CUORE & Salute

Lo slalom della vita

ANNO XXX

N. 5-6 MAGGIO-GIUGNO 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

I veri sentimenti non invecchiano mai… il cuore purtroppo sì

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

Se ami il tuo cuore ti ricambierà

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

Progetto grafico: Daniela Piccioli - Roma

data medica Cartoon Media s.r.l.

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. 5-6 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. 5-6 Maggio-Giugno 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

Lo slalom della vita Bruno Domenichelli 132

Anche le coronarie nel loro piccolo si ... Eligio Piccolo 134

Le coronarie ed il mito della caverna Francesco Prati 136

Dimmi come dormi e ti dirò se avrai l'infarto! Filippo Stazi 138

Gli omosessuali ci salveranno? Franco Fontanini 140

I diuretici: che grandi farmaci! Vito Cagli 144

Dal Congresso Conoscere e Curare il Cuore 2012

Fibrillazione atriale dopo i 75 anni. Scelte terapeutiche 147
Intervista di Filippo Stazi a Fiorenzo Gaita

Ha ancora senso individuare un valore soglia nella riduzione del colesterolo? 153
Intervista di Filippo Stazi a Claudio Cavallini

Qualche secondo di buon umore 157

Renè Geronimo Favaloro: l'oriundo del by-pass coronarico 158
Massimo Pandolfi

I misteri della morte improvvisa Eligio Piccolo 160

- *Morire di calcio [E.P.]* 162

La ricerca del CLI 163

- *Long John [F.S.]* 165

La palla di Tiche

Il protomartire dello share Franco Fontanini 166

- *Tanti auguri New England [F.S.]* 168

p. 138

p. 158

p. 181

Food for thoughts

Ma quel test serve veramente? 169

da The New York Times a cura di Mario Albertucci

- *Il cuore dei calciatori africani [E.P.]* 172

Lettere a Cuore e Salute 173

- L'aorta bicuspide, Eligio Piccolo
- Il cuore di Cassano, Filippo Stazi

Quaderno a Quadretti Franco Fontanini 176

Johann Wolfgang Goethe, l'uomo universale Paola Giovetti 181

- *Check up italiano [E. P.]* 185

News

Aggiornamenti cardiologici Filippo Stazi 186

Guardia medica acrobatica Stefano Savonitto 188

- *Staminali. Si riparte dai polmoni? [E.P.]* 189

Aforismi 190

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.

Lo slalom della vita.

Le poche regole della prevenzione per dare una mano alla natura per mantenere sano il cuore.

di **Bruno Domenichelli**

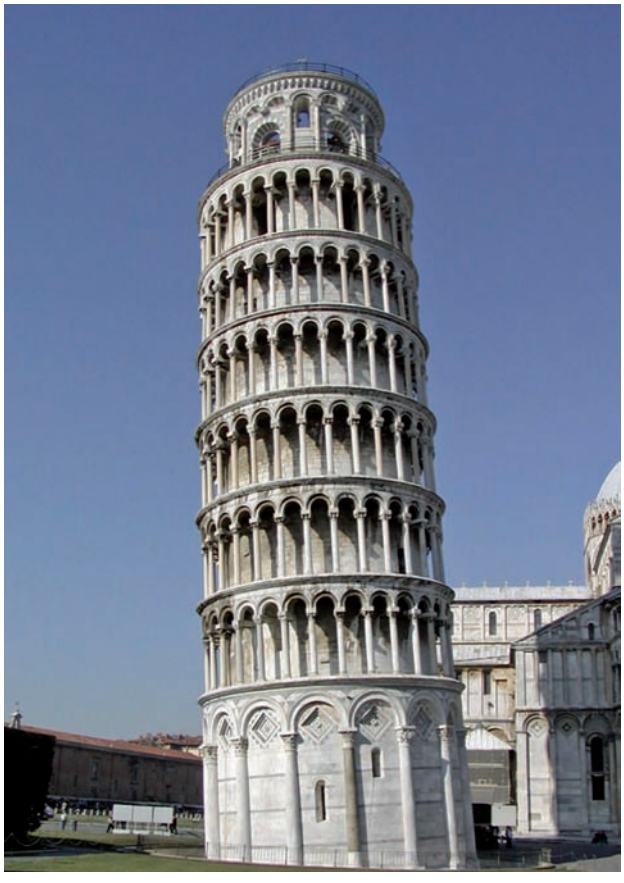
Caro amico,
la vita dell'uomo può essere paragonata ad un continuo slalom, a una corsa fra ostacoli di ogni genere. Anche *la salute e il benessere sono traguardi che devono essere conquistati evitando gli ostacoli*.
Molti comportamenti utili alla salute sono istintivi. Ma non sempre sono sufficienti allo scopo, specialmente quando le predisposizioni genetiche non sono favorevoli. Per certe persone addirittura sembra che sia quasi istintivo seguire comportamenti di vita del tutto nocivi alla salute: per questi potremmo affermare che per l'uomo certe scelte di vita autolesionistiche sembrano essere normali!
Per rimanere a lungo in salute sono necessarie conoscenze che solo la scienza e il buon senso sanno suggerirci. *Rimanere sani a lungo nella vita è quindi spesso una conquista fatta di scelte consapevoli*.
Anche il cuore può ammalarsi a causa di scelte di vita errate, e talora lo fa colpendo a tradimento, spesso in condizioni di apparente e totale buona salute. In questo senso potremmo affermare che molte malattie cardiache sono "vigliacche". È un vero peccato sprecare l'occasione di contribuire con il nostro comportamento a non fare ammalare il cuore e a prolungare il tempo di un vita sana! Nella vita di tutti i giorni sembriamo spesso dimenticare che la vita è nostra e che ne abbiamo una sola!

In Italia, ancor oggi poco meno del 50% delle morti sono causate da malattie cardiovascolari. Al contrario di quanto generalmente si pensa, è molto più dei tumori.
Ora però sappiamo di poter contribuire col nostro comportamento a far sì che anche il cuore possa mantenersi giovane fino alle età più avanzate.
Aggiungere giovinezza e salute agli anni che passano è il compito della prevenzione, una scienza amica dell'uomo, che ci propone le scelte giuste per conservare ancora, a ottant'anni, l'energia necessaria per giocare coi pronipoti.
Le regole utili per la salute del cuore sono semplici. Spesso tanto semplici da sembrare scontate e noiose. Leggere tutti i giorni sulle pagine dei giornali che il fumo, l'aumento del colesterolo, la sedentarietà, un'alimentazione sbagliata, l'obesità, il diabete o l'ipertensione arteriosa fanno male al cuore, può indurre purtroppo una specie di saturazione dell'informazione, un progressivo disinteresse e atteggiamenti di rifiuto e di insofferenza per le regole.
Un certo grado di inconscio fatalismo ci porta inoltre molto spesso ad attribuire agli "altri" il rischio di ammalarsi di cuore se le regole della prevenzione non vengono seguite. Ci accompagna spesso purtroppo nella vita un ingenuo senso di immunità nei confronti degli eventi negativi che possono coinvolgerci. Ne nasce il paradosso che *conosciamo bene quasi tutte le regole della prevenzione per evitare le malattie del cuore, ma facciamo ben poco per metterle in atto.*
Mettere in guardia da questi atteggiamenti è uno dei compiti del medico.
La "medicina basata sull'evidenza", che è quella che ci dà le certezze sugli effetti positivi delle cure, ci conferma che anche le regole della prevenzione sono basate su certezze. Almeno sul piano statistico. Importante è esserne convinti e comportarsi coerentemente.
Seguire con attenzione, perseveranza e consapevolezza le poche e semplici regole della prevenzione, che ci consiglia di evitare i comportamenti a rischio e a curare in tempo le eventuali malattie predisponenti all'infarto e alle altre malattie di cuore, ci persuaderà sul fatto che "aiutare il nostro cuore a rimanere giovane" è possibile, ed è compito di ognuno di noi. E bisogna cominciare da oggi. Domani potrebbe essere troppo tardi. È illogico e doloroso dover vivere poi nel rimpianto di essere stati noi stessi la causa di sofferenze evitabili che ci accompagneranno per tutta la vita. Esserne consapevoli, da uomini razionali, sarà un'utile guida nel percorso non facile di seguire con convinzione e perseveranza le semplici regole per mantenere in forma il proprio cuore.
Ti auguriamo allora che a poco a poco queste regole divengano anche le tue. Così come è tuo anche il tuo cuore. Affermarlo può sembrare banale ma purtroppo ognuno di noi ne ha solo uno e talora sembriamo dimenticarlo. Perché allora rimproverarsi per una vita di esserselo rovinati da soli? La scelta di conservarlo a lungo giovane è nelle tue mani e ora sai che *la salute del cuore è una conquista personale.*
E, a ben pensarci, neanche tanto difficile. La vita premia spesso le persone ottimiste!

Anche le coronarie nel loro piccolo si ...

di **Eligio Piccolo**

Molti grandi medici del passato, compreso il nostro Luigi Condorelli, si erano convinti attraverso l'osservazione clinica che l'angina pectoris, il dolore che spesso porta all'infarto, poteva essere provocato anche da uno spasmo, una strizzatina delle coronarie, oltre che dalla sua causa principale, quella dell'"incrostazione" o della placca nelle pareti del vaso colpito. Gli americani però, quelli USA, specie dopo la constatazione che i loro soldati morti in Corea avevano spesso le coronarie già logorate dall'arteriosclerosi e che negli infartuati post-mortem la causa riscontrata era la stessa, sia pure più avanzata, guardarono sempre con sospetto l'ipotesi dello spasmo. Un concetto che per dei sant ommaso come loro era difficile da toccare con mano. Non ci credettero nemmeno quando uno dei loro più geniali ricercatori, Myron Prinzmetal, lo segnalò nel 1959, oltretutto con buone ragioni, in un caso di angina senza infarto. Lo dovettero accettare solo alla fine degli anni '70 allorché Maseri e il suo gruppo di Pisa lo document arono con immagini coronarografiche così lapalissiane da poterle paragonare, pur con le doverose distanze, alle ferite che cercava di toccare con mano il famoso apostolo.



Ma non fu una resa incondizionata quella dei "conservatori" nordamericani poiché, mentre al di qua dell'Atlantico si riteneva che lo spasmo fosse una componente dinamica, quasi fisiologica delle coronarie, capace di indurre in quelle malate differenti gradi di costrizione fino anche alla completa chiusura; aldilà dell'oceano invece veniva concessa solo come eccezione, quale appunto la famosa angina variante di Prinzmetal. Per la diagnosi della quale si pretendeva 1) un dolore tipico a riposo, 2) una coronarografia con coronarie normali o quasi e 3) la provocazione dello spasmo con un farmaco iniettato in vena. Questa sindrome tuttavia, già poco frequente trent'anni fa, è andata riducendosi nel tempo grazie alle nuove terapie, mentre sono diventate più abituali le forme cosiddette stabili, che poi tanto stabili a mio parere non sono, perché favorite da molti fattori: il freddo, lo sforzo, un'arrabbiatura, un pasto abbondante, l'amplesso e tanti altri, che fanno pensare a una probabile componente dinamica associata, una qualche forma di spasmo appunto. Difficile da dimostrare, ma facile da intuire.
La dimostrazione, sia pure indiretta, ci è arrivata ancora una volta al di qua dell'Atlantico, da un gruppo di ricercatori della Germania e del Regno Unito *(JACC, febbraio 2012)*. I quali, studiando 300 casi di angina stabile con tutti i crismi della corretta coronarografia e della provocazione dello spasmo con l'acetilcolina, osservarono che nei due terzi di coloro che avevano coronarie poco o punto danneggiate il farmaco induceva effettivamente lo spasmo. Il dato più interessante però è che questa costrizione compariva solo nel 45% sui grossi vasi coronarici, quelli visibili radiologicamente, ma la si poteva documentare con altro metodo nel restante 55% nei vasi che non si vedono, quelli piccoli e microscopici. Tutto chiaro quindi? Per me sì, e ci metterei anche un punto esclamativo!
Perché credo che alla fine di tante ricerche e diatribe si possa finalmente concludere che molti doloretti e perfino quelle strane sensazioni di piccola costrizione al petto durante certi eventi emotivi, più frequenti nelle donne, che per tanti anni abbiamo canzonato come isteriche, sensazioni peraltro inoffensive se avvengono nelle persone giovani e sane, ma potenzialmente minacciose di infarto in chi abbia già le coronarie compromesse, siano dovute in realtà allo spasmo. Il quale come tutte le reazioni del nostro organismo può essere innocente, più o meno fisiologico, ma anche capace di scatenare conseguenze nocive, patologiche. Allo stesso modo che un'arrabbiatura può fermarsi all'imprecazione o trascendere nel conflitto.

Le coronarie ed il mito della caverna

di **Francesco Prati**

C'é chi vorrebbe una medicina basata sui numeri e sull'evidenza clinica. Una medicina che non lasci spazio ad incertezze e non abbia dubbi sulla genesi delle malattie.
Purtroppo la medicina, e con essa la cardiologia, non sono scienze esatte. Le conoscenze maturate nel tempo riflettono le osservazioni e le intuizioni dei medici, talvolta geniali proprio perchè scaturite dall'applicazione di metodiche in parte approssimative.
Proviamo ad esprimere questo concetto scomodando Platone ed uno dei temi filosofici più rappresentativi del grande filosofo: il mito della caverna. Prigionieri interpretano le ombre proiettate nel fondo della caverna come espressione della realtà, non potendo osservare in modo corretto il mondo che li circonda.

Le nozioni maturate nel tempo sullo spasmo delle arterie del cuore derivano in gran parte dall'utilizzo di una tecnica di comune impiego in cardiologia: l'elettrocardiogramma. Il segnale elettrico dell'elettrocardiogramma rivela, in presenza di spasmo coronarico, un'ischemia trasmurale. In altre parole, impiegando una terminologia non medica, l'elettrocardiogamma mostra una sofferenza a tutto spessore del muscolo cardiaco dovuta

alla completa interruzione del flusso in un'arteria del cuore, a sua volta causata da un improvviso restringimento coronarico. L'accostamento tra l'ecg e l'ombra della caverna platonica non è azzardato. L'interpretazione dello spasmo attraverso l'ecg non è propriamente immediato.
La coronarografia è più precisa. Rivela la marcata riduzione del lume coronarico in presenza di spasmo, senza tuttavia studiare la placca aterosclerotica sottostante o la parete vasale e soprattutto senza monitorare nel tempo le variazioni del tono vasale.
I medici nordamericani hanno da sempre relegato lo spasmo ad un ruolo marginale, riconoscendo solo la malattia di Prinzmetal, uno spasmo coronarico tanto intenso da essere occlusivo nonostante si verifichi in assenza di lesioni aterosclerotiche. Gli americani sono notoriamente pragmatici e tipicamente meno propensi dei colleghi europei ad interpretare le complesse sfaccettature che compongono la realtà. Anche la clinica e la genesi delle malattie vengono viste in modo dicotomico, preferendo una visione dei problemi in bianco e nero ad una impostazione conoscitiva che tenga conto di più gradazioni di grigio.
Non stupisce che la medicina europea consideri il fenomeno dello spasmo in un ampio ventaglio di situazioni cliniche e che nel lavoro ricordato dal professor Piccolo sia messa in evidenza la possibilita' che persino le piccole arterie distali, che non si studiano con la coronarografia, possano andare incontro allo spasmo.
Sono d'accordo: c'é motivo di credere che parte dei sintomi anginosi a riposo riferiti dai pazienti siano causati da uno spasmo coronarico. Direi anche qualcosa in più. Capita spesso di osservare nei pazienti con infarto miocardico una marcata riduzione del lume della coronaria. Le nuove tecniche di imaging intracoronarico mostrano un restringimento del lume in parte ascrivibile alla placca aterosclerotica complicatasi con il trombo, in parte al restringimento della tunica muscolare. Questa osservazione si accompagna ad un dato epidemiologico non trascurabile: il marcato aumento degli episodi infartuali quando la temperatura diventa rigida. Come dire: se non c'è dubbio che la trombosi è l'ultimo evento che causa l'infarto, non possiamo sottovalutare la componente dell'aumento del tono vasale come fattore predisponente.
Il professor Piccolo ha ragione: con una corretta interpretazione delle ombre della caverna ci siamo avvicinati alla realtà. Lo spasmo è un fenomeno tutt'altro che raro, talvolta semplice comparsa altre volte protagonista di eventi cardiovascolari.

Dimmi come dormi e ti dirò se avrai l'infarto!

di **Filippo Stazi**

Prima o poi capita a tutti. Prima di un esame, di una relazione ad un congresso importante, di una gara sportiva o in concomitanza di particolari momenti di difficoltà personale o familiare. Vai a letto e non prendi sonno e allora ti giri sul fianco destro e poi su quello sinistro, e poi ti metti pancia all'aria, pancia sotto, ma niente...! Gli occhi sono sempre sbarrati. Ti alzi, bevi un bicchiere d'acqua, guardi l'orologio che hai sul comodino, ti rimetti a letto e ti rigiri. E poi ti rigiri ancora, ti sembra sia passato un tempo infinito, guardi di nuovo l'orologio e sono trascorsi solo pochi minuti. Allunghi le gambe, le pieghi, le ristendi ma non c'è niente da fare! I pensieri corrono e il sonno se ne va dietro a loro. Oppure, se anche ti sei addormentato, la sveglia interiore si accende, indifferente ad ogni tua volontà, ancor prima che faccia giorno; troppo presto per essere veramente riposato. O, infine, ci sono quelle notti che scorrono in una continua sfibrante alternanza di sonno e risvegli al termine delle quali sei più spossato di quando ti sei coricato.

Fortunatamente fino a quando l'insonnia è occasionale non costituisce un problema, salvo il momentaneo disagio dovuto alla stanchezza. Per coloro che, invece, hanno disturbi cronici del sonno, quelli in cui la sera si legge negli occhi la paura di andare a letto, la paura di non addormentarsi, la paura di risvegliarsi troppo presto, sono purtroppo in arrivo brutte notizie. Uno studio norvegese recentemente pubblicato su Circulation ha infatti dimostrato che vi è un rapporto tra l'insonnia ed il rischio d'infarto miocardico.

