera".
Lisa Iezzoni, uno degli autori dello studio e direttore del Mongan Institute for Health Policy del Massachusetts General Hospital di Boston, afferma che ci sono svariati motivi per definire una prognosi in termini più ottimistici, alcuni di questi sono senz'altro ragionevoli e condivisibili, ma alla fine il paziente ha bisogno di informazioni precise e oneste per prendere le decisioni migliori sulla sua salute.
La ricerca ha messo in evidenza come i chirurghi ed i cardiologi fossero in grado di fornire ai loro pazienti informazioni più complete ed accurate, e di essere in grado di comunicare più apertamente con i loro pazienti rispetto ai loro colleghi di altre specialità, questo forse, conclude l'autore dello studio, perché parte del loro compito è quello di ottenere un consenso informato per gli interventi e le procedure che eseguono.

Quello che lo studio sembra dirci è che i medici ogni tanto nascondono qualcosa e che questo è più spesso un fatto che potrebbe nuocere i loro interessi personali. Negli Stati Uniti già da parecchi anni i medici hanno adottato un comportamento che è stato definito " defensive medicine" cioè " medicina difensiva" il cui scopo è fare tutto quello che è necessario per evitare possibili problemi "legali", anche se l'azione o il test richiesto non sono necessari dal punto di vista medico. Così ad esempio, un paziente visto in pronto soccorso con un problema non grave viene ricoverato in ospedale per evitare "grane"; un paziente la cui diagnosi è facilmente confermata da un semplice esame clinico viene sottoposto invece ad un esame radiologico complesso. Le implicazioni di questo atteggiamento sono facilmente deducibili. Ma cosa devono fare i medici?
La risposta scontata è "assumersi le proprie responsabilità". Su questo non ci sarebbe discussione se alle responsabilità fosse associata la capacità del medico di "controllare il suo ambiente". In altre parole se il medico fosse in grado di prendere le decisioni amministrative ed organizzative che ritiene necessarie per svolgere al meglio il suo lavoro. Ma non è così, la componente amministrativo-organizzativa è invece "subita" dai medici che ne sono però i soli responsabili...c'è qualcosa che non quadra...in un altro contesto "No taxation without representation" (niente tasse senza rappresentanza) ha causato una rivoluzione..."food for thoughts"

Lettere a Cuore e Salute

D.

Sale e riso

Nell'articolo pubblicato su Cuore & Salute (n.7/8/9 2011) a firma del dott. Paolo Verdecchia si consiglia per limitare il consumo di sale, tra l'altro, di preferire il riso bianco ossia brillato.
Gradirei cortesemente sapere quale è il motivo, perché mi è stato sempre consigliato di mangiare riso integrale.
In attesa di una gradita risposta, porgo cordiali saluti.

Gianfranco S., Palinuro di Centola (SA)

R.

**Caro Signor Gianfranco,
come è noto, il riso si distingue essenzialmente in due tipi: riso integrale e riso brillato.
Nella procedura di preparazione del riso integrale, o semigreggio, il chicco proveniente dalla risaia viene sottoposto solo alla sbramatura (eliminazione del rivestimento del chicco "pula", lasciando inalterato il pericarpo).
La successiva procedura di preparazione del riso brillato consiste nella sbiancatura (grattamento della superficie del chicco). Nella sbiancatura, il chicco viene cosparso con talco e glucosio, allo scopo di renderlo più bianco e brillante. Il riso brillato è più facile da cuocere e da utilizzare nelle varie ricette. La brillatura, tuttavia, comporta l'eliminazione della vitamina B, e d'altra parte il talco è una polvere minerale potenzialmente tossica.
Il riso integrale, non sottoposto a grattamento della superficie del chicco, è dunque più ricco di fibre e di vitamine ed il consiglio che le hanno dato è certamente corretto.
Per quanto riguarda il contenuto di sale, 100 grammi di riso integrale crudo contengono 9 mg di sodio, che tuttavia scendono a 3 mg dopo cottura in acqua senza aggiunta di sale. D'altra parte, 100 grammi di riso brillato crudo contengono 5 mg di sodio, che scendono a 1 mg dopo cottura in acqua senza aggiunta di sale.
In conclusione, caro Signor Gianfranco, il riso brillato contiene certamente una minore quantità di sale rispetto al riso integrale, seppure a spese di un minor contenuto di fibre e vitamine. Le consiglio di consultare il sito dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (http://www.inran.it) dove potrà trovare utilissime informazioni sull'argomento.
Cordiali saluti.**

Paolo Verdecchia

D.

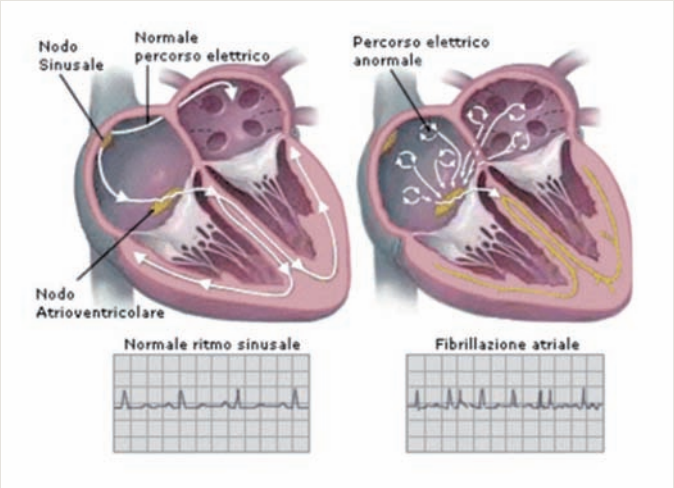
Ablazione della fibrillazione atriale

Ho iniziato a soffrire di fibrillazione atriale (FA) a 48 anni. Mi fu consigliato il pronto soccorso dove mi diagnosticarono una FA. Prima di allora avevo avvertito battiti irregolari cui non avevo dato peso. Iniziai a prendere coumadin e antiaritmici per quasi 10 anni con risultato parziale sull'aritmia. Mi sono sottoposto a due ablazioni dell'atrio destro nel 2001 e 2002, ma non ebbi alcun beneficio. Il decennio successivo è stato per me molto stressante a causa del trattamento anticoagulante e del difficile controllo dell'INR, ma di più sotto l'aspetto psicologico che mi ha fatto soffrire di depressione, con tutti i riflessi che questa condizione comporta nell'ambito familiare.
Nel settembre 2010 mi sottoposi all'ablazione dell'atrio sinistro, che non è stata risolutiva come avevo sperato, ma dopo la ripetizione della procedura nel giugno 2011 finalmente dopo tanto tempo ho visto il mio Holter senza episodi di FA. Ho provato una sensazione di sollievo, mi sentivo più leggero, quasi una liberazione dopo tanti anni. Prima dell'intervento avevo molti dubbi circa la riuscita, il mio cardiologo mi aveva parlato diffusamente della problematica, ma ero determinato a risolvere il mio disturbo che mi teneva legato al coumadin e agli antiaritmici.
Oggi mi chiedo quali saranno i possibili disturbi a distanza di anni. Il mio cardiologo e anche le mie ricerche su internet mi hanno fatto capire che non tutto è risolto definitivamente e che potrebbero recidivare sia l'aritmia che altre complicazioni. Per ora sono contento perché non ho più i disturbi né i disagi, ma desidererei una risposta circa i risultati futuri nei malati che hanno subito il mio intervento.
Con i migliori ringraziamenti e saluti.