L'insonnia, definita come la difficoltà ad iniziare ed a mantenere il sonno oppure come la percezione soggettiva di una scarsa capacità riposante del dormire, è una condizione estremamente frequente che interessa circa un terzo della popolazione generale e che è spesso intimamente legata ad altre condizioni come ansia e depressione che sono a loro volta responsabili di un aumentato rischio di eventi cardiaci. Nello studio in esame tra 52.610 soggetti seguiti per 11 anni si sono verificati 2.368 casi d'infarto miocardico e la probabilità di tale evento era maggiore tra coloro che presentavano disturbi del sonno.

Non tutte le forme di insonnia sono uguali e infatti sembra che sia peggio non riuscire ad addormentarsi. Coloro che hanno questo tipo di problema hanno infatti un aumento del rischio di infarto di circa il 45% rispetto a chi dorme il sonno del giusto. Un po' meno grave è la conseguenza dei risvegli mattutini precoci, aumento del rischio del 30% ed ancora meno preoccupante, con un aumento di rischio solo del 27%, è la condizione di chi, pur dormendo, non si sveglia sufficientemente riposato Per evitare di aumentare il livello d'insonnia di coloro che tra i nostri lettori già ne sono affetti ricordiamo che gli aumenti a cui facciamo riferimento si riferiscono al cosiddetto rischio relativo. Dire che la difficoltà di addormentarsi si associa ad un aumento del rischio d'infarto del 45% significa, cioè, che il rischio di una data persona è, a causa dell'insonnia, del 45% più alto di quello che sarebbe in assenza dei disturbi del sonno. L'effettivo significato pratico dipende quindi dal profilo di rischio complessivo del singolo individuo. Se il mio rischio d'infarto è basso, ad esempio 2%, l'aumento del 45% si traduce quindi in un aumento trascurabile, dal 2 al 2,9%. Ma se invece, perché ad esempio fumo, sono sovrappeso ed ho una forte familiarità, il mio rischio è già alto, diciamo 20%, l'ulteriore incremento del rischio relativo del 45% si traduce in un rischio che passa dal 20 al 29% con un aumento che diventa quindi significativo.

Dallo studio non è possibile chiarire quale sia il meccanismo che lega l'insonnia all'infarto e, soprattutto, se l'uso di sonniferi e simili sia in grado di ridurre o meno l'associazione del disturbo del sonno con il rischio di eventi cardiaci.

Gli omosessuali ci salveranno?

di **Franco Fontanini**

Gli omosessuali sono in aumento nel mondo, vent'anni fa nei paesi anglosassoni vennero calcolati intorno al quindici per cento della popolazione, oggi si ritiene che siano vicini al trenta.
Crescono i favorevoli e i contrari alla demarcazione, dopo la risicata vittoria dei no all'assemblea plenaria di Strasburgo, entrambe le fazioni si sentono stimolate ad andare avanti.
Tutti i popolari europei omo ed e tero chiedono che vengano elaborate proposte per il riconoscimento reciproco delle differenze sessuali e al consiglio europeo di "riaffermare il principio di eguale trattamento senza distinzione di religione, credo, età e orientamento sessuale".
Una parlamentare olandese molto impegnata qualche mese fa ricordò che il principio del mutuo riconoscimento c'è già per il vino e la birra per cui le sembrava ovvio che venisse applicato anche alle relazioni personali.

San Sergio e San Bacco

Il parlamento di Strasburgo però è titubante e ha ribadito di non accettare definizioni restrittive della famiglia fatte da governi europei già divisi al loro interno da numerose divergenze. Come andrà a finire?
Si dovrà ricorrere all'aiuto di San Sergio e San Bacco, santi protettori messi un po' in disparte, deputati a soccorrerci contro le deviazioni sessuali.

Erano ufficiali romani dislocati in Siria, entrambi consiglieri dell'imperatore Massimiano che, essendosi rifiutati di partecipare ad una festa transessuale pagana, vennero degradati all'istante, l'imperatore li costrinse ad indossare abiti femminili e a passeggiare per le strade della città fra gli schiamazzi e gli insulti del popolo finché vennero uccisi a frustate. Accadde nel 303 e la loro festa ricorre il 7 ottobre.

Una notizia recente da Bruxelles ci ricorda che, fra le tante iniziative rivolte ad abbattere ogni barriera divisoria, è stata fondata l'associazione Rainbow Cops Belgique per gli agenti di polizia omosessuali, uomini e donne, accolta con favore dalla gerarchia federale, che si propone di sensibilizzare i colleghi refrattari e soprattutto di contribuire al chiarimento dei molti problemi da affrontare, con l'obiettivo di porre fine al tabù dell'omofobia, della "diversità" e favorire il loro totale inserimento sociale.

Piaccia o meno è auspicabile che associazioni ed iniziative con questi programmi si diffondano in tutti i paesi ed entrino non solo nelle scuole di polizia.

Viene anche ricordato agli irriducibili sostenitori del "naturale", che l'omofobia è diffusa fra oltre duemila specie di animali e che la crescita fra gli uomini, come già è stato ricordato in altre occasioni su "Cuore e Salute", potrebbe far parte degli ipotizzati "disegni intelligenti" della natura per salvare dai guai della sovrappopolazione il nostro pianeta.

A Bruxelles, per loro spontanea ammissione, lavorano più di quattrocento agenti omosessuali, ma si pensa che moltissimi si siano astenuti dall'outing e che in tutto il Belgio siano almeno quattrocentomila.

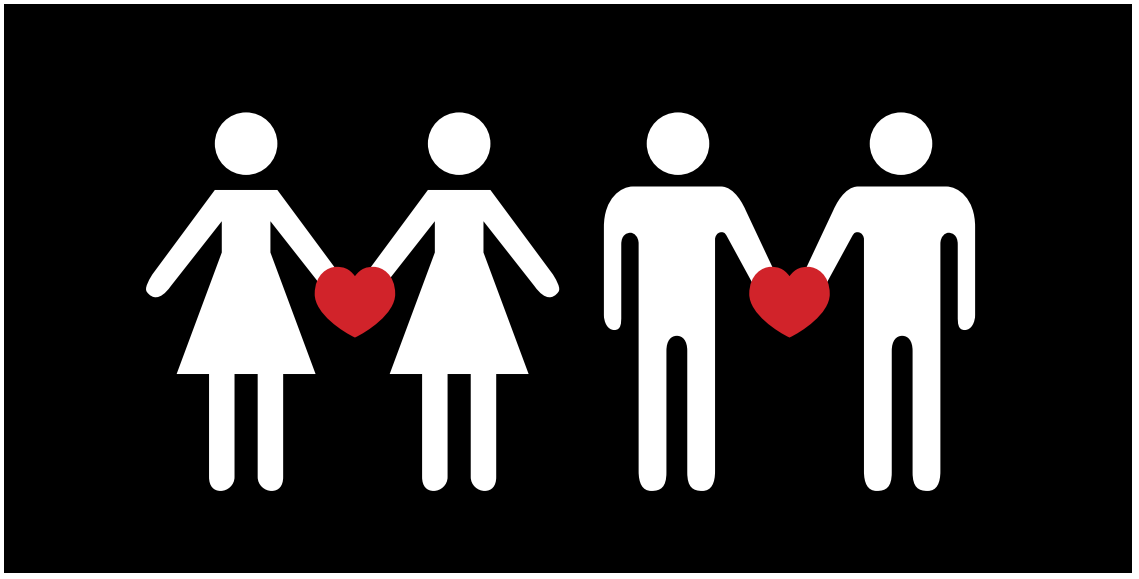
Attualmente i rapporti tra agenti omo ed eterosessuali sono buoni, ma si ritiene che possano ulteriormente migliorare. Ad esempio si citano la tolleranza di Giulio Cesare, dell'Imperatore Adriano, di artisti sommi come Michelangelo e Leonardo.

Non è agevole dimostrare che il mondo, quando gli omofili si pensa fossero più numerosi che oggi, andasse meglio come qualcuno tende a sostenere; una leggenda greca ispirata da Zeus narra che Minosse, il mitico re di Creta, favorisse l'omosessualità al fine di limitare l'incremento demografico ogni volta che questo raggiungeva livelli mal sostenibili nella sua isola.

Qualche antropologo, forse un po' imprudentemente, asserisce che nell'America precolombiana, quando ancora non c'erano coppie stabili e la poligamia e l'omofilia erano una libera scelta, si vivesse meglio di oggi. Confronti di questo tipo non hanno grande validità anche perché la stabilità delle coppie USA è anche oggi assai precaria e la sessualità non è soggetta a grandi restrizioni.

Gli studiosi di biologia animale hanno osservato che nella maggior parte delle specie la sessualità può andare incontro a grandi metamorfosi e, all'occorrenza, trasformarsi spontaneamente in "sistema tampone" che frena l'incremento demografico debordante. Chi può negare che un analogo fenomeno possa, inavvertitamente, prendere campo anche nell'umanità?

Ormai viene ammesso apertamente da parte di politici, sociologi, economisti e psicologi: il pericolo della sovrappopolazione



dell'umanità che comporta il rischio di non avere più cibo a sufficienza, di esagerata crescita dell'aggressività, di incombenti conflitti che assumerebbero una tragicità senza precedenti e, a detta dei più drammatici, di estinzione della nostra specie.
Nessuno può neppure negare che si tratti di evenienze già verificatesi e sviscerate in lontane epoche.
Qualche avvisaglia, come genocidi infantili per carestie, o per abbandono dei neonati c'è già.
Se la causa di tutto questo è la sovrappopolazione e se la natura avesse già predisposto dei possibili rimedi per garantire la nostra sopravvivenza e se la salvezza fosse l'omofilia ci si può anche chiedere se sia giusto definire ancora questa non esaltante prospettiva un atto contro natura da condannare e da vietare.
È progresso e civiltà il congolese che mette al mondo il suo quindicesimo figlio destinato a morire di fame, oppure cambiare le consuetudini coniugali, che non possono in tal caso essere ulteriormente considerate delitti contro natura?
Non si può neppure proporre la castità obbligatoria, perché anch'essa è contro natura e può portare alla denatalità e all'estinzione dell'uomo.
Nell'ultimo dopoguerra è nata una nuova scienza, la polemologia che studia a fondo la guerra quale fenomeno sociale e umano, causa e conseguenza di tutti i nostri guai.
Secondo Gaston Bouthoul l'incremento demografico più di tutto genera la guerra, che oggi può diventare un evento che i futurologi definiscono "pantoclastico", distruzione morbosa di tutto ciò che ci circonda. In casi meno tragici può essere causa di stress, tensione nervosa, turbe mentali, diffusione dell'impulso di morte, nonché della crescita delle malattie cardiocircolatorie che secondo alcuni sarebbe già in atto in vari distretti del nostro pianeta.
Auguriamoci che questi timori catastrofici, causati dalla paura di mutamenti geologici o biologici siano esasperati dalla loro incontrollabilità, ma il limite di sette miliardi di uomini, considerato insuperabile, al quale siamo arrivati, suscita grandi preoccupazioni. È certo che il tempo delle storielle su recchioni e culattoni è finito.

L'omosessualità è un evento biologico che investe molte migliaia di specie di primati, e non può essere sottovalutata; le scimmie antropomorfe che vivono in libertà, in passato argomento di leggende, interessarono già Linneo e Darwin che ne studiarono a lungo anche la somiglianza sessuale, rilevando deviazioni omosessuali, non solamente tra i maschi, quando le condizioni di vita mutavano e si imponevano difficoltà esistenziali. Fra scimpanzè e babbuini osservarono la comparsa di amicizie particolari e comportamenti con palesi analogie con la prostituzione umana che potrebbero essere considerati campanelli d'allarme meritevoli di studio approfondito.
Il controllo estro-progestinico delle nascite potrebbe non essere adeguato all'intero pianeta, l'amore che ha spinto avanti gli uomini per millenni potrebbe essere in scadenza e diventare indispensabile una nuova dimensione morale. Il vero controllo demografico si può attuare al momento solamente col "tampone omosessualità", come è già accaduto in alcune specie animali che si sono sottratte così all'estinzione.
Gaston Bouthoul, padre della polemologia è convinto che la guerra è un fenomeno sociale e umano, causa e conseguenza di tutti i principali nostri problemi e l'omofilia è l'unica possibile difesa. La dirigenza dei boy-scout appare sempre più disposta al dialogo, le recenti disposizioni, grazie al nostro Prandelli, consentono persino l'accesso degli omofili alle rappresentative nazionali di calcio. Perché il nuovo eroe mondiale non potrebbe essere un bomber gay?

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

- *i Sigg. Sergio Platone e Carla Costantini di Forano (RI) in ricordo di* **Ortenzio Picchi**

Foto di Stefano Di Carlo

I diuretici: che grandi farmaci!

di **Vito Cagli**

Potremmo rifarci a Ippocrate che pose le basi concettuali per una terapia capace di allontanare quello dei quattro umori che si trovasse in eccesso nel corpo. Potremmo rifarci all'impiego diffuso del salasso fra '700 e '800, ma ancora in auge nei primi del '900, per dire quanto fosse importante sottrarre liquidi dall'organismo. Ma basterà ricordare cosa avvenne nella seconda metà degli anni '50 del secolo appena trascorso quando clorotiazide prima e poi idroclorotiazide comparvero sulla scena terapeutica. Oscurati forse dall'irruzione degli antibiotici e dei cortisonici che avevano profondamente mutato la prognosi delle malattie infettive e di quelle reumatiche, i diuretici ebbero minore risonanza sugli organi d'informazione e sulle conoscenze della gente comune. Forse l'unica cosa che sotterraneamente circolava era una certa paura nei loro confronti. In realtà i primi diuretici adoperati in clinica erano stati, all'inizio del XX secolo, i diuretici mercuriali la cui tossicità sul rene e sul sistema nervoso poteva non di rado determinare seri inconvenienti. Rimase così il concetto della pericolosità dei diuretici, tanto più che si temeva che il fatto stesso di stimolare la diuresi potesse costituire un pericolo per i reni. Non si poteva certo pretendere da parte dei pazienti un' adeguata conoscenza della fisiologia renale che, se fosse stata posseduta avrebbe messo in chiaro che l'aumento della diuresi legato all'uso dei diuretici non si ottiene "stimolando" i reni a produrre più urina, ma riducendo

il riassorbimento di acqua e di sali a livello dei tubuli renali. Insomma non si trattava di "frustare" i reni, ma piuttosto di attenuarne una funzione e in ciò non era tanto importante la riduzione del riassorbimento dell'acqua, quanto la riduzione del riassorbimento di sali che si traduceva in una loro maggiore eliminazione. In particolare era di fondamentale importanza la perdita per via urinaria del sodio che, sotto forma di cloruro di sodio – il comune sale da cucina – viene introdotto in eccesso nella maggior parte delle popolazioni mondiali ed è causa non dubbia, anche se non unica, dell'ipertensione arteriosa essenziale. Si cominciò a comprendere che eliminare l'eccesso di sale era un obbiettivo fondamentale nella terapia di condizioni morbose caratterizzate dalla presenza di edemi, di congestione dei polmoni, di ipertensione arteriosa. Lo scompenso cardiaco congestizio, l'emergenze dell'edema polmonare acuto e l'ipertensione arteriosa essenziale divennero territori privilegiati per l'impiego di diuretici che si erano venuti arricchendo, dopo i tiazidici, con preparati diversi, come i "diuretici dell'ansa" (furosemide, ecc.), gli antialdosteronici (aldactone, ecc.) e altri.
Si può così comprendere meglio l'importanza dell'introduzione in terapia dei primi diuretici attivi e ben tollerati come i tiazidici e quanto con il loro ingresso sia mutato il trattamento di molte malattie cardiovascolari e non solo di queste.
In un recente articolo Franz Messerli et al. *(Am J Med 2011;124:896-99)* ricordano che tuttora i diuretici tiazidici sono l'antiipertensivo più adoperato negli USA. Tuttavia a distanza di più di 50 anni dalla loro introduzione in terapia va anche detto che la loro efficacia in monoterapia a dosi di 12.5 – 25 mg al giorno si limita a una riduzione media della pressione intorno a 6.5/4.5 mmHg, nettamente inferiore a quella di altri antiipertensivi di comune uso, come gli ACE-inibitori, gli inibitori recettoriali dell'angiotensina, i calcio-antagonisti e i beta bloccanti. Mancano inoltre le prove che la terapia con sola idrocloro tiazide sia in grado di ridurre l'incidenza dell'infarto miocardico, dell'ictus e della mortalità con eguale efficacia rispetto a quella degli antiipertensivi sopra nominati. Anche in associazione agli ACE-inibitori o ai bloccanti recettoriali dell'angiotensina i diuretici tiazidici sarebbero meno efficaci nella prevenzione di malattie e morti cardiovascolari rispetto ai calcio-antagonisti diidropiridinici (amlodipina).
Conclusioni differenti vengono però raggiunte da un'altra rassegna sull'argomento *(Dominic Sica et al. J Clin Hypertens 2011;13: 639-43)* in cui si sostiene che i diuretici tiazidici sono antiipertensivi utili anche come primo farmaco e capaci di ridurre mortalità e malattie cardiovascolari. Gli studi che sostengono queste conclusioni sono stati condotti con dosi di idroclorotiazide di almeno 50 milligrammi al giorno o con 12.5 - 25 milligrammi di un diuretico che viene apparentato ai tiazidici, ma in realtà non lo è: il clortalidone. In combinazione con altri antiipertensivi i diuretici ne potenziano l'effetto di riduzione della pressione. Gli effetti biochimici negativi (aumento della glicemia e dell'uricemia, riduzione della potassiemia)

sono per uno stesso preparato dose-dipendenti. I diuretici dell'ansa non vanno considerati come antiipertensivi di primo impiego, ma trovano indicazione in presenza di scompenso cardiaco congestizio o di insufficienza renale avanzata in cui i tiazidici divengono inefficaci.

Quali insegnamenti possiamo trarre dalla disamina di questi due lavori sulla posizione dei diuretici nella terapia dell'ipertensione arteriosa?

Anzitutto che in medicina non vi sono quasi mai opinioni universalmente e interamente condivise. In secondo luogo che le divergenze tra le conclusioni che vengono raggiunte presentano a volte – come in questo caso – delle spiegazioni abbastanza facili. Se si esaminano studi diversi, con farmaci adoperati in dosi diverse è facile che si possa giungere a conclusioni diverse. Insomma da un lato bisogna evitare di pensare che la medicina sia una scienza esatta con esperimenti che devono portare sempre a conclusioni univoche; ma, dall'altro lato, bisogna evitare di cadere nell'errore opposto di ritenere che si possa sostenere tutto e il contrario di tutto.