Gianbattista D. L., Roma

R.

Caro Signor Gianbattista,
la sua è una storia molto interessante perché riflette in modo quasi scolastico la problematica di tanti pazienti con fibrillazione atriale, così come si è andata sviluppando negli ultimi 20 anni. Lei ha avuto la sfortuna di cominciare a soffrirne in età relativamente giovane, mentre la maggioranza viene colpita dopo i 60 anni. Con il vantaggio però nel suo caso di utilizzare la moderna terapia su un cuore ancora agile nella risposta. Tenga presente che i migliori risultati sia con i farmaci che soprattutto con l'ablazione si osservano nei pazienti prima dei 70 anni e più ancora prima dei 60. Mi sembra particolarmente utile segnalare anche le piccole aritmie che lei aveva avvertito prima della diagnosi e a cui non aveva fatto caso. Infatti, la fibrillazione, prima che diventi parossistica o persistente, è spesso preceduta da brevi episodi della



stessa o anche da extrasistoli atriali frequenti.
La sua prima ablazione nell'atrio destro, che si faceva agli albori della tecnica, non poteva essere risolutiva, a meno che non si fosse trattato di un flutter, che è parente della fibrillazione, ma con caratteristiche ben diverse soprattutto sul piano terapeutico.
Anche la ripetizione della sua ablazione nell'atrio sinistro è un'evenienza frequente, circa nel 35% dei casi, e non dipende dalla bravura dell'operatore, ma da molti fattori tecnici e dal cuore stesso. Qualche operatore dice anche dalla sfiga. Oggi che lei ha raggiunto la "pace aritmica" e, mi pare, anche psicologica si domanda giustamente se tutto è risolto, se si può considerare guarito, senza problemi per il futuro. Risposta difficile, quasi da indovino, anche perché la valutazione dei malati che hanno subito interventi simili al suo è ancora limitata circa il tempo di osservazione e anche "inquinata" dal fatto che l'età è spesso variabile, le tecniche di ablazione diverse da un caso all'altro e, inoltre, molti continuano a fare uso di antiaritmici e anticoagulanti. Un esperto USA, commentando questo problema, dice che non conosciamo il successo reale dell'ablazione, ma che secondo lui è certamente più basso di quello riferito nei vari studi. Il risultato però che lei ci riferisce è molto promettente e noi, motivati dall'affetto per i nostri lettori e dall'interesse scientifico, glielo auguriamo.

Eligio Piccolo

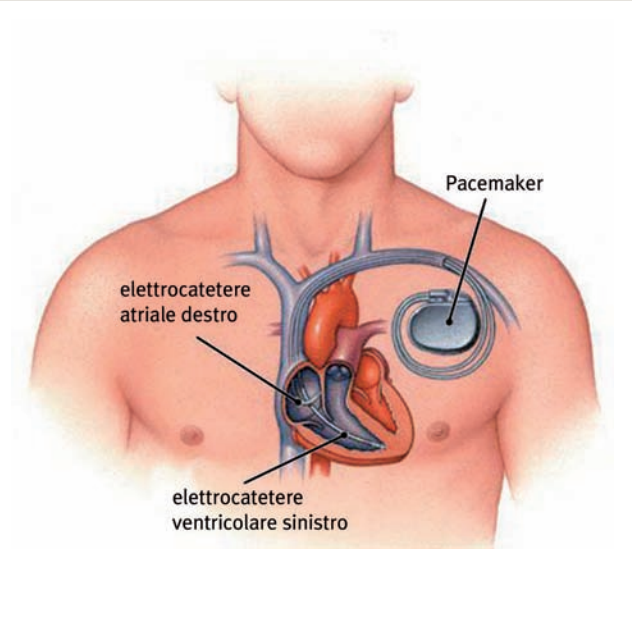
D. Il pacemaker

Sono portatore da poco tempo di un pacemaker a due fili che mi è stato impiantato a seguito di uno svenimento improvviso. Ho saputo però che oltre al mio vi sono modelli con un solo filo ed altri invece con tre e mi piacerebbe capire il motivo di tali differenze. Volevo poi sapere perché dopo l'impianto del pacemaker non mi è stata prescritta nessuna nuova medicina e, soprattutto, vorrei essere rassicurato sul rischio che ho di avere nuovi episodi di svenimento.

Gaetano P., Noicattaro (BA)

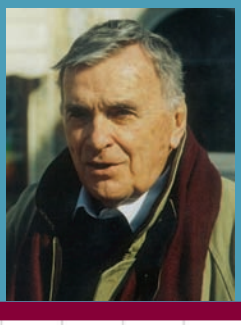
R.

Caro Signor Gaetano,
il cuore riesce a contrarsi regolarmente in quanto è dotato di un vero e proprio impianto elettrico. La corrente nasce dall'interruttore principale: il nodo del seno, che si trova nell'atrio destro e da qui si diffonde ad entrambe le camere atriali fino a raggiungere un secondo interruttore, il nodo atrioventricolare, che rappresenta la giunzione elettrica tra atri e ventricoli. Dal nodo atrioventricolare gli impulsi elettrici si trasmettono a tutto il resto del cuore.
Quando, per effetto dell'età o di altre patologie, l'impianto elettrico comincia ad essere difettoso l'unica terapia possibile è la creazione di un impianto elettrico artificiale, ossia l'impianto di un pacemaker. Questo impianto artificiale è costituito da un generatore di impulsi, il pacemaker vero e proprio, che viene posizionato in una tasca sottocutanea nell'emitorace di destra o di sinistra e che è collegato ad uno o più fili elettrici, gli elettrocateteri, che attraverso la circolazione venosa vengono posizionati all'interno del cuore.
Il numero di fili elettrici che vengono impiegati dipende dal tipo di patologia che ha richiesto l'impianto. Se il problema è solo a carico del