Crediamo che il problema che abbiamo brevemente trattato possa riassumersi così:

- i diuretici tiazidici sono far maci importanti, efficaci e a basse dosi (mg 12.5 al giorno) trovano giustamente largo impiego in associazione ad altri farmaci nel trattamento dell'ipertensione arteriosa;
- alle dosi di cui sopra, non possono venir considerati indicati come unica terapia, se non in casi particolari;
- abitualmente debbono venir associati ad ACE-inibitori o a inibitori recettoriali dell'angiotensina (sartani);
- nei casi in cui, per impossibilità di impiegare altri farmaci (allergie, intolleranze, controindicazioni) o per qualsiasi altra considerazione, si decida di impiegare diuretici in monoterapia si potrà far ricorso all'idroclorotiazide alla dose di 50 mg al giorno (eventualmente associata a 5 mg di amiloride) oppure a 25 mg di idroclorotiazide associata a 25 mg di aldactone o a indapamide (2.5 mg/die o 1.5 mg a rilascio prolungato) o al clortalidone alla dose giornaliera di 12.5 – 25 mg;
- in tutti i casi la terapia diuretica richiede controlli periodici di glicemia, uricemia, sodiemia, potassiemia, oltre agli altri comuni esami di laboratorio;
- i diuretici dell'ansa vengono adoperati nell'ipertensione arteriosa soltanto in presenza di una significativa riduzione della funzione renale (creatininemia superiore a 2.5 - 3.0 mg/dl), in cui i tiazidici risultano inefficaci;
- i diuretici anti-aldosteronici usati da soli hanno soltanto indicazioni particolari.

Fibrillazione atriale dopo i 75 anni. Scelte terapeutiche

Intervista di **Filippo Stazi**

Fiorenzo Gaita,
Università degli Studi di Torino

Prof. Gaita, perché si sente parlare sempre più spesso di fibrillazione atriale?
La fibrillazione atriale (FA) è l'aritmia sostenuta di più ampio riscontro nella pratica clinica.
Essa conferisce un aumentato rischio di mortalità e morbilità, secondarie non solo alle complicanze tromboemboliche (cerebrali e sistemiche) o alla possibilità di sviluppare episodi di scompenso cardiaco, ma anche legate al peggioramento della qualità di vita.
La sua prevalenza aumenta all'aumentare dell'età e circa il 70% dei pazienti con FA ha un'età compresa tra i 65 e gli 85 anni. Nei prossimi decenni inoltre, il numero di pazienti affetti da FA è destinato a raddoppiarsi, a causa del progressivo invecchiamento della popolazione generale, in particolare nei paese occidentali.

Perché i soggetti anziani sviluppano più facilmente fibrillazione atriale?

Affinché si generi e si sostenga un'aritmia è necessario un substrato elettro-anatomico, un innesco e una modulazione nervosa da parte del sistema simpatico e parasimpatico. Nei soggetti anziani questi fenomeni sono legati non solo alla presenza di comorbidità cardiologiche ed internistiche quali l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito, la cardiopatia ischemica, la cardiopatia valvolare, il cuore-polmonare cronico ma anche a modificazioni "fisiologiche" del miocardio atriale dovute alla senescenza stessa.

Anche dal punto di vista clinico i pazienti anziani sono differenti dai soggetti più giovani: spesso alla diagnosi presentano forme di fibrillazione atriale di carattere persistente o long-standing. Questo in parte è spiegabile col fatto che il paziente anziano presenta spesso una concomitante patologia del nodo atrio-ventricolare che comporta una riduzione della frequenza ventricolare media in corso di aritmia; inoltre i pazienti anziani presentano frequentemente concomitanti patologie o comorbidità quali la cardiopatia ischemica e l'ipertensione arteriosa che richiedono l'uso di beta-bloccanti o calcio antagonisti non diidropiridinici che possono rallentare la frequenza cardiaca e rendere il paziente meno sintomatico in corso di aritmia; infine il paziente anziano, limitandosi funzionalmente, può non percepire i sintomi legati alla ridotta tolleranza allo sforzo fisico.

Questi elementi non invogliano il medico ad intervenire poiché il paziente è scarsamente sintomatico, riducendo quindi la probabilità di riportare e mantenere in ritmo sinusale con successo il paziente.

In cosa consiste il trattamento della fibrillazione atriale nell'anziano?

Il trattamento della FA, tanto nell'anziano quanto nella popolazione generale, prevede 3 punti cruciali:

- la prevenzione del rischio tromboembolico;
- il controllo dei sintomi;
- il controllo della frequenza ventricolare media.

Questi obiettivi possono essere raggiunti sia col controllo del ritmo, associato alla terapia anticoagulante orale necessaria in caso di un punteggio CHA_2DS_2VASC >2, sia con il controllo della frequenza ventricolare media in corso di FA, sempre associato alla terapia anticoagulante orale in caso di un punteggio CHA_2DS_2VASC >2.

Nella pratica clinica mentre nel soggetto giovane la prima rappresenta la strategia più seguita dal medico, nel soggetto anziano viene in genere seguita la seconda opzione terapeutica.

Nel paziente anziano, sia la terapia anticoagulante orale, sia la scelta del controllo del ritmo sono di difficile esecuzione e pertanto vengono indicate e utilizzate in misura differente rispetto ad una popolazione più giovane.

Come si può ridurre o prevenire il rischio tromboembolico?

Il rischio di ictus ischemico nella popolazione con FA è 5 volte maggiore rispetto alla popolazione generale; in particolare la fi-

brillazione atriale è responsabile di circa il 20% di tutti gli eventi ischemici cerebrali sintomatici. Nei pazienti anziani con età superiore a 80 anni questa percentuale sale al 25-30%. Punto cruciale quindi nel trattamento dei pazienti con fibrillazione atriale è la terapia antitrombotica. In accordo con il nuovo schema di stratificazione del rischio tromboembolico dei pazienti affetti da FA (CHA_2DS_2-VASC), i pazienti di età superiore a 75 anni, in virtù dell'età stessa, hanno un punteggio di 2 se di sesso maschile, di 3 se di sesso femminile, pertanto, secondo le più recenti linee guida sul trattamento della FA, risulterebbero essere tutti candidati alla terapia anticoagulante orale. Infatti il rischio annuo di questi soggetti di sviluppare un evento avverso di natura tromboembolica oscilla dal 4 al 15% circa, a seconda della concomitante presenza di ipertensione, diabete mellito, pregressi episodi di scompenso cardiaco, pregressi eventi tromboembolici etc. La terapia anticoagulante orale riduce del 70% tale rischio, con una riduzione della mortalità del 30% circa, ma, com'è noto, i farmaci attualmente disponibili (warfarin e dicumarolici) presentano caratteristiche tali per cui il loro corretto utilizzo nella pratica clinica è limitato. Nella gestione del paziente anziano si parla di paradosso dell'anticoagulazione secondo cui tanto più il paziente avrebbe bisogno di ricevere un'adeguata terapia anticoagulante orale e tanto meno viene trattato. I pazienti anziani presentano difficoltà diverse nella gestione della terapia anticoagulante orale: in primo luogo una scarsa compliance nell'assunzione e gestione del corretto range terapeutico dettata anche dalla frequente concomitante assunzione di farmaci (quali FANS, antidolorifici) che interferiscono con warfarin e dicumarolici.

Nell'anziano inoltre sono aumentate le problematiche di natura epatica e renale che alterano l'assorbimento, il metabolismo e l'escrezione del farmaco. Particolarmente importanti sono le difficoltà riscontrate dall'anziano nell'affrontare i "trasferimenti" fisici e terapeutici che la terapia anticoagulante comporta (prescrizione degli esami presso il curante per il controllo dell'INR, afferenza ad un centro deputato al prelievo di sangue e controllo della coagulazione, adeguamento dei dosaggi da parte del curante...). Infine il medico spesso ha paura di somministrare la terapia anticoagulante orale per l'aumento che essa comporta del rischio emorragico.

Alla luce di queste considerazioni, si osserva un sottoutilizzo della terapia anticoagulante orale nel paziente anziano e spesso i pazienti trattati non raggiungono un adeguato profilo di anticoagulazione con valori di INR sub-terapeutici (< 2). L'uso alternativo degli antiaggreganti, in particolare l'aspirina, offre una riduzione del rischio di ictus ischemico cerebrale pari solo al 20% con un effetto che si riduce gradualmente all'aumentare dell'età, in particolar modo dopo i 77 anni. Anche l'associazione aspirina e clopidogrel ha dimostrato una riduzione del rischio di stroke (inferiore rispetto al warfarin), ma con un aumento del rischio emorragico.

Più recentemente sono state approvate

nuove classi di farmaci anticoagulanti orali: gli inibitori diretti della trombina (dabigatran) e gli inibitori del fattore Xa (apixaban, rivaroxaban).
Il dabigatran si è dimostrato in uno studio multicentrico randomizzato non inferiore al warfarin nella riduzione del rischio tromboembolico sia al dosaggio pieno di 150 mg due volte al giorno (bid) sia al dosaggio di 110 mg bid, con una minor prevalenza di complicanze emorragiche soprattutto a livello cerebrale. Particolare attenzione deve essere fatta nei pazienti anziani con insufficienza renale e filtrato glomerurale inferiore a 30 ml/min: in questi soggetti è consigliata una riduzione del dosaggio a 110 mg bid. L'apixaban e il rivaroxaban si sono recentemente dimostrati efficaci nel ridurre il rischio tromboembolico di circa il 30% rispetto al warfarin, con una riduzione del 50% del rischio di emorragie cerebrali.

Veniamo ora all'annosa domanda: controllo della frequenza ventricolare media o controllo del ritmo cardiaco?
Studi randomizzati condotti su pazienti con fibrillazione atriale confrontando le due strategie terapeutiche farmacologiche (controllo della frequenza ventricolare media versus controllo del ritmo) non hanno apparentemente evidenziato nessuna differenza in termini di outcomes clinici (ospedalizzazioni, stroke, mortalità...) nel ripristinare e mantenere il ritmo sinusale, nonostante sia stata evidenziata una chiara correlazione tra la fibrillazione atriale e gli eventi avversi di natura cardiovascolare. Alla luce di questa considerazione, in generale, nel paziente anziano sintomatico la prima opzione terapeutica è rappresentata dalla strategia di controllo della frequenza ventricolare media, mediante l'uso di beta-bloccanti, calcio-antagonisti non-diidropiridinici e digossina. Le precedenti linee guida sul trattamento della fibrillazione atriale raccomandavano il mantenimento di una frequenza ventricolare media a riposo inferiore a 80 battiti/minuto. Più recentemente invece lo studio RACE II ha dimostrato come non sussistano differenze in termini di benefici clinici tra uno stretto controllo della frequenza ventricolare media rispetto a un controllo più "moderato" ritenendo accettabile un controllo della frequenza media a riposo intorno ai 100 bpm.
La scelta da parte del medico per il controllo del ritmo cardiaco nell'anziano è di solito legato ai sintomi. Anche i farmaci antiaritmici presentano una ristretta finestra di efficacia, richiedono una buona compliance nell'assunzione, presentano possibili effetti proaritmici rappresentati non solo dalla torsione di punta, ma anche e soprattutto dall'aggravamento di una sick sinus syndrome, situazione clinica che rappresenta la più frequente causa implicata nella genesi della fibrillazione atriale nell'anziano. Proprio dagli studi precedentemente citati si evince che il mantenimento del ritmo sinusale e la terapia anticoagulante orale riducono del 50% il rischio di morte nel paziente con FA, mentre l'uso di farmaci antiaritmici raddoppia tale rischio.
Tutti i farmaci antiaritmici possono peggiorare una sick sinus syndrome, quello a

minor azione cronotropa negativa è l'amiodarone a bassi dosaggi, ma a causa della sua possibile tossicità extracardiaca, sono necessari controlli regolari della funzionalità tiroidea, epatica e polmonare.
Più recentemente, il dronedarone si è dimostrato essere più sicuro del suo capostipite amiodarone, con iniziale dimostrazione (ATHENA) di una buona tollerabilità e un buon profilo di sicurezza anche nel soggetto anziano. Studi più recenti (DYONISOS) e note delle agenzie nazionali e internazionali per la monitorizzazione del farmaco hanno evidenziato che la percentuale di effetti avversi è circa del 10% (principalmente complicanze di natura gastroenterologica) e il farmaco può essere causa, soprattutto nell'anziano, di complicanze epatiche severe. Si richiede quindi almeno nei primi 6-12 mesi un'attenta monitorizzazione non solo della funzionalità renale (via di escrezione elettiva) ma anche e soprattutto della funzionalità epatica.
Infine, dai dati dello studio PALLAS, la sua somministrazione negli ultra 65enni con FA permanente è sconsigliata per un significativo peggioramento di outcomes clinici come lo stroke, l'ospedalizzazione per cause cardiovascolari e la morte.

Considerato che le problematiche più importanti sono legate alla scarsa compliance e all'effetto pro-aritmico dei farmaci che ruolo ha l'ablazione nel paziente anziano?

Una delle strategie ablative maggiormente utilizzate oggi nella pratica clinica è rappresentata dall'isolamento delle vene polmonari nelle forme di FA di carattere parossistico, mentre nelle forme di carattere persistente o longstanding esso si associa all'esecuzione in atrio sinistro di linee e/o all'ablazione dei potenziali frammentati. Le percentuali di successo variano dal 75% all'85% ad un anno dalla procedura in base al tipo di schema utilizzato e al tipo di fibrillazione trattata, con una probabilità del 30 - 35% a lungo termine di eseguire una seconda procedura. Le complicanze periprocedurali variano da registro a registro con dati riportati intorno al 4 - 5%. Di queste, lo 0.5 - 0.9% è rappresentato dagli eventi tromboembolici sintomatici e circa l'1% dal tamponamento cardiaco. La morte quale complicanza dell'ablazione è riportata nell'1‰ dei casi. Questi dati si riferiscono alle più ampie casistiche mondiali, in cui l'età media dei pazienti è compresa tra i 55 e i 60 anni.
In letteratura sono disponibili pochi studi condotti elettivamente su popolazioni di soggetti anziani (con età > 65 anni): si tratta perlopiù di studi di natura retrospettiva condotti su piccole popolazioni di pazienti, seguite per brevi periodi di tempo.
Analizzando gli studi disponibili in letteratura, come prima cosa si evince che solo il 10% circa della popolazione trattata con ablazione transcatetere ha più di 70 anni di età. Anche nella nostra esperienza su 2049 procedure eseguite fino ad oggi, solo il 10% dei pazienti sottoposti ad ablazione di FA presentava più di 70 anni, il 6% più di 75 anni e circa l'1% ne presentava più di 80. In secondo luogo il successo procedurale a breve termine (mediamente 18 mesi di fol-

low up), inteso come mantenimento del ritmo sinusale (con o senza farmaci, indipendentemente dallo schema ablativo utilizzato) risulta essere pari all'80% con una percentuale di complicanze del 4.5%. Sono tuttavia necessari studi prospettici randomizzati condotti selettivamente su pazienti anziani per confrontare l'approccio non invasivo per il mantenimento del ritmo sinusale (terapia farmacologica) versus la terapia ablativa per verificare esattamente quale sia la migliore opzione terapeutica, in termini di efficacia e sicurezza, in questa popolazione.

Che conclusioni possiamo derivare da questa nostra conversazione?

La fibrillazione atriale è una patologia tipica dell'anziano che determina non solo un aumentato rischio di stroke e morte ma anche un peggioramento della qualità di vita. La terapia anticoagulante rappresenta un punto fondamentale nella gestione di questi pazienti, nonostante ciò, ad oggi, viene correttamente effettuata in meno del 50% dei soggetti che la assumono. La terapia farmacologica per il mantenimento del ritmo sinusale nei soggetti anziani si accompagna più facilmente alla comparsa di effetti collaterali legati alla presenza di comorbidità cliniche e spesso risulta difficile ottenere una buona aderenza alla terapia da parte del paziente, pertanto la prima opzione terapeutica rimane in molti casi la scelta del controllo della frequenza ventricolare media.

I dati della letteratura, seppur di natura retrospettiva, indicano che l'ablazione transcatetere rappresenta un'opzione efficace e sicura, ma dai registri internazionali risulta che meno del 10% circa dei pazienti ablati ha un'età superiore a 70 anni. Questo probabilmente dipende in parte dalle limitate possibilità strumentali ed economiche nell'effettuare a tutti i pazienti con fibrillazione atriale una procedura di ablazione, per cui si preferisce impiegare le risorse sanitarie e tecniche per un soggetto più giovane; in parte dipende forse anche da una "convinzione" della classe medica secondo cui il soggetto anziano non sia un "giusto" candidato al ripristino del ritmo sinusale, ma che possa evolvere, vista l'età, in fibrillazione atriale permanente.

Sicuramente, in presenza di un soggetto anziano attivo e sintomatico, a parità di condizioni generali rispetto ad un soggetto giovane, l'ablazione transcatetere della FA non deve essere esclusa solo per l'età in quanto non ci sono differenze in termini di efficacia ed effetti collaterali rispetto ad una popolazione più giovane.

Ha ancora senso individuare un valore soglia nella riduzione del colesterolo?

Intervista di **Filippo Stazi**

Claudio Cavallini,
Ospedale S. M. della Misericordia, Perugia

Dr. Cavallini la presenza di una correlazione tra i valori della colesterolemia totale ed il rischio di coronaropatia è ormai dimostrata inequivocabilmente?
Direi di si. Il Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT), il Seven Countries Study, lo studio Whitehall ed altri importanti studi epidemiologici osservazionali, come lo studio Framingham hanno tutti in modo concorde concluso che la presenza di elevati livelli di colesterolo si accompagna ad un incremento significativo e pressoché lineare della morbilità e della mortalità cardiovascolare.
L'esistenza di una stretta associazione tra ipercolesterolemia e malattia aterosclerotica è stata ancora supportata, oltre che da studi di epidemiologia osservazionale, anche da studi clinici di intervento con farmaci ipocolesterolemizzanti, di prevenzione primaria e secondaria.
Trials clinici storici con farmaci ipocolesterolemizzanti in prevenzione primaria, quali il WOSCOPS e l'AFCAPS-TEXCAPS, trials di prevenzione secondaria, quali lo studio CARE ed il 4S, hanno dimos trato che la riduzione della colesterolemia si accompagna ad una riduzione significativa del rischio cardiovascolare.

La riduzione aggressiva della colesterolemia ottenuta impiegando statine di ultima generazione o statine ad alte dosi comporta un beneficio aggiuntivo in termini di riduzione della colesterolemia e del rischio cardiovascolare?

Questo è quanto emerso in studi essenzialmente di prevenzione secondaria, quali lo studio HPS, il TNT ed il PROVE-IT.

Ognuno di questi studi ha consentito di poter affermare che il tipo di relazione esistente tra riduzione della colesterolemia e riduzione del rischio cardiovascolare è lineare, per lo meno portando la colesterolemia LDL fino a circa 70 mg/dl. In altre parole, non sembra esistere, ad oggi, un valore soglia della colesterolemia al di sotto del quale non si sia continuato ad osservare una continua riduzione del rischio cardiovascolare. A confermare sul piano morfologico questo concetto, vengono i risultati degli studi REVERSAL ed ASTEROID, che hanno mostrato come la riduzione aggressiva della colesterolemia LDL con statine ad alte dosi si accompagni ad un rallentamento della progressione o addirittura un'iniziale e significativa regressione della malattia aterosclerotica coronarica evidenziabile mediante IVUS o coronarografia.

Sebbene il beneficio clinico che può essere ottenuto con l'uso di statine è direttamente proporzionale al livello di rischio del paziente trattato, risulta altrettanto chiaro che anche in soggetti a più basso rischio, l'impiego delle statine si conferma come un approccio terapeutico di sicura efficacia clinica nel migliorare la prognosi cardiovascolare. Danno supporto a questo concetto tutte le osservazioni derivate dai trials di prevenzione cardiovascolare con statine che dimostrano in modo inequivocabile che, anche in pazienti con livelli di colesterolo normali, la riduzione della colesterolemia continua ad associarsi ad una sensibile riduzione del rischio cardio e cerebro-vascolare.

Allo scopo di sottolineare l'importanza che riveste la riduzione della colesterolemia tanto nella prevenzione primaria che in quella secondaria della malattia cardiovascolare su base aterosclerotica, è stato quindi proposto il concetto "the lower is better".

Se è vero che un numero significativo di eventi cardiovascolari si realizza in pazienti con elevati livelli di colesterolo, è altrettanto vero che una percentuale elevata di eventi vascolari maggiori si presenta in pazienti con colesterolemia pressoché normale, pur in assenza di altri fattori di rischio cardiovascolare tradizionale noti. Qual è la sua opinione al riguardo?

Questo dato si presta a diverse possibili interpretazioni. Una possibilità è che i livelli di colesterolo che abbiamo considerato fino ad oggi normali non siano da considerare tali. Alternativamente c'è chi invece sostiene che andrebbe riservata una maggiore attenzione all'identificazione di nuovi fattori in grado di influenzare negativamente la prognosi cardiovascolare. L'identificazione di nuovi indicatori subclinici della malattia aterosclerotica potrebbe consentire di stratificare meglio il rischio del paziente portatore o meno di altri fattori di rischio cardiovascolare e pos-

sibilmente fornire un bersaglio aggiuntivo ai nostri interventi di prevenzione del rischio cardiovascolare.
I fattori di rischio cardiovascolare tradizionali, inclusa l'ipercolesterolemia, sono tutti capaci di favorire l'attivazione di uno stato infiammatorio sistemico di basso grado. Indipendentemente dal fattore responsabile dell'attivazione della cascata infiammatoria, è certo che uno stato flogistico sistemico di basso grado rappresenta una condizione capace di aggravare la prognosi sia di pazienti sopravvissuti ad un evento acuto cardiovascolare che di quelli apparentemente sani.
Numerosi studi hanno sugg erito l'utilità prognostica che la determinazione di marcatori umorali di flogosi riveste in soggetti con angina pectoris stabile ed instabile. Diversi studi prospettici hanno poi confermato il potere predittivo di tali indicatori di flogosi anche in soggetti apparentemente sani (MRFIT, PHS, MONICA, QCS, CHS).
Il National Heart Lung and Blood Institute ha di recente sottolineato la necessità di inserire alcuni marcatori umorali di flogosi tra i nuovi potenziali indicatori di rischio cardiovascolare. Livelli ematici elevati di proteina C-reattiva e di altre cosiddette "proteine della fase acut a", citochine pro-infiammatorie, chemochine, molecole di adesione leucocitaria, tutti marcatori di uno stato flogistico in atto, si associano ad un maggior rischio di eventi cardiovascolari.
Acquisizioni più recenti, infine, derivate per lo più da analisi post-hoc di trials con statine, hanno permesso di osservare che la protezione cardiovascolare prodotta dall'uso delle statine in pazienti ipercolesterolemici sembra essere più evidente in quelli che hanno livelli più alti di proteina C-reattiva.

Di recente, lo studio JUPITER ha fornito nuovi elementi per chiarire il ruolo della proteina C-reattiva nella fisiopatologia delle malattie cardiovascolari. Ce li può illustrare?
Lo studio JUPITER ha coinvolto oltre 17.000 soggetti con livelli normali di colesterolo LDL, ma livelli elevati di proteina C-reattiva, trattati con rosuvastatina 20 mg o placebo. Il trial è stato interrotto prematuramente dopo circa 2 anni di follow-up, alla luce dei forti benefici in termini di riduzione del rischio cardiovascolare osservati nel gruppo trattato con rosuvastatina. Nei pazienti trattati con statina si è osservata una riduzione del 44% rispetto al placebo dell'end point primario (infarto del miocardio non fatale, ictus non fatale, ospedalizzazione per angina instabile, rivascolarizzazione e morte per cause cardiovascolari). Si è inoltre osservata una riduzione del 55% del rischio di infarto miocardico non fatale, del 48% del rischio di ictus e del 47% del rischio di infarto miocardico, ictus e morte cardiovascolare. Lo studio ha anche dimostrato che la percentuale più bassa di eventi cardiovascolari era evidente nei soggetti che hanno raggiunto il duplice target di LDL < 70 mg/dl e PCR < 2 mg/l.
Lo studio JUPITER potrebbe consentire di trarre alcune conclusioni di ordine clinico, soprattutto se i suoi risultati saranno confermati in trials aggiuntivi. La prima conclusione è che in soggetti in prevenzione

primaria a rischio basso-intermedio e con colesterolemia normale, l'impiego della statina si accompagna ad una riduzione significativa del rischio cardiovascolare. Resta tuttavia da sottolineare che, pur nell'ambito di una colesterolemia normale e di un rischio complessivo non elevato dei pazienti arruolati, anche nello studio JUPITER si è osservato un maggior beneficio del trattamento con statina nei pazienti a maggiore rischio.

Una seconda conclusione che sembra emergere dallo studio JUPITER è che la presenza di livelli di proteina C-reattiva aumentati potrebbe costituire l'indicatore che in prevenzione primaria può indirizzare nella scelta di iniziare una terapia farmacologica con statina. In merito a questo aspetto, vista l'unicità del risultato citato, derivante tra l'altro da uno studio interrotto prematuramente, è opportuno conservare un certo grado di cautela prima di confermare questa interpretazione.

Infine, un'ulteriore conclusione che potrebbe essere dedotta dallo studio JUPITER è che la riduzione dei livelli di proteina C-reattiva ottenuta mediante la somministrazione di rosuvastatina si accompagna ad una riduzione del rischio cardiovascolare anche se non è ancora chiaro se tale effetto sia indipendente o meno dalla concomitante riduzione della colesterolemia.

Dr. Cavallini qual è il messaggio conclusivo che possiamo lasciare ai nostri lettori?

Sulla base dei dati disponibili ad oggi, si può concludere che non è stato ancora identificato un valore soglia di colesterolemia al di sotto del quale non si continui ad osservare una riduzione del rischio cardiovascolare. Il livello di rischio globale del paziente rappresenta ancora il parametro principale che dovrebbe condizionare l'inizio di una terapia con statina. I risultati dello studio JUPITER, infine, se da un lato confermano l'assoluto beneficio derivante dalla riduzione della colesterolemia anche nel paziente con colesterolo normale, dall'altro forniscono elementi preliminari, ma non ancora definitivi, a favore della possibilità che la misurazione della proteina C-reattiva possa indirizzare verso una terapia farmacologica ipocolesterolemizzante nel paziente in prevenzione primaria.

tra i libri ricevuti

Qualche secondo di buonumore

CORSO DI FORMAZIONE per uomini [Prima parte]

TEMA DEL CORSO
diventare intelligente quanto una donna (quindi essere perfetti)

Obiettivo pedagogico:
corso di formazione che permette agli uomini di sviluppare quella parte del cervello della quale ignorano l'esistenza.

PROGRAMMA
4 moduli di cui uno obbligatorio + 14 temi speciali di approfondimento

MODULO 1: **CORSO BASE OBBLIGATORIO**
- 1.1 imparare a vivere senza la mamma (2000 ore)
- 1.2 la mia donna NON è MIA MAMMA (350 ore)
- 1.3 capire che calcio e formula 1 non sono altro che sport (500 ore)

MODULO 2: **VITA A DUE**
- 2.1 avere bambini senza diventare geloso (50 ore)
- 2.2 smettere di dire boiate quando la mia donna riceve i suoi amici (500 ore)
- 2.3 vincere la sindrome del telecomando (550 ore)
- 2.4 non fare la pipì fuori dal water (100 ore, esercizi pratici con video)
- 2.5 riuscire a soddisfare la mia donna prima che cominci a far finta (1500 ore)
- 2.6 come arrivare fino al cesto dei panni sporchi senza perdersi (500 ore)
- 2.7 come sopravvivere ad un raffreddore senza agonizzare (300 ore)

MODULO 3: **TEMPO LIBERO**
- 3.1 stirare in due tappe (una camicia in meno di due ore: esercizi pratici)
- 3.2 digerire senza ruttare mentre lavo i piatti (esercizi pratici)

MODULO 4: **CORSO DI CUCINA**

Livello 4.1 (principianti)
Gli elettrodomestici: on = acceso off = spento

livello 4.2 (avanzato)
La mia prima zuppa precotta senza bruciare la pentola

Esercizi pratici
Far bollire l'acqua prima di aggiungere gli spaghetti

>>> *continua sul prossimo numero*

René Geronimo Favaloro:
l'oriundo del bypass coronarico

di **Massimo Pandolfi**

Si sentì chiamare, una, due, più volte. Suo fratello e la segretaria lo stavano cercando da tutte le parti, evidentemente preoccupati. Ma René non aveva voglia di rispondere: stava facendo il consuntivo di tutta una vita, la sua. Voleva capire cosa non aveva funzionato, perché mai il debito con le banche era cresciuto fino a dimensioni mostruose. Perché il Presidente non aveva risposto alla sua lettera, come mai tutti sembravano averlo abbandonato. Giocherellò ancora con la pistola, poi si rituffò nel mare dei suoi pensieri.

Aveva sempre desiderato di fare il medico: i suoi genitori, Gian Battista e Ida, si erano rotti la schiena per far studiare i figli, René e Juan José, dai nomi argentini anche se le radici erano rimaste nelle Eolie, a Val di Chiesa, nella bella isola di Salina. I Favaloro erano emigranti come tanti, nel loro caso rovinati dalla fillossera che aveva distrutto i vigneti portandoli oltre l'orlo della miseria, ma il nuovo mondo al di là dell'oceano aveva consentito di ricominciare.

Si erano laureati e con entusiasmo avevano accettato il primo lavoro, in quel paesino perso nella Pampa argentina, Jacinto Arauz. Il medico che aveva chiesto sostegno, il dottor Rachou, aveva presto lasciato loro il passo, stroncato dalle troppe sigarette e dall'inesorabile male al polmone.

Per i fratelli Favaloro era cominciata una vera e propria avventura, fatta di visite a cavallo, di operazioni coraggiose, di una attività da manovali per costruire la sala operatoria, la corsia di 23 letti, per collocare l'apparecchio dei raggi X nella vecchia casa che era stata loro donata.

Ma a René tutto questo non bastava: sapeva che la sua vera passione, la chirurgia toracica, non poteva essere esercitata a Jacinto Arauz. Così ne parlò con uno dei suoi maestri, il Professor Mainetti, che gli indicò la strada per realizzare i suoi sogni. Doveva andare a Cleveland dove il Dr. George Crile gli avrebbe dato indubbiamente una mano.
Ricordava la trepidazione per il suo primo volo, la paura che il suo inglese scolastico non fosse sufficiente a farsi capire, la prima insonne notte al Bolton Square Hotel vicino alla Clinica Chirurgica di Cleveland. Ripensò alla torta di cui aveva sentito tanto parlare, l'American Pie, che l'aveva disgustato a tal punto che non poteva sentirne più nemmeno l'odore.
E poi gli incontri con coloro che sarebbero stati i suoi mentori, gli anni duri di apprendistato, le infinite coronarografie del dottor Mason Sones, l'intuizione, il primo intervento.
Volti amichevoli, attimi felici: furono gli anni migliori, quelli della scalata al monte delle sue conoscenze: ricordava l'acquisto della sua prima auto, una Valiant rossa seminuova che scoprì di poter pagare a rate, fedele accompagnatrice dell'entusiasta René e della giovane moglie Toni in quelle che potremmo chiamare gite fuori porta, nei rari momenti liberi.
E come non ricordare la partita tra scapoli e ammogliati, tra esuli argentini, durata all'infinito dato che l'arbitro era il padre di uno scapolo, ostinato nel non fischiare la fine fino a quando la squadra del figlio non siglò il 2 a 2 che chiuse i tempi per modo di dire regolari.
E infine l'intuizione, il bypass con safena su coronaria, il primo di una lunga serie. Era il 9 maggio 1967 quando operò, con successo confermato 20 giorni più tardi dall'amico Mason Sones, una donna di 51 anni con occlusione prossimale della coronaria destra. Fu solo l'inizio, fino a che il cerchio si completò finalmente con il ritorno in patria. Era il 1971 e nella valigia Favaloro non portava solo i ricordi degli anni trascorsi a Cleveland, ma il disegno di una precisa organizzazione che gli avrebbe consentito di aprire, nella sua Argentina, un centro cardochirurgico simile a quello dove aveva lavorato in quegli anni. Così nacque nel 1975 la Fondazione Favaloro, aperta a tutti, soprattutto ai meno fortunati, in cui malattia e miseria spesso costituivano un connubio mortale. Era arrivato ad avere fino a 450 ricoverati.
Nel 1992 inaugurò a Buonos Aires l'Istituto di Cardiologia e Cardiochirurgia della Fondazione Favaloro, con il motto "La tecnologia più avanzata al servizio dell'umanesimo medico". Furono anni esaltanti: partecipò a trasmissioni televisive, ricevette premi ed onori, fino a quando la crisi, nel 2000, mise in ginocchio l'Argentina e chi, come lui, aveva pensato agli altri e non a se stesso.
Pensò che in fondo era tutta colpa sua, della sua ingenuità, della sua cieca fiducia negli altri. Doveva dare un segnale, forse quello sarebbe servito.
Il colpo di pistola fece trasalire il fratello e gettò nella disperazione chi lo aveva conosciuto e amato. Il presidente Fernanda de La Rua dichiarò di non aver mai letto la richiesta di aiuto di René Favaloro.

I misteri della morte improvvisa

di **Eligio Piccolo**

Mi scusino i lettori se tratto un argomento così scabroso, che anzi mi fa venire quasi un senso di colpa. Non vorrei infatti lo si interpretasse come certe seduzioni giornalistiche alla ricerca di notizie shoccanti. Piuttosto vi sono indotto dal desiderio di stemperare un problema tanto allarmante quanto fortunatamente raro. Morte improvvisa per noi cardiologi vuol anche dire inaspettata, quindi non lo sono di certo quelle conseguenti a cardiopatie gravi, nelle quali il cuore è talmente scompensato o predisposto all'aritmia finale da doversi purtroppo affidare alla buona sorte o all'ICD, il defibrillatore impiantabile. Mi riferisco invece a quelle fibrillazioni ventricolari in cuori apparentemente sani che si concludono o con una sincope prima che il cervello diventi irrecuperabile, oppure nascono già di per sé come definitive. Spesso per questi sventurati, se non lo sapevano prima di correre quel rischio, i famigliari non lo sapranno nemmeno dopo perché il perito settore chiamato ad eseguire l'autopsia, a differenza di quello del commissario Montalbano che riesce a scoprire anche cosa aveva pensato il de cuius prima di diventarlo, non trova assolutamente nulla, un cuore del tutto normale.

Molte di queste situazioni vengono classificate come malattie dei canali jonici, perché il meccanismo che porta alla formazione di quelle aritmie pericolose è "microscopico", spesso legato a fattori genetici, dovuto per l'appunto ad anomalie propr io nell'intimo processo degli scambi elettrochimici delle cellule del nostro cuore. Non mi posso addentrare ulteriormente in questa descrizione, non solo per non farvi perdere quel tenue filo che ho cercato di interporre tra voi e me ma soprattutto perché io stesso mi ci rigiro male in mezzo a q ueste sofisticherie, che gli stessi esperti sono costretti a modificare alla luce di sempre nuove ricerche. Se per caso qualcuno di voi ne sente parlare o ne è in qualche modo interessato sappia che il loro nome varia in rapporto allo scopritore o alla particolare anomalia ele ttrocardiografica registrata. Il seguente è un elenco provvisorio, che con il passare degli anni si allunga sempre di più: sindrome del QT lungo congenito, sindromi di Romano-Ward e di Lange-Nielsen-Levine, malattia di Brugada, sindrome del QT breve, elevazione del punto jota. Come ho detto, sono tutte forme rare, ma ognuna ha una sua incidenza e pericolosità, che va poi valutata caso per caso.

Molti ricercatori hanno pure cercato di scoprire se vi possa esistere un unico comune denominatore per tutte queste cardiopatie potenzialmente mortali e con cuore apparentemente sano, ma finora nessuno è riuscito a fornire dati convincenti a tale ipotesi. C'è tuttavia un aspetto che in qualche modo le accomuna ed è che le differenti alterazioni dell'ECG, l'esame che ha consentito di scoprirle, si manifestano tutte dopo la fine del QRS, ossia quando i ventricoli, concluso l'eccitamento elettrico, cercano di tornare allo stato di riposo, si ripolarizzano come si dice nel nostro gergo. Ma nessuno dei tanti esegeti, spesso di grande talento, che le hanno a più riprese studiate è riuscito fino ad oggi a individuare questa specie di anello di congiunzione. Molto cammino invece è stato fatto per correggere e anche guarire, alcune delle predisposizioni alla morte improvvisa. Sia mediante l'azione di farmaci che con la bruciatura (ablazione) di alcuni siti di or igine delle ar itmie e sia, come extrema ratio, impiantando un defibrillatore capace di int errompere l'evento aritmico pericoloso quando insorga.