nodo del seno l'impulso elettrico non parte ma una volta avviato è in grado di propagarsi normalmente.
In tale condizione, pertanto, può anche essere sufficiente il posizionamento di un solo elettrocatetere in atrio che ha appunto la funzione di accendere il circuito.
Un difetto a carico del nodo atrioventricolare causa invece il venir meno della connessione elettrica tra atri e ventricoli. In questo caso è quindi necessario impiantare due elettrocateteri, uno in atrio e uno in ventricolo destro. Il timore che alla sola malattia del nodo del seno si associ col tempo anche la disfunzione del nodo atrioventricolare fa sì che nella pratica clinica si posizionino in genere due elettrocateteri anche quando il problema è solamente a livello atriale. In caso di fibrillazione atriale, infine, l'atrio, in quanto sede di un cortocircuito elettrico permanente, non può essere acceso dal pacemaker e inoltre la sua attività elettrica non è più elettricamente coordinata con quella del ventricolo. La conseguenza è che in questa patologia si utilizza un solo elettrocatetere posizionato nel ventricolo destro.
A volte viene poi utilizzato un terzo filo. Esso ha un ruolo diverso, serve infatti a stimolare la parete del ventricolo sinistro con l'obiettivo non di curare il disturbo del ritmo ma di migliorare la capacità di contrazione del cuore in una tipologia ben selezionata di pazienti.
Relativamente al secondo punto da Lei sollevato Le dò la piacevole notizia che l'impianto di un pacemaker è una terapia risolutiva e che quindi non richiede una terapia farmacologica complementare se non quella dettata dalla presenza di altre patologie concomitanti.
Infine, se la diagnosi per cui ha ricevuto un pacemaker è corretta e quindi il suo svenimento è stato effettivamente dovuto ad un problema dell'impianto elettrico del cuore, può stare tranquillo che tale sintomatologia non si verificherà più.
Sperando di avere soddisfatto le Sue richieste Le porgo cordiali saluti.

Filippo Stazi



Quaderno a Quadretti

di **Franco Fontanini**

Curarsi con i libri

Le statistiche da anni ormai dicono che noi italiani siamo agli ultimi posti nella classifica dei lettori, in compenso siamo primissimi nel consumo di TV. Ogni anno stampiamo 32 mila nuovi libri, la cui tiratura media non raggiunge le 5 mila copie per titolo.

Dei libri in commercio, uno su tre non vende neanche una copia, un altro terzo è al di sotto della soglia delle cinque copie. Notizie che potrebbero confortare Antonino Anile, ministro dell'Istruzione e saggista impegnato, che di un suo libro vendette una sola copia e per anni cercò invano di conoscere il solitario acquirente.

Le oltre 3 mila librerie sono sempre più in crisi, delle 32 mila edicole, molte si sono trasformate in bazar.

Difficile spiegare il fenomeno altrimenti che con la caduta dei lettori per perdita d'interesse. Gli editori non hanno responsabilità salvo quelli che pubblicano libri scolastici, sempre meno stimolanti.
Secondo Alberto Arbasino sono in vece tutti da colpevolizzare perché i nostri libri sono i più cari e i più brutti d'Europa.
Finora tutti i tentativi di invertire questa tendenza non hanno avuto alcun effetto.
L'atipico editore Scipioni di Valle dell'Aia, nel viterbese, nel suo entusiasmo è convinto di poter modificare questo trend r ivolgendosi principalmente ai giovani, spinto dall'ossessione di propor re "la le ttura come godimento" facendo sua la frase di Thomas Mann che definì la lettura capacità di godimento.
Epicuro a suo tempo aveva detto che nella lettura, diversamente da ogni altra impresa, la gioia procede di par i passo col conoscere: infatti il godimento non viene dopo l'apprendere, ma l'apprendere ed il piacere sono concomitanti.
Non molto tempo fa Scipioni ha pubblicato un volumetto, assai interessante e anche divertente, dal titolo esplicito "Leggendogodendo".
Fra i tanti inviti alla lettura c'è un capitolo che si potrebbe intitolare "Curare con i libri" in cui And rea Bolognesi, uno psichiatra e omeopata, racconta che nella sua professione utilizza con freq uenza libri come terapia delle nevrosi. Alle donne inquiete, intrappolate nelle angustie domestiche, tormentate dal desiderio di evasione e di riscatto, suggerisce la lettura di "Anna Karenina", di "Casa di bambola" oppure di "Madame Bovary", che fece dire a Flaubert morente: "io morirò e quella puttana di Emma vivrà in eterno!".
Per acquisire l'autoconsapevolezza consiglia "Risvegli" di Kate Chopin, scritto nel 1894 e divenuto un piccolo classico. È la storia dell'adulterio di una signora borghese, una precoce e lucida analisi della condizione femminile. Una giovane signora che si risveglia alla corporeità, alla sessualità extraconiugale e alla creatività e che suscitò un enorme scalpore nell'America puritana e fece condannare al silenzio l'autrice, che inizialmente era stata sostenuta dalle femministe, ma aveva l'ambizione più ampia di mettere in discussione i ruoli al di fuori della dicotomia maschile -femminile.
Oggi, per gli s tessi disturbi, Bolognesi consiglia anche "Donne che amano troppo" oppure "Le brave ragazze vanno in paradiso, le cattive vanno dappertutto" o "Le donne che corrono coi lupi".
Nei casi di sofferenze affettive legate a solitudine, tradimenti subiti, delusioni, consiglia la lettura di "Eros e Pathos" di Mario Carotenuto e "Frammenti di un discorso amoroso" di Roland Burther, uno dei maggiori esponenti della nuova critica francese di orientamento strutturalista.
Nei casi in cui si renda necessar io ristabilire buoni rapporti all'interno di una coppia in crisi, raccomanda "La ferita dei non amati" di Schellenbaum.
Alle madri e ai padri troppo possessivi suggerisce il capitolo "I figli" de "Il Profeta" di Gibran, la mente più illustre della scuola siro-libanese d'oltreoceano.
Non mancano i libri la cui utilità sta tutta

nell'ironia come il divertente manuale del medico bolognese Gianni Monduzzi che insegna "Come difendersi dalla mamma".