Tutto quanto ho sommariamente cercato di spiegare a voi e a me stesso è per ribadire che la medicina non ha rallentato lo sforzo per tutelare questi malati, anzi lo sta facendo anche per quelli che non sanno ancora di esserlo e devono essere scovati al più presto. Con il fine principale non solo di prevenire la temuta aritmia, ma soprattutto di guarirli eliminando quella causa microscopica e misteriosa che tanto benevolmente ci appassiona.

MORIRE DI CALCIO

È accaduto ancora una volta a un calciatore, e proprio in Italia, dove da oltre 30 anni vige una legislazione, unica al mondo, che obbliga tutti gli sportivi di qualsiasi età, sesso, disciplina e livello atletico a sottoporsi ad una periodica valutazione medica con certificazione. In un paese che, "non fo per dire", ha una rete e una preparazione cardiologica di buon livello, da Trieste a Trapani. Come lo si spiega? Semplice (se non vogliamo essere polemici, accomodanti o ipocriti), perché la diagnosi è qualche volta difficile, se non impossibie con i mezzi attuali, non abbiamo i defibrillatori sul campo o non li sappiamo usare, ma soprattutto non ci sono squadre di volontari addestrati alla rianimazione. Quanto s'è visto sul campo del Pescara attorno al corpo del povero Morosini i famigliari giustamente hanno chiesto di non riproporlo, perché, aldilà della crudezza e della generosa disponbilità dei compagni, sembrava un faidate non ben preordinato. La stampa si è impadronita di questa confusione e di altre disorganizzazioni successive perché tutti sanno oramai che un cuore fermo per oltre otto minuti induce la decerebrazione. Prima dell'autopsia molti esperti hanno dato il loro parere, che era di un arresto cardiocircolatorio da aritmia grave la cui causa, anche dopo sezionato il cuore e le coronarie, rimane da accertare. La si saprà solo dopo gli esami tossicologici su eventuali sostanze eccitanti e quelli istologici su possibili miocarditi, cardiomiopatie rare o anomalie elettriche analoghe a quelle descritte nell'articolo precedente. Qualunque sarà la causa, la medicina ne uscirà certamente sconfitta, ma non per imperizia o scarso impegno della sanità nelle sue strutture o, come ha detto qualcuno, per l'eccessivo stress fisico degli atleti, ma perché il suo progresso è purtroppo ancora imperfetto e perché, spiace dirlo, la prevenzione non premia i responsabili, mentre coloro che amano tanto lo sport e le loro squadre, sbracciandosi spesso fino alla zuffa, non dedicano nemmeno un centesimo del loro impegno tifoso a imparare come si assiste uno che stramazza sul campo.

P.S. Gli esami microscopici hanno precisato che la causa dell'arresto cardiaco è stata una miocardite.

E.P.

Perchè usare gli algoritmi per minimizzare la stimolazione ventricolare?

Giornale Italiano di Aritmologia e Cardiostimolazione, in stampa

Intervista di **Francesco Prati**

Filippo Stazi

Caro Filippo a breve uscirà sul Giornale Italiano di Aritmologia e Cardiostimolazione una tua review sull'utilizzo degli algoritmi di riduzione della percentuale di stimolazione ventricolare in pazienti portatori di pacemaker. Ci puoi spiegare che cosa sono?
Gli algoritmi di riduzione della percentuale di stimolazione ventricolare sono delle particolari modalità di programmazione dei pacemaker che hanno l'obiettivo di ridurre il più possibile l'attivazione ventricolare indotta dal pacemaker. Tali algoritmi si ripromettono cioè di fare entrare in funzione il pacemaker solo nei casi strettamente necessari privilegiando invece il ritmo spontaneo del paziente per la maggior parte del tempo.

Perché però sottoporre il paziente al disagio ed ai rischi, sebbene contenuti, connessi con l'impianto di un pacemaker per poi cercarlo di fare entrare in funzione il meno possibile?
L'impianto di un pace-maker è ancora oggi l'unica opzione terapeutica possibile in caso di bradiaritmie significative. Nella maggioranza dei pazienti però il ritmo spontaneo diventa insufficiente e quindi richiede l'intervento del pacemaker solo per brevi periodi. Il rischio quindi è che tali pazienti siano sottoposti ad una stimolazione ventricolare eccessiva rispetto alle loro effettive necessità.

Quali sono le conseguenze della stimolazione ventricolare indotta dal pacemaker?
Sin dal 1925 si era intuito che la stimolazione apicale del ventricolo destro poteva avere effetti negativi sulla funzione cardiaca. La contrazione cardiaca normale infatti comincia alla base dei due ventricoli e quindi raggiunge gli apici. Nei pazienti che hanno invece un pacemaker la contrazione parte dall'apice del ventricolo destro e quindi si diffonde al resto del ventricolo destro ed a quello sinistro. Ne consegue una contrazione ventricolare non coordinata che induce, come evento finale, una riduzione della funzione contrattile globale del cuore.
La conferma degli effetti negativi della stimolazione apicale è giunta dai risultati di alcuni grandi studi che hanno dimostrato un aumento del rischio di morte, scompenso cardiaco e fibrillazione atriale nei pazienti in cui la percentuale di stimolazione ventricolare era superiore al 40%.

Che risultati si possono ottenere con l'utilizzo di questi algoritmi?
L'utilizzo di queste modalità di programmazione permette di ottenere percentuali di stimolazione ventricolare molto basse. Ad esempio nella nostra casistica personale i pazienti impiantati con dispositivi dotati dell'algoritmo AAISafeR® hanno presentato una media di stimolazione ventricolare del 26% con il 74% dei pazienti sotto la soglia del 40%.

Che conclusioni possiamo trarre alla fine della nostra chiacchierata?
La stimolazione apicale isolata del ventricolo destro ha senza dubbio effetti emodinamici sfavorevoli. Le conseguenze cliniche di tali effetti non sono però una costante assoluta verificandosi in meno della metà dei soggetti cronicamente sottoposti a tale stimolazione e dipendono sicuramente dai livelli basali di funzione ventricolare sinistra, dalla percentuale di stimolazione ventricolare, dalla durata di esposizione alla stimolazione ventricolare, dalla presenza preimpianto di scompenso cardiaco o di pregresso infarto miocardico nonchè dalla durata del QRS spontaneo e stimolato.
Gli algoritmi di minimizzazione della stimolazione ventricolare destra hanno indiscutibilmente provato la loro capacità di ridurre le percentuali di stimolazione. Fino ad oggi però un solo studio ha confermato il sillogismo: la stimolazione ventricolare è deleteria, gli algoritmi di minimizzazione riducono la percentuale di stimolazione quindi tali algoritmi fanno bene. Altri studi sono quindi necessari prima di affermare definitivamente l'efficacia clinica di tale modalità di stimolazione. Nel frattempo però, considerando che questi algoritmi sono economici, di facile utilizzo e non richiedono procedure aggiuntive, ritengo che il loro utilizzo possa e debba essere esteso a tutta la popolazione destinata ad impianto di pace-maker o defibrillatore.

Long John

Ero bambino quando quell'uomo grande, grosso, che parlava quell'italiano strano, da emigrante, chinava il gobbone e caricava tutto e tutti segnando gol a ripetizione. Diventai tifoso della Lazio l'anno dello scudetto del 1974 e lo diventai perché quella squadra pazza e incredibile era forte e i bambini si innamorano delle squadre che vincono. Ho un ricordo di lui: una domenica pomeriggio, un collegamento televisivo dall'aeroporto di Fiumicino in cui saluta tutto e tutti e se ne va in America. Non capivo quello che stava succedendo ma mi dispiaceva.

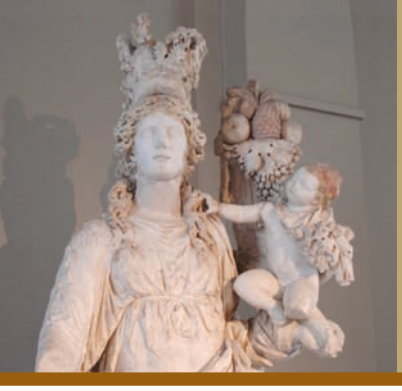
Ero ragazzo quando Chinaglia ritornò, zio d'America pieno di dollari che si comprò la sua Lazio e che prometteva anni di vittorie. Un fallimento! E Chinaglia se ne andò per la seconda volta.

Ero uomo maturo quando scoprii che i miti non esistono e che anche lui, che sembrava il cavaliere medievale senza macchia, era invece coinvolto in brutte storie: camorra, riciclaggio e quant'altro. A lui comunque perdonai a differenza di quanti peccarono in maniera diversa, vendendosi partite e sogni di ingenui.

Ora che se ne è andato sento la tristezza di quando se ne va via qualcuno che ci ha regalato gioia, qualcuno a cui, bene o male, sentiamo di dover dire grazie. Sessantacinque anni, un fisico appesantito, le tante sigarette fumate, lo stress e probabilmente la depressione di non poter più tornare in Italia dove era ufficialmente considerato un latitante. Considerando anche il sesso maschile i fattori di rischio c'erano tutti. Un primo infarto, una coronarografia, un'angioplastica col posizionamento di quattro stent non sappiamo su che arteria e pochi giorni dopo una morte improvvisa. Le due ipotesi diagnostiche che si possono fare sono una trombosi acuta dello stent ossia un'occlusione acuta della coronaria nel punto dove era stata dilatata nella precedente angioplastica oppure una morta aritmica, una fibrillazione ventricolare, ritmo in cui il cuore impazzisce ad una velocità tale che è come se si fermasse. In assenza dell'autopsia, che non credo sia stata fatta, non sapremo mai la realtà.

Grazie comunque Giorgione. E già che stai lassù salutaci Tommaso Maestrelli.

F.S.



La palla di Tiche

a cura di **Franco Fontanini**

Tiche, imperscrutabile figlia di Zeus, amava giocare. Chi veniva colpito dalla sua palla moriva perchè il suo cuore cessava di battere.

*Nella rubrica **La palla di Tiche** viene ricordato un personaggio del nostro tempo o del passato, illustre o sconosciuto, morto d'infarto. I medici e i lettori sono invitati a segnalarci casi di loro diretta conoscenza che presentino peculiarità meritevoli di essere conosciute.*

Il protomartire dello share

La televisione, elettrodomestico irrinunciabile che non riesce ad adeguarsi all'arredamento, è invadente e intempestiva. Interrompe le immagini di una tragedia per farci vedere un insulso giovanotto sorridente che si accarezza il viso, felice del suo nuovo dopobarba, oppure ci porta in casa facce canore o comiche alle quali non apriremmo la porta, signore "asciutte e inodori" che ci mostrano il loro assorbente preferito quando stiamo a tavola.
Contro la TV sgradevole e sempre più invadente non abbiamo altre difese se non il telecomando, ma non è facile farlo sempre.
Ha cambiato i comportamenti, ci impone il modo di vestire, di mangiare, di sorridere, perché sul piccolo schermo tutti debbono sempre sorridere, a proposito e a sproposito.
Basta guardare la massaia che fa la spesa, l'avvocato che prende il caffè, il giovanotto in tribuna allo stadio, tutti, non appena si accorgono di essere inquadrati, trasformano la loro espressione.
Le ragazzette si comportano da veline come spera di diventare la metà delle liceali.
In TV abbiamo visto persino un perito settore interrompere un'autopsia per parlarci con una punta di civetteria della salma che stava sezionando, vittima di un giallo di cui erano piene le cronache.
Dieci anni fa si vedeva solo qualche raro impudente che faceva un salutino timido con la mano, disapprovato da chi gli era vicino.
Il mondo cambia, lo sappiamo, non sempre in

Faye Dunaway e Peter Finch, entrambi premiati con l'Oscar per il film "Quinto Potere"

meglio, la televisione è la responsabile del deterioramento della nostra condotta.
Tutto dipende dallo share, termine inglese dai molti significati, naturalizzato solo per indicare la percentuale di telespettatori che in un determinato momento, guarda una trasmissione televisiva. In TV lo share è la sentenza, indica il successo o lo splash senza appello.
Per gli anchorman che lo seguono con trepidazione, è la promozione o la bocciatura della loro trasmissione, la fortuna o il fallimento, il loro futuro.
All'indomani lo share viene riportato dai giornali, non più solo da quelli specializzati, come le quotazioni della borsa: Federica Sciarelli con il 13 per cento di "chi l'ha visto?" batte il suo antagonista di quell'ora che ha fatto, con gli "Intoccabili" il sette per cento scarso, che significa 3 milioni e 700 mila contro un milione di spettatori.
Dietro queste cifre ci sono miliardi di pubblicità, cachet milionari, prestigio degli autori e degli interpreti, manovre politiche, influenze elettorali eccetera che variano da una trasmissione all'altra.
I critici televisivi, per quanto bravi, incidono ben poco, su tutto domina la percentuale, se è inferiore alle previsioni la trasmissione rischia di venire cancellata.
Non è fenomeno recente, è nato parecchi anni fa, in USA e in un ventennio ha preso prepotentemente il sopravvento su tutto.
Nel 1976 in America uscì un film interessante e profetico sul problema dell'indice di gradimento in TV. Non ebbe grande successo anche se vinse 4 Oscar, troppo in anticipo sui tempi venne giudicato poco verosimile, troppo esasperato, violento, in realtà era un film profetico sul ruolo che la TV avrebbe raggiunto pochi anni dopo. In dimenticato protagonista fu Peter Finch, un eccellente attore di origine inglese cresciuto in India, scoperto da Laurence Olivier in Australia, che non era molto popolare perché rifiutò sempre i film commerciali.
Il film, intitolato Network, divenuto in Italia "Quinto potere", forse con la speranza di ripetere il clamore riscosso da Orson Welles con "Quarto potere", era stato ispirato da un fatto di cronaca premonitorio: una donna in crisi che, per attirare l'attenzione, si era suicidata davanti ad una telecamera prima che i tecnici potessero fermarla.
Nel film Howard Beale, anchorman principe con vastissimo seguito di un'importante rete, inspiegabilmente vede il suo share calare vistosamente tanto che i dirigenti decidono di licenziar lo alla scadenza del contratto.
Howard sprofonda in una crisi di disperazione, poi con l'assistenza di una sua collaboratrice "creativa", pensa di reagire e, cinicamente, informa il suo pubblico che si suiciderà prossimamente, durante una delle ultime puntate della sua trasmissione.

Immediatamente dopo l'annuncio, il successo ritorna strepitoso, lo share sale, specialmente quando comincia ad atteggiarsi da profeta trascinatore in contatto con il Padre Eterno e cambia la conclusione televisiva: muore ucciso da un terrorista di colore proprio nello studio televisivo.
Per quanto magistralmente filmata, la vicenda giudicata esageratamente spinta all'esasperazione, eccessiva, non fu molto gradita dal pubblico e da parte della critica.
Tutti gli interpreti erano travolti dall'atmosfera nevrotica e ossessiva, oltre al conduttore Howard, peraltro strepitosamente bravo, anche il direttore perde il controllo, e l'amica "creativa" diventa una fanatica che parla di indici di gradimento anche quando fa l'amore.
Era una spietata satira del mondo televisivo statunitense in costante espansione. Da noi non venne capita perché la televisione era ancora nella fase artigianale, ma si trattava di una vicenda niente affatto mistificatrice, destinata ad invadere prepotentemente, in breve tempo, tutto il mondo. Il protomartire dello share Peter Finch morì d'infarto alla fine del film: l'Oscar gli arrivò postumo.

Tanti auguri New England

C'era un tempo in cui una notizia bastava che venisse riferita in televisione perché fosse indiscutibilmente vera. In medicina esiste tuttora qualcosa di simile: se un'informazione è scritta sul "The New England Journal of Medicine" allora è vera o quantomeno è l'informazione più aggiornata possibile. Il New England Journal of Medicine è la più prestigiosa rivista di medicina al mondo, è stata fondata da due dottori di Boston, John Collins Warren e James Jackson e il primo articolo, scritto dal padre di Warren, riguardava "il dolore toracico causato dal cemento che ostruisce le arterie". Il primo numero è stato pubblicato nel gennaio del 1812 e le prime 100 copie vennero consegnate a mano da messi a cavallo. Quest'anno ricorre il secondo centenario della storia della rivista ed ormai sono due milioni i medici che nel mondo ne ricevono settimanalmente una copia, prevalentemente online. Il sogno di ogni ricercatore è pubblicare sul New England Journal of Medicine ma solo le ricerche di indiscutibile qualità e di assoluta rilevanza ricevono tale onore. E non si può definire veramente colto un medico che non vi sia abbonato.
Tanti auguri New England Journal of Medicine e 200 volte grazie, sia a nome della classe medica che dei pazienti!

F. S.

Food for Thoughts

a cura di **Mario Albertucci**

I costi della Sanità divengono sempre più alti e gravano sui bilanci delle varie nazioni in maniera molto preoccupante. La moderna medicina è indubbiamente dispendiosa, ma immensamente più efficace di quella dei nostri nonni. Come fare perché sia noi che i nostri figli si possa continuare a sostenerne i costi? I nostri nonni forse non avevano una medicina così efficiente come la nostra, ma avevano saggezza da vendere, specialmente quando si trattava di affrontare situazioni avverse, e una delle cose che ci siamo sentiti ripetere sempre era " non sprecare!!". Che sia veramente così semplice...
Leggiamo quanto riportato di recente sul New York Times.

Ma quel test serve veramente?