Gli uomini tormentati da nevrosi sui quali aleggia lo spettro materno, dovrebbero impegnarsi nell'attenta lettura de "I fratelli Karamazov", l'ultimo capolavoro di Dostoewskij, nonché de "Il male oscuro" di Berto, che ha raccontato una sottile indagine psicologica sulle cause della nevrosi depressiva che l'ha perseguitato per tutta la vita.
Coloro che sono affetti da cinismo possono trarre vantaggio dalla lettura del celeberrimo "Uomo senza qualità" di Musil che morì improvvisamente mentre scriveva l'ultima parte del suo capolavoro.
"La lettera al padre" di Kafka può essere di grande utilità agli adolescenti afflitti da incomunicabilità con il genitore.
Infine, per chi è stanco della sua vita e desideroso di cambiarla, ci sono due testi latini che possono essere ancor utili oggi: "I ricordi" di Marco Aurelio e la "Lettera a Lucillo" di Seneca.
Disse Flaiano che il libro è l'unico essere inanimato che possa avere sogni.

Dottori alla corte dei Medici

Alla corte di Lorenzo il Magnifico, la più prestigiosa d'Italia nel '400, erano riunite le più eccelse figure della filosofia, dell'arte e della scienza.
C'era anche qualche contraddizione, come tutto nella vita del Magnifico, a cominciare dall'aspetto che ben poco aveva di magnifico perché rassomigliava piuttosto ad un pugile al quale era stato rotto più volte il naso. Era un oratore eccezionale, ma la voce, a causa del naso deformato, era monotona e sgradevole.

Lorenzo il Magnifico

Villa di Malcantone

Snobbava la politica, tanto che la delegazione dei cittadini faticò non poco a far lo recedere dal suo diniego e accettare la nomina a duca ma governò con palese soddisfazione oltre che con grande successo. Anche fra le menti eccelse della sua corte c'erano contrasti, in particolare fra i filosofi neoplatonici e quelli aristotelici, fra i difensori del latino e i propugnatori del volgare ma soprattutto contrastava la grande eleganza della corte con la meschinità, l'invidia, la gelosia e la rivalità dei singoli membri.
Fu contraddittorio anche il rapporto con il domenicano Gerolamo Savonarola che l'attaccava senza tregua e pesantemente dal pulpito di San Marco. Avrebbe potuto allontanarlo senza difficoltà, invece lo volle sempre nella sua città, non si sottraeva mai agli alterchi e lo volle al suo fianco al momento della morte, pregando con lui, mano nella mano.

Fu incoerente anche negli amori, fra tante giovani e bellissime nobili disponibili, la sua favorita fu una borghese non più giovane e non bella, Bartolomea de' Nasi, moglie di Dante Benci. Anche nei periodi di grandi impegni di governo, ogni sera la raggiungeva in una villa fuori città per ritornare al suo posto al mattino di buon ora, con grande sdegno del Guicciardini che giudicava indecorosa quella relazione.
A corte c'erano anche illustri medici che erano ad un tempo rappresentanti della scienza e curanti di molti nobili e che fra loro si odiavano cordialmente non tanto per la diversità delle opinioni scientifiche quanto per la concorrenza professionale. Stefano Della Torre, considerato il più autorevole, era il consulente per tutta la famiglia Medici. Secondo veniva Pier Leoni, che il Magnifico aveva fatto venire dall'Università di Padova per dare lustro a

quella di Pisa, al quale inizialmente venne affidato il compito di accompagnare il Magnifico alle cure termali.
Oltre che medico di talento, Leoni era stimato come filosofo, matematico e astrologo, materie a quel tempo considerate strettamente collegate.
Era inevitabile che fra il Magnifico e il Leoni nascesse un'amicizia per i comuni interessi culturali, infatti erano entrambi filosofi neoplatonici secondo l'indirizzo del loro comune maestro Marsilio Ficino. Pier Leoni, ambiziosissimo, divenne ben pres to suo medico personale, scelta che destò la gelosia di molti colleghi, in particolare di Della Torre che si sentì subdolamente scavalcato.
Mano a mano che le condizioni di salute del loro Signore, assai precar ie fin dalla giovinezza, si aggravavano, le frequentazioni si intensificarono e durante la lunga agonia il Leoni si comportò da primo dello staff dei curanti, prese ogni decisione con autorità e non si allontanò mai dal capezzale fino al decesso.
Disperato di non essere riuscito a sottrarlo alla morte, accusato duramente dai colleghi di aver sbagliato la diagnosi e le terapie, il giorno dopo il Leoni si suicidò gettandosi in un pozzo della villa di Malcantone a San Gervasio presso Careggi.
Non esiste nessuna testimonianza dell'episodio e ben presto si diffusero i sospetti che a gettarlo nel pozzo fossero stati alcuni medici suoi avversari che si erano dissociati dalle sue decisioni, i quali approfittarono della circostanza per toglierselo di torno.
Esistono anche altre versioni meno verosimili quali l'avvelenamento e la complicità di Ludovico il Moro. La verità non si è mai saputa, restano le due ipotesi, il suicidio o l'omicidio per mano dei colleghi ma i più sono da sempre del parere che a far fuori Pier Leoni siano stati i medici rivali. Non sarebbe peraltro l'unico caso.

L'orgoglio di Billy

Complimenti a Costacurta e alla sua bella signora che ha informato gli italiani che suo marito a letto non ha niente da invidiare a Siffredi.
Le misure degli organi sessuali destano sempre grande curiosità e non si può escludere che prima o poi vengano riportate sulla carta d'identità insieme al colore degli occhi e ai segni particolari.
L'interesse mediatico iniziò nel 1993 con l'infortunio del sergente californiano John Wayne Bobbit, vittima della sete di vendetta della moglie, che tenne in ansia molti che in precedenza non avevano mai nominato i genitali.
In quell'occasione tutti vennero a sapere che tre quarti degli americani erano al di sotto della media riportata nel rapporto Kinsey. La t endenza preoccupò e mise in guardia i produttori di preservativi che dettero l'avvio a periodici controlli sistematici. Il pene di Bobbit venne restaurato bene e si apprese anche che la chirurgia del sesso era in pieno sviluppo anche se ignorata dai quotidiani ostinatamente puritani.
In passato, con l'eccezione del famoso "braghettaro" che rese castigati i maschi michelangioleschi della Cappella Sis tina, l'interesse per le dimensioni del pene non

Billy Costacurta con la moglie Martina Colombari

incuriosiva granché. Nell'antica Atene, se voluminoso, veniva giudicato sgradevole e volgare. Platone che si riteneva sfortunato con le donne, non era soddisfatto della bassa statura e della pancetta ma non parlò mai di genitali, gli anziani ritenevano che sarebbe stato più comodo non averlo.
Solo il Priapo, dio della fertilità degli affreschi pompeiani vietati ai minori, mostrava con orgoglio esibizionistico un pene parzialmente eretto che, stando alle guide, avrebbe causato non pochi mancamenti fra le visitatrici di una certa età.
Con il caso Bobbit si venne a conoscenza che la chirurgia del pene, non solo riparatrice ma anche dimensionale ed estetica era in sviluppo in tutto il mondo. I restauratori più abili operano in Thailandia, la loro perizia è dovuta alla grande esperienza perché le mogli thailandesi sono senza pietà: quando sono tradite si vendicano con la mutilazione impunita del marito fedifrago.
Il dottor Surasak è il chirurgo più noto con una casistica di parecchie migliaia di interventi ed autore di un opuscolo che consiglia come comportarsi in caso di incidente. Ha ideato anche una sorta di thermos per la conservazione dell'organo amputato.
Nell'ospedale di Bangkok si fanno più ricostruzioni di falli che by-pass aorto-coronarici. Scarsi sono i risultati dei tentativi di allungamento dell'organo, per la cura della sempre meno rara sindrome da ipospadia che angosciava Kafka più della TBC polmonare. Hemingway poi raccontava che Francis Scott Fitzgerald, uomo affascinante, letterato di successo, deriso e mortificato dalla pazza moglie Zelda, andava a consolarsi nella sala della scultura classica del Louvre dove gli dei, gli eroi e gli atleti hanno peni come quelli dei putti delle acquasantiere.
Per chi non lo sapesse la lunghezza media normale va dai 21 ai 25 centimetri. Chi è al di sotto, prima di andare dal chirurgo è bene che vada dallo psicanalista.

Aggiornamenti cardiologici

di **Filippo Stazi**

Le statine sono sicure anche nel lungo periodo: L'Heart Protection Study è stato uno dei grandi trial che hanno mostrato l'efficacia delle statine nella prevenzione degli eventi vascolari. Nei 5 anni dello studio il gruppo dei soggetti ad alto rischio che assumevano 40 mg di simvastatina al giorno presentava una riduzione del 23% del rischio di eventi vascolari maggiori rispetto al gruppo placebo. La differenza tra i due gruppi compariva sin dal primo anno e si accentuava ulteriormente in quelli successivi. Negli anni seguenti la pubblicazione dei risultati dello studio, l'uso della statina e i valori di colesterolo sono risultati simili tra i due gruppi. I dati ora disponibili del follow up a 11 anni mostrano l'assenza di un'ulteriore accentuazione delle differenze tra i due gruppi iniziali in termini di eventi vascolari maggiori e di mortalità vascolare. Soprattutto viene ulteriormente suffragata la sicurezza delle statine visto che, anche dopo un follow up così protratto nel tempo, non si sono osservate differenze tra i due gruppi relativamente all'incidenza di tumori di ogni tipo e di morte da cause non vascolari. La conclusione degli autori è che tali dati supportano l'uso precoce e protratto nel tempo delle statine. *(The Lancet 2011; 378: 2013-2020)*

La fibrillazione atriale causa l'ictus anche quando sembra non esserci (ASSERT Trial): Un quarto degli ictus sono senza causa apparente. Gli investigatori dell'ASSERT Trial si sono quindi chiesti se episodi subclinici di fibrillazione atriale possano essere correlati ad un aumentato rischio di ictus. Per valutare tale ipotesi hanno interrogato per tre mesi le memorie di pacemakers e defibrillatori di 2.580 pazienti ipertesi, con età > 65 anni e senza storia di fibrillazione atriale selezionando i soggetti con episodi subclinici di aritmia atriale a Fc > 190 battiti al minuto protratti per almeno 6 minuti. Tali episodi sono stati osservati nel 10,1% dei pazienti e sono risultati associati ad un aumentato rischio di fibrillazione atriale (HR 5,56) e di ictus ischemico od embolia sistemica (HR 2,49). La correlazione col rischio di stroke si manteneva anche dopo l'aggiustamento per gli altri fattori di rischio. *(New Engl J Med 2012; 366: 120-129)*

Rivaroxaban e sindrome coronarica acuta (ATLAS ACS 2 - TIMI 51 Trial): Il Rivaroxaban, uno dei nuovi anticoagulanti orali, è stato testato in 15.526 pazienti con recente sindrome coronarica acuta di ogni tipo a cui è stato somministrato, in aggiunta alla terapia antiaggregante, per una media di 12 mesi al dosaggio di 2,5 o 5 mg due volte al giorno. L'end point primario era costituito dall'occorrenza di morte per cause cardiovascolari, infarto miocardico o stroke. Entrambi i dosaggi hanno ridotto l'end point primario rispetto al placebo (9,1% e 8,8%, rispettivamente, versus 10,7% del placebo, $p = 0.008$) ma soltanto il dosaggio più basso, quello di 2,5 mg ha ridotto la mortalità cardiovascolare (2,7% vs 4,1%, $p = 0.002$) e quella totale (2,9% vs 4,5%, $p = 0.002$) rispetto al placebo. L'aggiunta del rivaroxaban ha però indotto un incremento dei sanguinamenti non correlati a cardiochirurgia (2,1% vs 0,6%, $p < 0.001$) e di quelli intracranici (0,6% vs 0,2%, $p = 0.009$) rispetto al placebo ma senza fortunatamente indurre un aumento significativo dei sanguinamenti fatali (0.3% vs 0.2%, $p = 0.04$). I sanguinamenti fatali sono comunque stati inferiori nei soggetti randomizzati al dosaggio di 2,5 mg rispetto a quelli trattati con 5 mg (0,1% vs 0,4%, $p = 0.04$). La conclusione degli autori è che l'aggiunta del rivaroxaban a basso dosaggio può costituire una nuova strategia terapeutica in pazienti con recente sindrome coronarica acuta. *(New Engl J Med 2012; 366: 9-19)*

E dopo la TC arriva la risonanza: per valutare la capacità diagnostica della risonanza magnetica nell'ambito della cardiopatia ischemica 752 pazienti con sospetta angina pectoris ed almeno un fattore di rischio cardiovascolare sono stati sottoposti a SPECT e risonanza magnetica, oltre che a coronarografia tradizionale. Quest'ultima ha dimostrato la presenza di una coronaropatia significativa nel 39% dei pazienti. Rispetto alla coronarografia la risonanza magnetica ha presentato una sensibilità (capacità di individuare nella popolazione generale coloro che sono malati) dell'86,5%, una specificità (capacità di individuare nella popolazione generale solo coloro che sono malati) pari al 83,4%, un potere predittivo positivo (la probabilità che la positività del test sia effettivamente espressione di malattia) del 77,2% ed un potere predittivo negativo (la probabilità che la negatività del test indichi effettivamente assenza di malattia) del 79,1%. Gli stessi valori per la SPECT sono stati rispettivamente 66,5%, 82,6%, 71,4% e 78,1%. La sensibilità ed il potere predittivo positivo della risonanza sono risultati significativamente superiori ($p < 0.0001$) a quelli della SPECT. La conclusione degli autori è che l'uso della risonanza magnetica nella diagnostica della cardiopatia ischemica dovrebbe essere implementato rispetto allo stato attuale. *(The Lancet 2012; 379: 453-460)*

Quale strategia per accertare l'ipertensione arteriosa?