Se l'intenzione è di controllare la spesa sanitaria, allora i medici devono assumere una leadership forte e responsabile per cercare di eliminare test e trattamenti inutili. Secondo alcune stime centinaia di miliardi di dollari sono impiegati ogni anno per pagare esami e trattamenti non necessari e di conseguenza, inutili. È quindi molto incoraggiante che le nove maggiori Associazioni Mediche americane abbiano identificato 45 test e procedure (cinque per ogni Associazione Specialistica) che sono comunemente usate e che non hanno alcun beneficio per i pazienti e che anzi alcune volte sono associate più a conseguenze dannose che benefiche.
Molti pazienti saranno sorpresi nell'apprendere quali esami gli esperti ritengono inutili. Tra gli esami "inutili" ci sono, ad esempio, l'elettrocardiogramma annuale per i soggetti a basso rischio e la radiografia del torace che in genere si richiede come preparazione per gli interventi di chirurgia ambulatoriale.
I medici sono stati spinti all'azione da uno stimolante articolo del dott Howard Brody, direttore di un Istituto che si occupa dei problemi etici della Sanità che è stato pubblicato sul The New England Journal of Medicine all'inizio del 2010. Il dottor Brody ha criticato l'atteggiamento delle Associazioni dei Medici, sostenendo che queste tendevano preferenzialmente a proteggere gli interessi economici dei medici, rifiu-

tando di considerare piani (al di là della riforma sugli errori professionali) per ridurre la spesa sanitaria. Il dottor Brody incoraggiava quindi ciascuna Associazione Professionale Specialistica a redigere una lista dei cinque esami o procedure che potessero essere eliminati contribuendo velocemente e significativamente alla riduzione della spesa sanitaria senza togliere ai pazienti alcun beneficio potenziale derivante dai test o procedure soppresse. In altre parole evidenziare cinque "pratiche" veramente inutili. Un apposita Fondazione istituita dall'American Board of Internal Medicine ha finanziato uno studio pilota che ha coinvolto tre gruppi di pediatri, internisti e medici di base ed ha fatto pressione su tutte le altre associazioni specialistiche affinché preparassero liste simili concernenti le loro specialità.

The New York Times

Le prime nove Associazioni Specialistiche, tra cui quelle di cardiologia, oncologia, radiologia e medicina di base, hanno pubblicato le loro "liste" la settimana scorsa (8 aprile 2012).

Tra gli esami nelle "liste" ci sono: la prova da sforzo annuale in soggetti asintomatici, la TAC nell'encefalo dopo un episodio di "mancamento", gli antibiotici per infezione non complicata dei seni paranasali (che sono quasi immancabilmente causate da virsus, i quali non sono suscettibili agli antibiotici), la risonanza magnetica della colonna lombare nelle prime sei settimane dopo un episodio di lombalgia e la scintigrafia ossea dopo la diagnosi precoce del tumore del seno o della prostata in pazienti a basso rischio di metastasi.

Le varie Associazioni Mediche hanno redatto le loro liste dopo mesi di analisi e revisioni della letteratura medica da parte di gruppi di esperti appositamente selezionati.

In alcuni casi le Associazioni hanno dimostrato un elevato senso della *Ragion Pubblica* proponendo "tagli" che potenzialmente avevano un riscontro economico per loro negativo, come la proposta dei radiologi di limitare o abolire alcuni esami radiografici o quella dei gastroenterologi di limitare la frequenza delle colonscopie.

Altre otto Associazioni Specialistiche pubblicheranno le loro "liste" in autunno, estendendo la campagna per la riduzione degli sprechi del Sistema Sanitario.

I pazienti però devono assumersi le loro responsabilità. Dovrebbero infatti non chiedere esami il cui valore è scarso o addirittura nullo. Per aiutare i pazienti nelle loro decisioni la rivista Consumer Reports sta sviluppando una versione delle "liste", più accessibile per il pubblico, che verrà distribuita gratuitamente con l'aiuto delle Associazioni Mediche.

I pazienti che posseggono assicurazioni mediche omnicomprensive probabilmente hanno meno interesse nell'evitare un test innocuo ma inutile. Ma se i costi della Sanità continuano a salire alla fine si riflet-

teranno sui premi assicurativi. Inoltre anche un test apparentemente innocuo può avere serie conseguenze sulla salute, basti pensare alle conseguenze delle radiazioni per eccessivi esami radiografici, agli effetti indesiderati dei farmaci prescritti senza una indicazione sicura, alla esposizione a germi patogeni ospedalieri se si è ricoverati in ospedale senza un motivo certo, per finire con le conseguenze della chirurgia basata su esami con dei falsi positivi.
Eliminare esami inutili non vuol dire "razionare" la Sanità, ma praticare la medicina con solide basi scientifiche ed economiche.

Nel tentativo ammirevole di prevenire le malattie, particolarmente quelle più comuni, si trova un terreno molto fertile per gli "sprechi" della Sanità.
Credere che ci sia un singolo test o un esame di laboratorio che ci garantisca la salute per l'anno successivo è sicuramente molto ingenuo e fuorviante. Come fuorviante è far credere che un test inutile non comporti conseguenze avverse se sufficientemente innocuo. Come dicono gli inglesi " there is no free lunch" (non esiste un pasto gratis). Ogni esame anche il più semplice deve avere la sua ragione precisa ed essere adatto alla risposta che si cerca. Per fare un esempio, se un pescatore si deve avventurare per una battuta di pesca nell'alto tirreno, si farà premura di ascoltare il bollettino dei naviganti, piuttosto che le previsioni del tempo su una radio locale. Non che queste ultime non siano accurate, ma non specifiche abbastanza per la situazione. E così come chiedere ad un semplice elettrocardiogramma di predirci il nostro rischio di infarto se vogliamo essere attenti a prevenirlo.
Non è che l'elettrocardiogramma sia dannoso o inutile, semplicemente non risponde alle nostre esigenze, e fidarsi di questa informazione è come appunto affrontare un lungo viaggio in mare con le previsioni del tempo della ....radio locale.
Alla fine della giornata se lasciamo che la scienza ci guidi, riusciremo ad ottenere il nostro scopo ... risparmiando e non sprecando ... "food for thoughts".

Il cuore dei calciatori africani

L'Italia, come abbiamo sottolineato più volte, è il paese che più degli altri controlla a tappeto i suoi atleti, giovani e anziani, campioni e brocchi. Lo deve fare per legge e, nonostante che l'impegno e il costo siano forse troppo onerosi per i nostri bilanci sanitari, essi tuttavia raggiungono lo scopo di scartare i non idonei e di scoprire certe subdole malattie di cuore. L'elettrocardiogramma (ECG) e l'ecocardiogramma (ECO) sono gli esami che meglio discriminano i promossi dai bocciati o che danno l'indicazione per ulteriori accertamenti quando siamo nel dubbio. I risultati e i problemi relativi all'età e al rischio cardiaco nei riguardi delle diverse discipline sportive sono ben conosciuti dai medici e dai cardiologi in particolare, lo sono meno invece quelli dovuti alle differenti razze, specie da quando gli atleti di colore sono diventati più numerosi nelle nostre squadre.
Da parecchi anni i medici sportivi italiani si erano accorti che gli ECG di molti giocatori neri avevano i segni caratteristici di un ingrandimento del ventricolo sinistro, confermato anche dall'ECO, e subito è scattata la non idoneità, nel sospetto che queste modificazioni preludessero allo sviluppo di una malattia ben nota per il rischio di morte improvvisa sul campo, la cardiomiopatia ipertrofica. Il più delle volte questi atleti, cui veniva negata la patente per giocare, migravano in altri paesi dove non ci sono queste restrizioni legislative e non succedeva niente. Perché in effetti quegli ingrandimenti, cui oggi possiamo anteporre il prefisso pseudo, erano solo delle differenze razziali, che non costituiscono né una menomazione né un presumibile pericolo per la loro vita futura.

Gli esperti della medicina sportiva di Roma, capeggiati da Antonio Pelliccia, cui dobbiamo tante belle ricerche in questo campo, hanno pubblicato sul JACC di marzo 2012 uno studio che chiarisce bene questo problema. Essi, analizzando gli ECG e gli ECO di 154 calciatori under 17 di vari paesi dell'Africa e confrontandoli con analoghi italiani, hanno confermato che le modificazioni da ingrandimento del cuore sinistro sono circa il doppio nei neri rispetto ai caucasici, ma che il ventricolo è solo lievemente aumentato di spessore, non di volume, e che gli algerini hanno un comportamento intermedio tra quelli del Burkina Faso o della Nigeria e gli italiani.
Un problema razziale quindi che nulla toglie tuttavia al fatto che dobbiamo essere sempre cauti nelle valutazioni sportive perché, come ci ha documentato uno stimato patologo statunitense, i discendenti neri sviluppano più spesso le forme di ipertrofia sinistra pericolose per la vita.

E. P.

Lettere a Cuore e Salute

D. L'aorta bicuspide

Sono il padre di un ragazzo di 12 anni cui durante un accertamento sportivo gli è stata diagnosticata una valvola aortica bicuspide. Egli sta bene, non ha alcun disturbo nemmeno durante la sua attività sportiva (il calcio), ma io da quando ho parlato con gli specialisti che gli hanno fatto quella diagnosi sono molto preoccupato. Mi hanno elencato tutta una serie di rischi di infiammazioni, di aorta dilatata e di altre complicazioni che non capisco bene. È veramente una malattia così grave? A cosa dobbiamo stare attenti? Può continuare lo sport?
Vi ringrazio molto e saluto cordialmente.

Federico B., Rovigo

R.

Caro Signor Federico,
cominciamo con il dire che la valvola aortica bicuspide non è una malattia, ma solo una piccola malformazione, riscontrabile nell'uno per cento della popolazione generale e che può associarsi ad altre più importanti, come la coartazione aortica, che evidentemente suo figlio non ha. In secondo luogo la valvola bicuspide svolge le stesse funzioni di quella tricuspide, cioè impedisce che il sangue espulso dal ventricolo sinistro torni indietro, sicché la funzione del cuore è altrettanto normale. Il problema dei portatori di questa imperfezione, che ha anche una certa ereditarietà, è la sua vigilanza nel tempo con periodici controlli ecocardiografici onde valutare la tendenza a subire certi cambiamenti. Tali cambiamenti possono succedere anche nell'altro 99%, ossia nelle valvole tricuspidi, ma con minore frequenza. Le bicuspidi infatti sono più soggette a restringersi nell'età avanzata o a non essere più ben continenti, oppure ad infiammarsi. Per quest'ultimo rischio si consiglia ai pazienti di usare con più generosità gli antibiotici, anche per banali infezioni (gola, denti o vie urinarie) perché i germi che viaggiano nel sangue sono "attratti" dalle anomalie e possono provocare endocarditi valvolari. Un'ultima attenzione che dovrà avere l'ecocardiografista sarà quella di valutare nei controlli periodici anche il calibro dell'aorta toracica, che in alcuni casi di valvole bicuspidali tende a dilatarsi, ma raramente fino al punto da dover intervenire. Si fidi quindi dei cardiologi, che sono bravi, anche se talvolta un po' terroristici. Il problema di suo figlio è quello di una medicina preventiva, quindi potrà svolgere vita normale, anche sportiva.
Cordiali saluti.

Valvola normale Valvola biscupide

Eligio Piccolo

D.

Il cuore di Cassano

Sono un tifoso del Milan ma prima ancora sono un appassionato del bel calcio e dei bravi giocatori. Per tale motivo ho seguito con attenzione la vicenda del giocatore Antonio Cassano, trepidando alla notizia della sua malattia e rallegrandomi al momento del suo rientro in campo. Non sono però riuscito a capire perché, se il suo problema è stato un piccolo ictus, il giocatore sia stato sottoposto ad un intervento chirurgico al cuore?

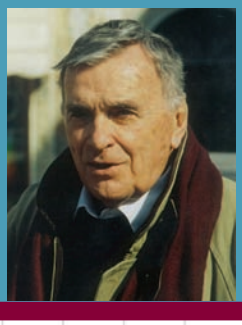
Marco A., Roma

R.

Le condizioni di salute di Cassano sono state per molti giorni al centro dell'attenzione mediatica e la Sua domanda ci offre l'occasione di puntualizzarne l'aspetto medico. I sintomi accusati dal giocatore sono stati la conseguenza di un episodio d'ischemia cerebrale, ossia di mancata fornitura di sangue e conseguentemente di ossigeno ad una parte del cervello. Il mancato rifornimento di sangue è stato fortunatamente transitorio e di limitata entità e quindi non ha indotto danni permanenti. La causa dell'ischemia è stata un'embolia ossia la migrazione di un coagulo di sangue

all'interno di un vaso arterioso cerebrale e la conseguente occlusione di quest'ultimo. Nella circolazione venosa di ognuno di noi, soprattutto a livello degli arti inferiori, si possono formare dei coaguli ematici in particolar modo in caso di immobilità prolungate come nel corso di viaggi aerei (non a caso Cassano si è sentito male dopo il volo di ritorno da una trasferta) ma è molto difficile che frammenti di questi coaguli, gli emboli, possano giungere nella circolazione arteriosa. Nel caso di Cassano ciò è stato possibile perché nel cuore del giocatore c'èra un'anomala comunicazione tra l'atrio destro e quello sinistro. Questa comunicazione, chiamata pervietà del forame ovale, ha quindi permesso il passaggio dell'embolo dalla circolazione venosa a quella arteriosa. L'intervento subito successivamente dal calciatore barese è consistito nella chiusura per via percutanea (ossia senza taglio né cicatrice bensì tramite la puntura di un'arteria femorale, come per le coronarografie e le angioplastiche) di tale pervietà mediante il posizionamento di due dischi uno in atrio destro ed uno in atrio sinistro, collegati tra loro, che occludono la comunicazione comprimendola dai due lati. È però importante sottolineare che questa pervietà del forame ovale, vestigia della vita fetale, è un reperto estremamente frequente tanto da essere presente nel 25-30% della popolazione generale ma che solo in rare circostanze dà segni di sè. Unicamente nel caso della comparsa di manifestazioni cliniche suggestive è giustificata la ricerca di tale anomalia con il ricorso ad un ecocardiogramma transtoracico o transesofageo. Relativamente al trattamento, infine, non vi sono ancora dati che dimostrino la superiorità della chiusura percutanea rispetto alla terapia anticoagulante orale.
È ovvio che nel caso di un atleta professionista le problematiche connesse con la scoagulazione del sangue abbiano fatto propendere per la chiusura della pervietà.

Filippo Stazi

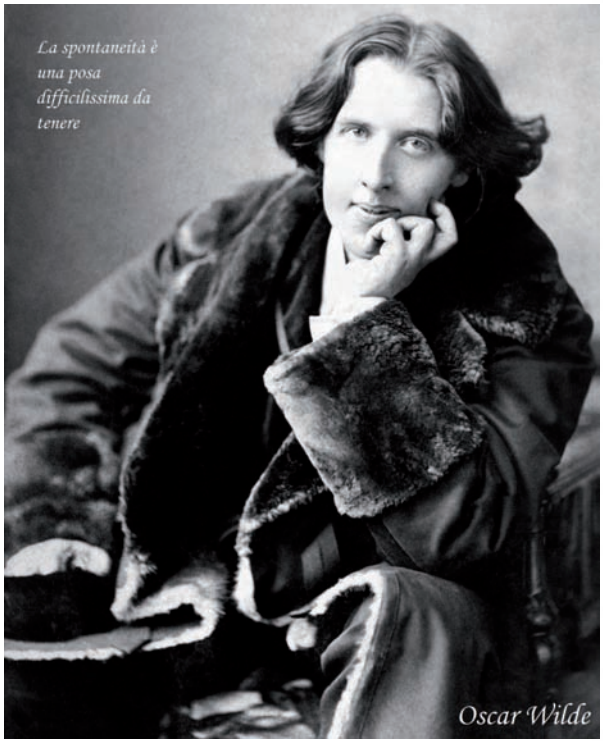


Quaderno a Quadretti

di **Franco Fontanini**

Biografie

Le biografie di Oscar Wilde lasciano spesso dubbi circa la veridicità, ogni cernita rivolta a togliere dubbi ne crea di nuovi.
C'è chi mette in discussione anche l'omosessualità, sicuramente ebbe esperienze bisessuali, ma le accuse del marchese di Queensberry al processo sono esagerate, frutto dell'odio. Le contraddizioni non si contano.
Il personaggio era assai complicato, contrastante, indefinibile: talento, genialità, esibizionismo, eccessi di autoammirazione, piacere di destare stupore e quello provocatorio avevano sovente il sopravvento sulla realtà.
Si ricordano le mani molli, soffici come un cuscino di seta, poi si viene a sapere che quattro balordi, studenti del Magdalen College reduci avvinazzati da una festa, salirono nel suo appartamento per divertirsi alle sue spalle, strappandogli gli abiti inconsueti e spaccando qualche vaso cinese; ruzzolarono tutti giù per le scale, uno dopo l'altro, per i pugni di Wilde.
Facile al pianto, come si dice fosse, incapace di sopportare gli sgarbi, cacciò il solito Queensberry insieme al suo accompagnatore, un pugile professionista, che era andato a trovarlo col proposito di minacciarlo.



A Montmartre mise KO parecchi apaches che cercavano, per sfida, di sottrargli il pregiato bastone.
Elegantissimo, a volte il suo abbigliamento era assolutamente ridicolo. Era eccessivo in tutto, nelle attività nobili e in quelle meschine. La poesia veniva prima di ogni altra cosa, nel cimitero protestante di Roma andò a prostrarsi a lungo davanti alla tomba di Keats e salutò con noncuranza quella di Pio IX.
Probabilmente rubacchiò qualche aforisma, ma ne distribuì centinaia a larghe mani, non resisteva alla tentazione di correggere e migliorare quelli altrui.
Due cose di lui rimasero sempre immodificate: lo sfoggio di orgogliosa alterigia in ogni occasione propizia, e l'esibizionismo della sua incantevole dialettica. Non seppe rinunciarvi neppure quando venne scarcerato. Malvestito, senza un soldo, solitario, con falso nome, a Parigi conquistò in brevissimo tempo un numeroso uditorio di fans sempre crescente.
Non era l'aristocrazia intellettuale londinese, ma gente qualunque, artisti di strada, disoccupati, vagabondi, falliti, che l'ascoltavano estasiati.
A letto, sofferente per una meningite che si dice conseguenza di una lue giovanile, chiese dello champagne. Mentre lo sorseggiava, commentò: "Muoio al di sopra delle mie possibilità".
Al funerale partecipò una quindicina di persone, un amico disse: "Lascia qualche dente d'oro e qualche capolavoro".

Nepotismo, familismo e generoni

Il nepotismo c'è sempre stato, oggi ha dilagato: è una lobby molto potente, ramificata nelle università, stampa, magistratura, sanità, politica, probabilmente dovunque ci sia potere.
Un iniziatore, non dimentichiamolo, fu addirittura il nostro Ippocrate, il padre della medicina, che esercitò nella seconda metà del V secolo a.c. Figlio di un medico, lasciò in eredità i due primariati dell'asclepio di Cos a Tessalo e a Dracone, i suoi due figli poi, forse temendo che il genero si sentisse trascurato, ne creò uno anche per lui.
Fu un comportamento in contrasto con il giuramento che porta il suo nome, decaduto nei secoli fino a divenire una promessa vaga e senza impegno, qual'è attualmente.
A Roma nel corso dell'ottocento si aggiunse il "generone", nato dalla nuova borghesia filo vaticana, per non essere da meno dell'aristocrazia, ma fu un'iniziativa che produsse molta ironia e scarso potere.
Il nepotismo ebbe il periodo d'oro nel '600, quando Alessandro VI Borgia, il peggior papa della storia, del quale nessuno è riuscito mai a salvare l'onore, inventò il "cardinal-nepote", in un momento in cui aveva esaurito tutti i nipoti disponibili. Il primo cardinal-nipote fu un pronipote che non aveva ancora ventidue anni. Grazie alla istituzionalizzazione del nepotismo si potevano accordare favori, nomine, promozioni e protezioni ai propri congiunti indipendentemente da ogni merito e qualità morale.
Ci provò senza successo anche col Savona-

Contessina Giuseppina Raimondi, fugace moglie di Garibaldi

rola, sua perenne spina nel fianco, che in precedenza aveva tentato di scomunicare.
Il nepotismo ha costantemente accresciuto il potere delle famiglie e delle categorie, oggi qualcuno ha proposto di chiamarlo familismo, più accettabile e che sa meno di corruzione, ma i politici a quanto pare rimangono strettamente legati al nepotismo cercando solo di dissimularlo.
Praticante del familismo risulta, un po' a sorpresa, anche una persona garbata come Fassino che, prima di diventare sindaco di Torino, ha seduto per un quarto di secolo a Montecitorio accanto alla moglie che è rimasta in parlamento, sebbene le regole del suo partito impongano il limite di due legislature.
Con i nomi dei parenti di politici assunti a posti di rilievo, si farebbe un volume come quelli della Treccani.
I politici sono in testa da tempo immemorabile gomito a gomito con i baroni universitari fra i quali rapporti di parentela o di affinità coniugale legano oltre la metà del corpo accademico.
Qualche anno fa all'Università di Bari, alla richiesta dell'ufficio del professor Girone, il portiere chiese: "Girone: chi? Girone Giovanni, il Magnifico Rettore o Girone Raffaella sua figlia, Girone Gianluca suo figlio, o Girone Sallus tio Giulia sua moglie?
C'erano anche altri parenti acquisiti come Francesco Campobasso, associato di statistica, marito della professoressa Raffaella.
Sempre a Bari il direttore amministrativo ha come collaboratori dodici parenti: moglie, figlia, cognata, sorella e sette nipoti.
In genere il partito protettore è lo stesso per tutti, ma sono numerosi anche i protetti da partiti diversi, in posti che possono diventare ereditari.
C'è anche chi, con orgoglio, esibisce i titoli quali "figlia del generale della Guardia di Finanza Melchiorre e nipote del cardinale Bovone".
Chi desidera approfondire può consultare la vasta letteratura disponibile: troverà figli, nipoti e pronipoti d'arte, da far girare la testa.
Ci sono sempre stati casi sorprendenti anche in passato: da ricordare il fisiologo catanese Martino che, quando venne nominato ministro, mise in cattedra contemporaneamente cinque suoi assistenti. Non avendo nell'istituto stanze a sufficienza, l'ultimo cattedratico fu autorizzato a fare le ricerche a casa propria.
Fra i mille protagonisti dell'unità d'Italia che a Genova si imbarcarono diretti a Marsala, prevalevano largamente i poeti e letterati, molti dei quali studenti fuori corso. Parecchi trovarono rapida sistemazione in materie letterarie nell'Università di Paler-

mo, solo un certo poeta Pepe non riuscì a trovare una cattedra vacante che gli si confacesse per cui venne destinato a fisica. Le sue risposte ai maliziosi interpellanti furono il ludibrio per varie generazioni!
Fra i volontari c'erano anche Menotti e Ricciotti Garibaldi, figli dell'eroe dei due mondi, che divennero contemporaneamente parlamentari e procurarono qualche guaio al padre. Menotti sperperò patrimoni in speculazioni sbagliate nell'Agro Romano e non riuscì mai a mettere insieme la somma da restituire al Banco di Napoli il quale si rivolse più volte a Garibaldi padre che si era dichiarato garante. All'ennesima richiesta vana Garibaldi perse la pazienza e scrisse molto seccato al direttore una perentoria lettera in cui diceva: "vi ho liberati e non vedo cos'altro debba fare per voi". Il 13 novembre 1881 la banca, rassegnata, finalmente condonò i debiti "visti i titoli di benemerenza dell'intera famiglia Garibaldi".
Giuseppe Garibaldi neppure in altre vertenze si dimostrò conciliante e propenso a saldare i debiti. Non era alieno neppure alle vertenze legali: dopo il fulmineo annullamento del matrimonio con la marchesina Raimondi, i contrasti economici con la famiglia si protrassero per altri venti anni. Anche se dovesse chiamarsi familismo, la tendenza non dà cenni di volgere al tramonto e grazie al "Trota" è entrata anche nella Padania, deludendo coloro che consideravano la Lega immune.

Sinistri e mancini

Le statistiche riportano che stabilmente, in tutto il mondo, una persona su dieci è mancina e che non c'è stato l'aumento previsto dai genetisti. Si vedono più giovani che scrivono con la mano sinistra perché, dal 1970, il mancinismo non è più contrastato.
A molti, un tempo, non piacevano i mancini, ai sessantottini non piaceva il divieto al mancinismo, che lo si correggeva rigorosamente perché al tempo dei pennini inzuppati nel calamaio la mano sinistra strisciando sulla pagina scritta, frequentemente macchiava il foglio, inconveniente scomparso con le penne a sfera inventate da Laszlo Biro e non c'era più neppure la necessità di ricorrere allo specchio per leggere la scrittura dei mancini come per i manoscritti di Leonardo da Vinci.
Sebbene molte persone celebri siano mancine, non risulta che i mancini fossero più intelligenti dei mandestri, tanto che la sinistra veniva chiamata "mano del diavolo" perché rassomigliava a quella di alcuni demoni degli affreschi medioevali.
Nelle credenze popolari i mancini erano guar-

dati come "diversi" e con un po' di diffidenza. Mancino significava anche scorretto, sleale, addirittura disonesto e in passato venne associato anche alla demenza e alla dislessia. La mano vera, da usare, da porgere, era la destra, quella che impugnava le armi omicide. Usare la mano destra per il saluto era un modo di dimostrare di essere disarmati e di avere buone intenzioni. La mano destra era più abile con sciabola e pis tola e favoriva i pugilat ori e gli sc hermidori. Oggi viene considerata più abile con i computer e soprattutto con i videogiochi.
Un vantaggio poco augurabile è quello dei mancini che, colpiti da ictus, perdono raramente l'uso della parola.
Fra i calciatori i campioni mancini sono rari e molto apprezzati, uno dei più famosi è l'interista Mariolino Corso che Edmondo Berselli battezzò alla sudamericana "piede sinistro di Dio" in occasione di un incontro internazionale in cui il lunatico attaccante partì in dribbling da metà campo facendo un gol dopo aver scartato cinque o sei avversari.
Il virtuosismo inventato da Corso era però la "foglia morta" in cui il pallone calciato da fermo come solo lui sapeva fare, cambiava direzione all'improvviso come investito da una folata di vento per finire in rete. Berselli, anche lui indimenticabile, fece il peana di questi tiri di punizione in un libretto introvabile dal titolo: "Il più mancino dei tiri", nel quale, prendendo spunto dal piede di Corso non perse l'occasione di gustosi commenti sul centrosinistra, allora di grande attualità.
Un vecchio maestro elementare ha detto con nostalgia: "Ai miei tempi, la sinistra da eliminare erano solo i mancini".

Johann Wolfgang Goethe, l'uomo universale

di **Paola Giovetti**

Non è facile sintetizzare in poco spazio una vita ricca e complessa come quella di J.W. Goethe (1749-1832), che è riduttivo definire poeta: certamente lo fu, e grandissimo, ma fu anche romanziere, drammaturgo, saggista, traduttore. Oltre a questo si occupò, sempre a livelli di eccellenza, di ogni possibile tematica, da quelle artistiche (arti figurative, musica, teatro e altro ancora) a quelle scientifiche: e qui si va dalla geologia alla botanica, dall'osteologia dove fece importanti scoperte all'analisi sperimentale dei colori, dalla meteorologia allo studio delle nuvole, dalla ricerca della "pianta originaria" da cui tutte le altre avrebbero avuto origine a un primo tentativo di teoria evoluzionistica, in qualche modo prefigurando le scoperte di Darwin. Fu sportivo: cavalcava per ore, faceva lunghissime camminate, pattinava sul ghiaccio, nuotava e scalava montagne. Fu ministro del duca di Weimar con incarichi in campo politico, amministrativo, finanziario, artistico: si occupò infatti di miniere e viabilità, progettò la costruzione di edifici per la corte, curò la sistemazione del grande parco che si trova alle spalle del castello, realizzò l'orto botanico dell'Università di Jena – e nel contempo visse una vita umanamente intensissima, coltivando affetti e amicizie. E innamorandosi ancora una volta a 74 anni. Non è finita: Goethe fu viaggiatore attento, collezionista di minerali, libri, disegni, stampe, quadri, monete, calchi in gesso delle

Goethe in contemplazione della caducità del mondo in un quadro di J.H.Tischbein

statue dell'antichità che tuttora sono conservati nella sua casa a Weimar. Ebbe uno sguardo internazionale e sino alla fine seguì con interesse le tendenze letterarie e le vicende politiche e sociali di tutto il mondo a quel tempo raggiungibile, da Oriente a Occidente. Fu inoltre valido disegnatore e a lungo restò incerto sulla sua autentica vocazione: la scrittura, le scienze o il disegno? In Italia si renderà conto di essere essenzialmente uno scrittore. C'è poi anche un Goethe tuttofare, che per la corte di Weimar presso la quale operò per quasi sessant'anni organizzò feste, spettacoli, serate di lettura, passatempi di ogni genere.
Tutto questo benché spesso colpito da malattie anche gravi, che aborriva definendole "il maggior male terreno". Ebbe una lunga serie di medici, nei quali riponeva grande fiducia ma che controllava personalmente, avendo seguito da studente, oltre alle lezioni di legge, anche quelle di anatomia, chimica e medicina.
Nato a Francoforte sul Meno da una famiglia dell'alta borghesia, ricevette in casa un'ottima educazione e studiò poi legge a Lipsia e Strasburgo. A 22 anni ha un fortissimo sbocco di sangue di origine abbastanza incerta: gli devono incidere un grosso gonfiore al collo e ha spesso la febbre. Da gravi disturbi digestivi viene liberato dal suo medico che è anche alchimista e che utilizza una "fialetta di cristalli di sale".
A 25 anni il grande successo del romanzo "I dolori del giovane Werther", in gran parte autobiografico (ma a suicidarsi per amore fu un suo conoscente...) rende il suo autore di colpo famoso in tutta Europa e gli vale l'invito dell'appena diciottenne duca Karl August di Sassonia/Weimar a raggiungerlo a Weimar come suo precettore e amico. Avrebbe dovuto essere un soggiorno di qualche mese, ma durò per tutta la vita di Goethe. Grazie alla sua presenza e a quella di altri letterati la piccola cittadina di Weimar divenne il centro culturale più prestigioso della Germania, quello in cui nacque la Weimarer Klassik, il classicismo di Weimar.
Per undici anni Goethe si cimenta con incarichi amministrativi e culturali sempre più importanti e impegnativi; poi il 3 settembre 1786 parte per l'Italia, senza avvertire nessuno e senza dire dove va e quanto resterà assente. La partenza, apparentemente improvvisa ma in realtà a lungo meditata e preparata, risponde a una necessità esistenziale: Goethe deve liberarsi dai molteplici impegni legati alla sua carica di ministro del duca di Weimar e deve dare una svolta alla lunga e per certi aspetti frustrante relazione con la baronessa Charlotte von Stein, donna di grande fascino intellettuale, dama della corte di Weimar, sposata e madre di vari figli, più anziana di lui di sette anni: relazione rimasta quasi cer-

tamente a livello platonico per la calvinistica rigidità di lei. Il viaggio in Italia segnò la fine della relazione con la signora von Stein, certamente la donna più importante della vita di Goethe, colei che con la sua guida sapiente aveva avviato il passaggio dal giovane impetuoso autore del Werther al poeta classico della maturità e diede un'impronta diversa anche al suo rapporto con il duca e agli impegni politici e amministrativi. J.W. Goethe doveva ritrovare se stesso – e questo poteva avvenire soltanto in Italia, il paese sognato fin dall'infanzia, il paese dell'arte e del sole, il "paese dove fioriscono i limoni".

Il viaggio in Italia durò quasi due anni, segnò una vera e propria cesura nella vita del poeta: dopo, nulla fu più come prima ed è descritto nel piacevolissimo libro "Viaggio in Italia", che oltretutto ci fa conoscere come fosse l'Italia alla fine del Settecento.

Due settimane a Venezia e poi di corsa a Roma, con piccole soste a Padova, Ferrara, Cento, Bologna, Perugia. A Firenze si ferma appena tre ore, tanta è l'ansia di riprendere il viaggio, ma la visiterà con cura sulla via del ritorno. Nella Città Eterna Goethe vive praticamente in incognito in via del Corso in quella che oggi è nota come la "casa di Goethe" insieme a una comunità di artisti tedeschi, visita capillarmente la città, studia l'arte e le antichità, riprende a scrivere. Il soggiorno romano è interrotto da un viaggio di alcuni mesi a Napoli e in Sicilia che lo incantano, poi ritorna a Roma e riprende la sua libera vita di artista. Ritrova se stesso, ha una storia importante con una giovane vedova ventitreenne che lo ripaga del lungo digiuno imposto dalla signora von Stein e nel giugno del 1788 ritorna a Weimar trasformato, restituito a se stesso. Un mese appena dopo il rientro incontra quella che sarà la sua compagna per quasi trent'anni, la giovanissima Christiane Vulpius, una ragazza di modesta famiglia che fa l'operaia in una fabbrica di fiori di seta: una bella figliola allegra e di grande buon senso, ottima padrona di casa, gran cuoca, madre affettuosa e in più il suo ero tikon. Già pochi giorni dopo il primo incontro Christiane andrà a vivere col poeta: relazione mal sopportata dalla buona società di Weimar per la differenza di ceto sociale tra i due partner e che mette ovviamente la parola fine al rapporto con Charlotte. Da Christiane Goethe avrà cinque figli, il primo soltanto dei quali, August, sopravviverà e raggiungerà l'età adulta; gli altri quattro moriranno appena nati, con ogni probabilità per un fattore di incompatibilità dei fattori Rhesus tra i genitori. Goethe sposerà Christiane solo dopo diciotto anni di libera convivenza e resterà vedovo nel 1816: Christiane muore ad appena 50 anni per problemi renali.

Al ritorno a Weimar il poeta viene sollevato dagli impegni amministrativi, conservando il ruolo di consigliere segreto del duca, la direzione del teatro e della biblioteca e altri incarichi di carattere culturale. Nascono poco per volta opere importanti: i romanzi "Le affinità elettive" e "Guglielmo Meister", saggi, poesie, i vari libri autobiografici, il "Faust", che sarà terminato pochi giorni prima di morire a 83 anni: per quei tempi una bella età.

A parte i due anni italiani, dove il clima caldo e asciutto lo mantenne sempre in salute, il meteoropatico Goethe soffrì sempre di disturbi di tipo influenzale, catarro, mal di denti (nota veramente dolente e quasi senza soluzione a quel tempo!), problemi di digestione. Tra il 1805 e il 1810 ebbe dolorose coliche renali, che spesso si ripetevano ogni mese e che venivano curate con lunghi soggiorni in località termali, attacchi reumatici, col passare degli anni tendenza alla pressione alta (curata con salassi) e disturbi cardiaci e circolatori. Nel 1801 ha un attacco di risipola che lo porta a un passo dalla morte; dell'inverno del 1823, a 74 anni, è una grave pleurite con pericardite che fa temere per la sua vita. Ma si riprende e nell'estate si reca a Marienbad, famosa località termale dove si dà appuntamento l'alta società e dove sa che incontrerà la bella signora Amalie von Levetzow con le sue tre figlie. La maggiore, Ulrike, ha diciannove anni ed è una bellezza in fiore. Goethe ne era un po' innamorato fin dagli anni precedenti, quando era poco più che una bambina, ora la rivede e la passione divampa. Corre da un medico, si fa visitare, vuol sapere se un matrimonio alla sua età può essergli dannoso, riceve risposta rassicurante e chiede in sposa la fanciulla. La risposta sarà negativa: la signora Amalie è onorata per la richiesta del grande Goethe, ma è imbarazzata per la differenza di età: cinquantacinque anni, veramente troppi! Lascia però che a decidere sia la figlia, la quale considera Goethe una specie di nonno, non ha voglia di sposarsi e infatti non si sposerà mai. Goethe riparte deluso e amareggiato e nel viaggio di ritorno in carrozza scrive quel capolavoro di passione e rinuncia che è l'"Elegia di Marienbad".

Gli anni successivi scorrono tranquilli, tra studi letterari e scientifici, instancabile creatività poetica, incontri con personalità della cultura e della politica che fanno a gara nel fargli visita, piccoli viaggi, onori che arrivano da tutte le parti. Nel 1830 il grande dolore: il figlio August, quarantenne, muore durante un viaggio in Italia, a Roma: vaiolo e "apoplessia cerebrale", si disse. È sepolto nel cimitero degli acattolici presso la piramide di Caio Cestio. La notizia provoca al padre un violento sbocco di sangue; ma poi si riprende e ritrova nel lavoro, nell'affetto della nuora Ottilie e dei tre nipotini la volontà di andare avanti.