Che fare di fronte ad un occasionale rilievo di pressione arteriosa eguale o superiore a 140/90 in un adulto? Con un occhio alla precisione della diagnosi e un altro al costo delle diverse strade possibili ha cercato di rispondere a questa domanda un gruppo di ricercatori inglesi (Lovibond K et al Lancet 2011;378:1219-30).
La diagnosi di ipertensione viene abitualmente posta sulla base di ripetute determinazioni e non su di un unico valore elevato. Ma tre strategie si contendono il campo: ripetuti controlli della pressione nell'ambulatorio del medico; ripetuti controlli domiciliari mediante automisurazione o misurazione da parte di un famigliare; monitoraggio ambulatoriale di 24 ore della pressione arteriosa.
Sulla base di un complesso modello probabilistico applicato a un'ipotetica popolazione di 40 anni o più, lo studio citato è giunto alla conclusione che il monitoraggio ambulatoriale costituisca la strategia con il miglior rapporto costo/efficacia.

Il risparmio legato all'impiego del monitoraggio è dovuto al fatto che vengono con esso evitati un certo numero di diagnosi di ipertensione in soggetti che non sono in realtà ipertesi e che conseguentemente si riducono terapie inutili, con i relativi costi.
Il modello messo a punto in questo studio stabilisce che il favorevole rapporto costo/efficacia si mantiene anche prevedendo che nei soggetti risultati normali al monitoraggio ambulatoriale della pressione questo venga ripetuto a distanza di cinque anni, mentre si perde se questa ripetizione dell'esame viene condotta a distanza di solo 1 anno nei soggetti più giovani tra quelli considerati.
La conclusione degli autori di questo studio è che nella maggior parte dei soggetti in cui sorge il sospetto di ipertensione arteriosa, il monitoraggio della pressione vada preso in seria considerazione prima di iniziare un trattamento anti-ipertensivo.

V. C.

Il cioccolato: una storia millenaria

di **Filippo Altilia**

Il cioccolato è non solo un alimento esotico come tanti altri ma anche un piacere che ci si concede più o meno spesso, anche sapendo che non se ne può abusare; si sostiene che sia un rimedio contro l'umore depresso, un energetico per l'attività fisica e mentale e, persino, un protettore per le arterie; è tutte queste cose insieme e, forse, anche di più.
La sua storia inizia molto lontano nel tempo, con la comparsa sulla terra della pianta da cacao che è ritenuta una delle piante più antiche; i botanici la fanno risalire a 7000 anni fa. È una pianta che richiede condizioni ambientali particolari (temperatura tra i 16 ed i 30 gradi), che si trovano pressoché esclusivamente ai tropici nelle località ad una altitudine tra i 600 ed i 700 metri.
Da alcuni fiori di questa pianta si forma il frutto; è chiamato la "cabossa" ed ha forma di un grosso baccello. Nel suo interno, dopo qualche mese si formano 30-40 semi detti "le fave"; hanno forma di mandorla e sono circondati da una mucillagine protettiva.

La leggenda racconta che un dio degli Aztechi, fondatore della stirpe di quelle popolazioni, facesse dono ai mortali dei semi del cacao e della conoscenza che con essi si poteva preparare una bevanda amara, ma molto energetica, preziosa quindi per combattere la fatica.
Era il dio Quetzalcoatl ed in suo onore il seme di cacao fu chiamato *cacahuatl* ed in seguito *chocolat*, nome restato poi pressoché invariato in tutte le lingue.
Secondo la leggenda il dio scomparve nel mare, ma promise che un giorno sarebbe ritornato tra la sua gente.
Fu intorno all'anno 1000 a.C. che si cominciò ad usare i semi di cacao: gli Olmechi, uno dei più importanti popoli pre-colombiani, scoprirono che con i semi di cacao macinati, con aggiunta di farina di mais ed acqua calda si otteneva nel modo più pratico la bevanda energetica donata agli uomini dalla divinità. In questo modo la bevanda divenne molto richiesta, specie dai notabili, nei festeggiamenti conviviali, nelle cerimonie religiose, nei matrimoni, come ristoro dopo le gare sportive.
Questo portò ad una diffusione della coltivazione degli alberi di cacao.
Ai Maya, intorno al 600 a.C., si devono le più estese piantagioni dell'epoca e la pratica si diffuse soprattutto nella regione dello Yucatan (tra Messico e Guatemala), nonché negli attuali territori del Guatemala ed Honduras, successivamente in gran parte della zona settentrionale di quella che oggi è l'America Latina.
I semi di cacao diventarono così preziosi che gli Aztechi preferivano usarli come moneta di scambio.
L'Occidente venne a contatto con il cacao nel 1503 quando Cristoforo Colombo, nel suo quarto viaggio alla ricerca delle Indie, ignorando ancora di aver scoperto il Nuovo Mondo, toccò le sponde del Nicaragua e dell'Honduras; gli furono offerti i semi di cacao e la bevanda che da essi si otteneva. Il suo sapore intenso ed amaro non fu gradito da Cristoforo Colombo e la cosa non ebbe seguito.
Molto diversamente andarono le cose qualche anno dopo con Herman Cortès "el Conquistador"che nel 1519 arrivò nello Yucatan dopo aver conquistato Cuba; fu accolto molto amichevolmente dall'imperatore Montezuma, ma questo non impedì il progressivo genocidio che gli spagnoli attuarono del popolo indigeno.
Montezuma era un grande consumatore di cacao (si dice che ne bevesse anche cinquanta tazze al giorno) e questo fu certamente un elemento determinante nella comprensione che Cortès ebbe subito dell'importanza del cacao. In una lettera al suo Imperatore Carlo V° scriveva: "Una tazza di questa bevanda consente ad un uomo un'intera giornata di marcia senza prendere altri cibi."
Nel 1528 Cortès portava in Europa i semi di cacao e gli attrezzi per macinarli e preparare la bevanda.
La vera svolta si ha verso la fine del 500 quando i Missionari che raggiunsero il nuovo mondo ebbero l'idea, che oggi ci sembrerebbe ovvia, di aggiungere lo zucchero. Fu una vera rivoluzione nella storia di questo alimento in quanto il cacao cessa di es-

sere la base di una bevanda tutto sommato sgradevole "l'acqua amara" utile solo perché energetica e diventa una bevanda di estrema gradevolezza: il *cioccolato*.
Linneo, il celebre naturalista svedese del 600, chiamò il cacao "Theobroma" cioè "cibo degli dei" per l'eccezionale ricchezza aromatica e gustativa della nuova bevanda e "Theobroma cacao" è il nome botanico della relativa pianta.
Rapidamente il cioccolato si diffuse in Europa, naturalmente prima in Spagna, poi in Italia e in Francia.
In Spagna il primo carico documentato verso l'Europa a scopo commerciale viaggiò nel 1585 su una nave da Veracruz a Siviglia dove aveva sede il Reale Consiglio delle Indie attraverso cui la Corona spagnola controllava i rapporti con le proprie colonie nel Nuovo Mondo.
L'uso del cioccolato si diffuse rapidamente tra le classi nobili ed agiate (il costo era rilevante) all'inizio con qualche difficoltà di ordine religioso.
Infatti si pose il problema se fosse una bevanda idonea ai giorni di magro prescritti dalla Chiesa e se rompesse o no il digiuno. Un'ordinanza del Papa Pio V aveva stabilito che i liquidi non rompono il digiuno ma sorse il dubbio se la densa e vellutata bevanda fosse proprio un liquido.
Le dame spagnole avevano preso l'abitudine di riunirsi a chiacchierare ed a bere la cioccolata subito dopo la messa, trattenimento che aveva molto di mondano e poco di religioso. La Chiesa cercò di porvi un freno proibendo la pratica, provvedimento che incontrò l'ostilità delle classi nobili e di buona parte del clero. La controversia fu risolta dal Cardinale Brancaccio che definì la cioccolata bevanda "per accidens" cioè imperfetta ma sempre bevanda come l'acqua ed il vino e quindi di libero accesso anche in sacrestia.
Anche in Francia la cioccolata si diffonde rapidamente, sempre nelle classi più agiate; anche qui ci fu qualche ostacolo, ma di natura del tutto diversa da quello incontrato in Spagna.
Infatti, alla corte del Re Sole (Luigi XIV) la marchesa di Sévigné, la più autorevole pettegola tra le dame, prima esalta la nuova bevanda poi comincia a spargere la voce che la cioccolata è indigesta, fa avvizzire la pelle e può provocare gravi inconvenienti come quello accaduto ad una marchesa chiacchierata che, avendone fatto largo consumo in gravidanza, ebbe a dare alla luce un

bambino color cioccolato. Naturalmente la cioccolata non c'entrava, ma c'entrava il cameriere negro che con zelo particolare serviva la nobildonna, ma ormai il sospetto era lanciato.

Si deve ritenere che il declino nell'uso del cioccolato sia stato transitorio perché alla corte di Luigi XV, il successore del Re Sole, risulta largamente usato. Si era intanto diffusa l'idea che avesse un effetto afrodisiaco e delle due favorite del Re, la marchesa di Pompadour, notoriamente più interessata al potere che all'amore, lo usava per accendere i propri ardori, la duchessa di Du Barry per esaltare quelli dei suoi esausti amanti.

La regina Maria Antonietta, moglie di Luigi XVI viaggiava sempre col suo cioccolataio personale. Voltaire sembra bevesse una dozzina di tazze al giorno per combattere la debolezza della sua vecchiaia.

L'Italia già nel 600 e 700 ebbe un ruolo importante nella storia del cioccolato soprattutto dopo l'introduzione in Toscana. Qui si cominciarono ad apprezzare le possibilità date dall'aggiunta di vari ingredienti: scorze di arancio o di cedro; vaniglia ed altre spezie.

Particolarmente famosa divenne la cioccolata al gelsomino del granduca Cosimo III dei Medici, inventata da un medico aretino, Antonio Carletti.

Questo è solo uno dei tanti personaggi che hanno dato un contributo all'affermazione ed alla diffusione del cioccolato. Ne ricordiamo solo alcuni:

- il duca *Plessis-Paolin*, al quale si può attribuire il primo cioccolatino: all'impasto di spuma di cacao, zucchero e mandorle tritate diede il nome di "praline" (1671);
- l'olandese *Conrad Von Houten* inventa una macchina per estrarre dal cacao il burro di cacao; in questo modo aggiungendo burro di cacao al cacao macinato si potè produrre la prima tavoletta di cioccolato (1849). Alla cioccolata (liquida) segue il cioccolato (solido);
- *Pier Paul Caffarel* inventa una macchina in grado di produrre grandi quantità di cioccolato, oltre 300 kg al giorno. Inizia la produzione industriale del cioccolato (1826). Lo stesso Caffarel a Torino aveva inventato un cioccolatino nel quale gran parte del cacao è sostituito da pasta di nocciole (molto diffuse nella zona). Nasce il gianduiotto (1805) così chiamato perchè aveva la forma del cappello della maschera torinese Gianduia. Dalla stessa pasta, successivamente, verrà la Nutella, gioia indiscussa dei bambini (ed anche di molti adulti);
- Lo svizzero *Rudolf Lindt* sviluppa un nuovo metodo per raffinare il cioccolato, il "concaggio" un procedimento col quale si toglie l'umidità residua e si riduce l'acidità; nasce così il cioccolato fondente (1875);
- *Daniel, Peter* ed *Henry Nestlè* crearono, aggiungendo il latte, la prima tavoletta di cioccolato al latte (1879). La stessa invenzione, nello stesso periodo viene attribuita ad un altro svizzero (Tobler).

Sono nomi tutt'ora presenti nella realtà industriale e commerciale del cioccolato a conferma della validità delle loro invenzioni.

Comunque la si definisca, l'antica bevanda dei popoli precolombiani, trasformatasi oggi in tavolette, praline, uova di Pasqua, crema spalmabile, liquido denso da bere caldo, farcitura di torte, gelato e quanto altro si possa immaginare è entrata nella nostra vita quotidiana come uno degli aspetti più gradevoli del costume dei nostri tempi.

Il cioccolato fa bene, specie alla donna

Sui vantaggi e svantaggi del cioccolato se ne parla da secoli, fin da quando i conquistatori lo hanno importato dalle Americhe e i loro epigoni ne hanno poi fatto un uso molto più intensivo e raffinato di quello degli indios. Le opinioni sulle sue proprietà alimentari e salutistiche da empiriche e superficiali sono diventate, solo da qualche decennio a questa parte, più scientifiche e controllate. Non v'è alcun dubbio che l'apporto calorico è più vicino a quello del grasso puro che degli zuccheri, mentre vi sono chiare evidenze sugli effetti benefici per la salute in misura maggiore rispetto a quelli nocivi. Tra questi ultimi, oltre a certi disturbi digestivi e alla preoccupazione per il peso, è da segnalare la ricerca della dottoressa Natalie Rose dell'Università di California (*Arch Int Med 2010*), la quale ha segnalato un effetto depressivo di quel dolciume sulla psiche, ma non precisa se esso sia proprio farmacologico o conseguente al rimorso per il peccato di gola.

D'altro canto, invece, le azioni positive del cioccolato, quelle che secondo varie ricerche indicherebbero una sua protezione delle nostre arterie cui conseguirebbero minori infarti e ictus, sono molto ben documentate. L'ultima, la più recente (*JACC, ottobre 2011*), viene dal Karolinska Institutet di Stoccolma dove la dottoressa Susanna Larsson ha documentato che un consumo di cioccolato superiore agli otto grammi settimanali riduce significativamente l'ictus nella donna, e lo fa in maniera ancora più evidente se il consumo supera i 45 grammi. Non viene menzionato l'uomo, per il quale si dà forse per scontati i vantaggi in altri distretti. La donna sul cervello, l'uomo sul cuore, ma mi astengo da ogni commento.

E.P.

aforismi

Buoni a nulla, ma capaci di tutto.
> L. Longanesi

Il decadimento fisico coincide crudelmente con la maturazione spirituale.
> A. Morandotti

Ti conosco da prima tu fossi vergine.
> G. Marx

Non avere un'idea, non capirla ma saperla raccontare: è questo che fa di uno un grande giornalista.
> K. Kraus

La carriera di uno scrittore italiano ha tre tempi: brillante promessa, solito stronzo, venerato maestro.
> A. Arbasino

Sono contrario all'aborto. Uccidere un essere umano prima che nasca è una dimostrazione di impazienza.
> R. Topor

Un cretino può scrivere un saggio. Ma non viceversa.
> M. Marchesi

Diffidate delle donne intelligenti: finiscono sempre per rintracciare il cretino che le sposa.
> L. Longanesi

L'uomo comune ragiona, il saggio tace, il fesso discute.
> Pitigrilli

Morì pazzo, ma era nato cretino.
> J.L. Borges

Ogni imbecille tollerato è un'arma data al nemico.
> M. Maccari

a cura di Franco Fontanini

Kant è un'autostrada con tante pietre miliari. Poi arrivano tanti cagnolini e ognuno deposita il suo contributo alle pietre miliari.
> A. Einstein

L'arte e le donne hanno questo in comune, che non è necessario capirle per amarle.
> A. Morandotti

I genitori si compatiscono, dei nonni si sorride, gli antenati si venerano.
> D. Dix

La vita di una pianta d'appartamento è inversamente proporzionale al suo costo e direttamente proporzionale alla sua bruttezza.
> A. Block

Non importa sapere chi ha ragione, è importante capire a chi darla.
> F. Fontanini

Bisogna cambiare spesso opinione per essere d'accordo con un partito.
> J.F.P. de Gondi

Non esiste il marito ideale. Il marito ideale è scapolo.
> O. Wilde

Ci sono adulteri che giovano alla coppia più di qualunque fedeltà.
> R. Gervaso

L'analisi è un rapporto fra medico e paziente: non fatelo proseguire oltre quell'ora nei rapporti sociali.
> L. Sotis

Lo strapotere della moda è un sintomo di decadenza.
> R. Bacchelli

Sostenete e diffondete
Cuore e Salute

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

- La quota minima annuale per ricevere ***Cuore e Salute*** in qualità di *Aderente* è di **€ 20,00**.
- Con un contributo di **€ 30.00** gli *Aderenti* alla Fondazione, possono richiedere il volume degli Atti del Congresso *Conoscere e Curare il Cuore* o gli Atti online.
- Coloro che desiderano offrire ***Cuore e Salute*** ai loro amici, debbono fornire l'indirizzo del destinatario unitamente al versamento della quota d'iscrizione. Sarà cura della segreteria informare dell'avvenuto omaggio (*).

MODULO PER ISCRIVERSI ALLA FONDAZIONE O PER ISCRIVERE UN AMICO

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

CENTRO PER LA LOTTA CONTRO L'INFARTO - FONDAZIONE ONLUS

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

CODICE FISCALE .....

VIA ..... CAP ..... CITTÀ .....

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

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

(*) nominativo di chi offre *Cuore e Salute* .....

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

☐ VERSAMENTO SU C/C POSTALE N°64284003

☐ BONIFICO BANCARIO IBAN IT 56 Y 01005 03213 000000012506

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

☐ ASSEGNO NON TRASFERIBILE

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

AI NOSTRI LETTORI

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

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

5X1

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

Diffondere nel nostro paese l'educazione alla prevenzione delle malattie di cuore ed istituire innovativi progetti di ricerca per debellare l'infarto è l'impegno che questa Fondazione ha assunto quasi 30 anni fa. Il CLI svolge opera di prevenzione e di educazione sanitaria attraverso due consolidati strumenti: ***Cuore e Salute***, rivista bimestrale inviata a medici e persone cardiopatiche e non; il ***Congresso Conoscere e Curare il Cuore***, che accoglie ogni anno a Firenze migliaia di cardiologi.
A queste iniziative associa un programma di ricerche sperimentali rivolte all'infarto, che comprende tre filoni: la prevenzione, lo studio delle cause e il miglioramento delle cure.

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

SCELTA DEL 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 corrispondente. Il contribuente ha inoltre la facoltà di indicare anche il codice fiscale di un soggetto beneficiario. La scelta deve essere fatta esclusivamente per una delle finalità beneficiarie.

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

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

Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Capire per prevenire

www.centrolottainfarto.it

5X1

UNA SCELTA CHE FA BENE AL CUORE.

Grazie per il sostegno che vorrai dare al CLI.

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

Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Capire per prevenire

www.centrolottainfarto.it