La morte lo coglie in maniera abbastanza ina-

spettata, quasi certamente per infarto, il 22 marzo 1832. Il clima è ancora abbas tanza freddo ma c'è un bel sole e Goe the, uscito il 15 per una passeggiata in carrozza, si prende un raffreddore. Si mette a letto, ma la situazione peggiora al punto che la mattina del 20 viene chiamato il medico curante dottor Vogel, che lo trova in pessime condizioni: grande agitazione, violenti dolori al petto, colorito cinereo, occhi infossati, spenti: "Tutto il corpo ghiacciato grondava di sudore, quasi insensibile era il pols o, molto frequente, celere, duro; l'addome era molto gonfio, la sete tormentosa", così scrive il dottore. Le cure subito prestate (ma non sappiamo quali) sembrano efficaci e Goethe esce dalla crisi. Il giorno 21 passa abbastanza tranquillamente; la mattina del 22, seduto in poltrona, commenta - lui da sempre grande amico del sole - che è quasi primavera e che l'arrivo della buona s tagione l'aiuterà a r iprendersi del tutt o. Nessun presagio di morte. Sono le nove, cominciano le ultime tre ore di vita del poeta, che delira avendo accanto i familiari. Ha bisogno di bere, vuole che Ottilie gli dia "la sua cara zampetta", chiede "più luce". Si s pegne tra le braccia della nuora, tanto serenamente che lei neppure si accorge del momento della morte. È mezzogiorno, la stessa ora in cui è nato.

Check up italiano

Ogni tanto è opportuno dare la sveglia ai nostri lettori e concittadini, che molte cose le sanno, ma spesso fanno finta di non saperle. Ci soccorre in questo l'Istituto Superiore di Sanità, che mette in guardia sulle molte nostre manchevolezze, ottenute interrogando i cittadini stessi. Due terzi dei quali dichiara di sentirsi bene e solo il 4% di star male, ma sondando più a fondo si scopre che il 25% ha il colesterolo alto, il 21% è iperteso, il 18% soffre di una malattia cronica, l'8% ha una patologia respiratoria, un altro 8% è affetto da diabete, l'11% è obeso e il 29% è piuttosto sedentario. Tutto ciò è più frequente in chi è meno abbiente e ha un grado di istruzione scolastica più basso. Evidentemente, dato il buon livello della nostra sanità pubblica e la scarsa o punta informazione che riceviamo a scuola su come siamo fatti e su cosa rischiamo, questa penalizzazione non dovrebbe dipendere dal grado di scuola o dal non potersi permettere certe cure costose, ma dall'insufficiente abitudine a leggere e a imparare. Quanto ai vizi veri e propri, il 28% continua a fumare (32% gli uomini, 24% le donne) e i bevitori a rischio sono il 20% (25% gli uomini, 15% le donne). Le più colpite da tutto ciò sono le regioni centro-meridionali, tranne per l'alcol che prevale nel settentrione e nelle donne, chissà perché in quelle più istruite.

E.P.

Aggiornamenti cardiologici

di **Filippo Stazi**

Chirurgia bariatrica, obesità e diabete, il Trial STAMPEDE: L'associazione, tra l'altro in costante aumento, di diabete ed obesità costituisce uno dei maggiori problemi di salute pubblica in quanto in questi pazienti il controllo farmacologico della glicemia è spesso insoddisfacente. In questo trial randomizzato è stata valutata l'efficacia della terapia chirurgica in associazione a quella medica versus la sola terapia medica in 150 pazienti obesi con diabete mellito di tipo 2 seguiti per un anno. L'end point primario era la percentuale di pazienti che presentavano un valore di emoglobina glicosilata inferiore al 6%. La terapia chirurgica, chiamata bariatrica ed eseguita per via laparoscopica, consisteva nel bypass gastrico o nella tubulizzazione gastrica (ossia l'asportazione di un tratto verticale di stomaco in modo da rimpicciolire il contenitore gastrico). Al termine dello studio il 12% dei pazienti in sola terapia medica (gruppo A) aveva raggiunto l'end point primario contro il 42% di quelli sottoposti a bypass (gruppo B) ed il 37% di coloro che erano stati invece trattati (gruppo C) con la tubulizzazione ($p = 0.002$ e, rispettivamente, 0.008). Il valore medio dell'emoglobina glicosilata era 7,5% nel gruppo A, 6,4% nel gruppo B ($p < 0.001$) e 6,6% nel gruppo C ($p = 0.003$). Il calo ponderale era maggiore nei gruppi B (-29.4 Kg) e C (-25.1 Kg) che nel gruppo A (-5.4 Kg) ($p < 0.001$). Il ricorso, infine, a farmaci ipoglicemizzanti, ipolipemizzanti e ipotensivi era minore nei soggetti trattati chirurgicamente. La conclusione degli autori è quindi che la chirurgia bariatrica associata alla terapia medica permette un migliore controllo della glicemia nei soggetti obesi. Ulteriori studi sono però necessari per valutare la persistenza di tali effetti benefici nel lungo periodo. *(New Engl J Med 2012; 366: 1567-1576)*

Chirurgia bariatrica, obesità e diabete, the italian style: In questo studio italiano 60 pazienti con obesità, storia di diabete di tipo 2 da almeno 5 anni e livelli di emoglobina glicosilata > 7% sono stati randomizzati a terapia medica od a chirurgia bariatrica (bypass gastrico o diversione biliopancreatica). L'end point primario era costituito dal tasso di remissione (glicemia a digiuno < 110 mg/dl) del diabete a due anni e da valori di emoglobina glicosilata < 6,5% in assenza di terapia farmacologica. Al termine dei due anni dello studio il 75% dei pazienti trattati col bypass gastrico ed il 95% di quelli sottoposti a diversione biliopancreatica presentavano una remissione del diabete a fronte dello 0% del gruppo in terapia medica ($p < 0.001$). I livelli di emoglobina glicosilata, inoltre, erano, rispettivamente, 7,69%, 6,35% e 4,95% confermando, quindi, la superiorità dell'approccio chirurgico rispetto a quello medico nei pazienti obesi con diabete di tipo 2. *(New Engl J Med 2012; 366: 1577-1585)*

Infusione endovena od intracoronarica di abciximab durante angioplastica primaria per STEMI. L'AIDA STEMI Trial: Sebbene l'infusione intracoronarica di abciximab consenta di ottenere maggiori concentrazioni locali del farmaco, una migliore perfusione e maggiore riduzione dell'area infartuale confrontata con la somministrazione endovenosa, la sua sicurezza ed efficacia non è stata mai testata in uno studio di ampie dimensioni. Per ovviare a questa mancanza 2065 pazienti affetti da infarto con sopraslivellamento del segmento ST insorto da meno di 12 ore sono stati randomizzati a ricevere il bolo di abciximab (0.25 mg/kg) per via intracoronarica o per via endovenosa, seguito poi dall'infusione endovena di 0.125 µg/Kg/min (max 10 µg/min). L'end point primario, la combinazione di mortalità totale, recidiva infartuale o scompenso cardiaco di nuova insorgenza entro 90 giorni dalla procedura, non ha presentato differenze significative tra i due gruppi (7% somministrazione intracoronarica e 7.6% somministrazione endovena, p = 0.058). La mortalità totale (4.5% vs 3.6%) e le recidive infartuali (1.8% vs 1.8%) sono risultate simili mentre meno pazienti nel gruppo intracoronarico sono andati incontro ad episodi di scompenso (2.4% vs 4.1%, p = 0.04). La conclusione degli autori è che la somministrazione di abciximab per via intracoronarica è sicura e, alla luce della possibile riduzione degli episodi di scompenso cardiaco, probabilmente da preferire a quella per via endovenosa. *(The Lancet 2012; 379: 923-931)*

Chiusura o non chiusura del PFO. Il CLOSURE I: La prevalenza della pervietà del forame ovale nei pazienti con ictus senza causa apparente è maggiore che nella popolazione generale. La chiusura di tale pervietà è pertanto spesso raccomandata anche se non vi è certezza che tale procedura riduca il rischio di recidive ictali. Nel CLOSURE I 909 pazienti con pervietà del forame ovale e pregresso episodio ischemico cerebrale criptogenetico sono stati randomizzati a chiusura percutanea del forame ovale od alla sola terapia medica (aspirina e/o terapia anticoagulante). L'end point primario dello studio comprendeva la combinazione di ictus od attacco ischemico transitorio (TIA) a due anni, di morte da tutte le cause a 30 giorni e di morte per cause neurologiche tra il trentunesimo giorno ed i due anni. Tale end point è stato raggiunto dal 5.5% dei pazienti sottoposti a chiusura e dal 6.8% dei pazienti in terapia medica. Scomponendo l'end point nei suoi componenti la recidiva di ictus si è verificata nel 2.9% e, rispettivamente, 3.1% dei pazienti mentre un nuovo TIA si è osservato nel 3.1% e nel 4.1% dei due gruppi (p ns). Non si sono verificate morti nei primi 30 giorni né morti neurologiche nei due anni successivi. La conclusione dello s tudio è quindi che la chiusura della pervietà del forame ovale non sembra ridurre il rischio di recidive ischemiche cerebrali rispetto alla terapia medica in pazienti con ictus senza cause apparenti.
(New Engl J Med 2012; 366: 120-129)

Guardia medica acrobatica

di **Stefano Savonitto**

Essere di Guardia Medica il 24 dicembre pomeriggio (del 1982) può diventare elettrizzante quando squilla il telefono e una voce sofferente di anziana signora denuncia i sintomi di un infarto miocardico, inequivocabili anche per un medico alle prime armi. Giusto il tempo di capire bene nome, cognome e indirizzo, un'occhiata alla cartina di Udine e via al volo con la mia Renault 4 ("stai guidando un mito, non una macchina"). Di solito, a Udine non c'è traffico, ma nel tardo pomeriggio del giorno prima di Natale sono tutti in giro, maledizione! La guardia medica deve anche perdere tempo a cercare posteggio. Citofono... non risponde nessuno. Che fortuna, lo zio Danilo ha qui lo studio di commercialista (piccola Udine) e lavora anche il 24 sera: "zio, fammi entrare che sono di guardia e c'è una

signora al quinto piano che sta male". Su dalle scale di corsa (allenamento alpino). Busso alla porta: no answer. Ribusso e chiamo: no answer, ma si aprono le altre porte sul pianerottolo.
"Sono il medico della Guardia Medica (riconoscibile dalla borsa in mano...oggi non aprirebbe nessuno), la signora mi ha chiamato che stava male, credo sia un infarto".
"Cui, le siòre Rine?"
"No sai cemut ca si clamie! Non c'è un appartamento con il balcone comunicante?"
Suono all'appartamento di fianco. Apre bella donna sui 35, in vestaglia alquanto discinta:
"La signora di fianco a lei ha chiamato la guardia medica con dolore al petto e fiato corto, e ora non risponde e la porta è chiusa. Mi fa vedere se il suo balcone è attiguo?"
"Che cosa vuole fare?"
"Vedere se riesco a entrare dal balcone"
Detto fatto, sono sul balcone, sotto gli occhi della fata e dei vicini. Tre metri di distanza, buon cornicione, quinto piano, arrampicatore in piena f orma, parapetto scavalcato ("ma è pazzo?"). Sono sul balcone della signora con sospetto infarto. La porta-finestra del soggiorno è solo appoggiata (miracolo!). Entro in casa e la donna è per terra vicino alla cornetta del telefono. Breve calcolo dei tempi: morta da mezz' ora. Fine.
Esco sul pianerottolo, sono tutti lì...condoglianze...arrivano i vigili.
La fata non si sente molto bene per l' emozione "non si preoccupi, non è niente". La guardia medica non serve più. Rimonto sulla R4 e torno in Guardia.
Poco dopo la fata chiama e chiede aiuto al medico Rambo...solo nei film, non a Udine, dove a quell'ora tutti si preparano per andare alla Messa di Natale.

Staminali. Si riparte dai polmoni?

Grande scoperta e grandi speranze ci hanno dato le staminali. Queste cellule prelevate da differenti organi e inoculate in altri con il fine di migliorarne la struttura e la funzione. Una specie di microtrapianto, sul quale però gravano molti interrogativi: non solo il rigetto, che vuol dire la distruzione di queste cellule totipotenti prima che esse inizino l'opera riparatrice, ma soprattutto la difficoltà a creare una nuova struttura efficiente, a farla integrare con quelle vicine e che si mantenga nel tempo.
Per il cuore l'inoculazione delle cellule staminali nelle coronarie o direttamente nel suo muscolo ha dato molte delusioni e qualche flebile risultato positivo. Di quelli però che sono così vicini all'effetto placebo da non poter gridare, come Archimede, "eureka!" Ci sono stati purtroppo anche episodi negativi per la comparsa di aritmie pericolose, sulle quali si dovrebbe meditare con più attenzione.
Una nuova speranza ci sta arrivando da un gruppo di ricercatori della Harvard Medical School di Boston e dell'Università di Parma (NEJM, 12 maggio 2011), i quali, per ora in fase del tutto sperimentale, sono riusciti a riprodurre tessuto polmonare con tutta la sua complicata struttura alveolare e vascolare in animali inoculando staminali di polmoni umani. Queste hanno dimostrato una tale potenzialità da far sperare, con buone ragioni, che possano rigenerare anche le cellule e i vasi del cuore. Si sarà imboccata la strada giusta? I presupposti sembrano esserci tutti, o quasi.

E.P.

aforismi

Hanno litigato per dieci anni dandosi reciprocamente dell'imbecille, finalmente si sono resi conto di avere entrambi ragione e si sono riappacificati
> F. Fontanini

Non sono gay, ma posso imparare.
> Anonimo

Niente costa più caro dell'altruismo femminile.
> R. Gervaso

L'ambizione non ama l'umiltà e odia essere umiliata.
> M. Vassalle

La glossolalia, il parlare strano senza dire niente, che secondo San Paolo ha sempre esercitato grande attrazione sugli imbecilli, oggi deborda.
> F. Fontanini

Dagli pure il voto, ma non la mano.
> M. Maccari

Se uno diventa uomo dovrebbe avere la certezza di essere lui a vivere la vita e non viceversa.
> A. Puglisi

Si occupano dell'eternità coloro che hanno tempo da perdere.
> P. Valery

Un pittore mediocre, anche se si sforza di dipingere male, resta sempre mediocre.
> S. Dalì

Il denaro è ironico, ti permette di comperare tutto, meno ciò che è essenziale.
> G. Manganelli

a cura di Franco Fontanini

L'imbecille disprezza quello che non capisce, come l'intellettuale.
> I. Tavolati

Essere donna non è raccomandabile: diciamolo pure, è il primo, inevitabile passo, per diventare puttana.
> G. Manganelli

Per l'uomo d'affari l'onestà deve essere un modo per fare soldi, altrimenti non serve a niente.
> F. Fontanini

Si dice che la disonestà in politica non paga. E' vero, riscuote.
> C. Gragnani

Non mettete in banca la vostra vita.
> L. Spaziani

Non amiamo la stima per la stima, ma solo per i vantaggi che ci procura.
> C.A. Helvetius

Solo i cretini non hanno dubbi, di questo sono certo.
> F. Fontanini

La promessa della felicità è la più grande bufala del capitalismo.
> T. Swinton

Ansioso è chi guarda l'orologio, poi si chiede se è presto o tardi.
> R. Gervaso

Quando vide Eva, Adamo andò da Dio e gli disse:
"Com'è bella, perché l'hai fatta così bella?
"Perché tu ti innamorassi di lei, rispose Dio.
Dopo qualche giorno Adamo tornò da Dio e gli disse:
"Ma è stupida, perché l'hai fatta così stupida?
"Perché si innamorasse di te, gli rispose Dio.
> G. Manganelli

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.

40 idee per Conoscere e Curare il Cuore 2013

- Quanto conta veramente nell'ipertensione scegliere un farmaco piuttosto che un altro ?
- Il WPW asintomatico.
- La bicuspidia aortica con aorta dilatata. Diagnosi e terapia.
- Passato, presente e futuro della cardiochirurgia.
- L'ablazione delle arterie renali. Dal controllo della pressione ai possibili benefici nella cura dell'iperglicemia e dello scompenso.
- Il controllo ottimale dei fattori di rischio e l'impatto sulla prognosi.
- Da Filippide ai nostri giorni: esiste un nesso tra lo sforzo strenuo e la morte cardiaca ?
- I nuovi farmaci antitrombotici nella terapia delle sindromi coronariche acute: meglio o peggio degli inibitori P2Y12.
- I risultati deludenti dell'acido nicotinico: aumentare HDL e ridurre i trigliceridi non funziona.
- L'insufficienza cardiaca a frazione d'eiezione conservata: una malattia dell'atrio, del ventricolo o del rene ?
- Nuove frontiere nel trattamento dell'ictus: l'angioplastica carotidea e delle arterie cerebrali.
- La strana correlazione tra insufficienza renale ed infarto miocardico.
- L'impiego della TAC nel triage del dolore toracico: presente o futuro ?
- Dal trattamento del raffreddore alla prevenzione dell'infarto ed infine del cancro: l'aspirina.
- La troponina ad alta sensibilità sta entrando nella pratica clinica per escludere le sindromi coronariche acute ?
- La rivincita dello stent medicato. Con le nuove tecnologie il tasso di trombosi è persino inferiore a quello dello stent BARE.
- Differenza dei valori pressori tra le due braccia: significato ed impatto clinico.
- Oltre il colesterolo LDL: abbiamo altri marker a disposizione per definire il rischio nei soggetti in trattamento con statine ?
- Il programma "Heart Flow": la TAC con valutazione funzionale dei restringimenti coronarici: razionale e risultati.
- Sindrome metabolica e ablazione della FA.
- Le dissezioni coronariche spontanee.
- L'ablazione del nodo atrioventricolare nel trattamento della fibrillazione atriale. È ancora di attualità ?
- Una nuova frontiera della risonanza magnetica: la diagnosi di coronaropatia.
- Che cosa succede dopo 10 anni di terapia con statine ? I dati del Heart Protection Study.
- I dati a lungo termine degli stent bioassorbibili.
- Quando evitare la resincronizzazione ventricolare nello scompenso ?
- Qualche buona ragione per evitare la rivascolarizzazione mediante angioplastica delle ostruzioni croniche.
- AVR, la derivazione negletta che diventa protagonista.
- Nuovi tienopiridinici: quali effetti collaterali ci dobbiamo aspettare ?
- La placca aterosclerotica come end-point negli studi cardiovascolari.
- Cinque modi diversi per curare l'infarto rimuovendo il trombo.
- La robotica in cardiochirurgia.
- Stratificazione del rischio con ecodoppler nel paziente con stenosi aortica asintomatica: nuovi concetti.
- I risultati a lungo termine degli interventi valvolari percutanei.
- I risultati dell'angioplastica nel distretto femoro-popliteo. La tecnologia avanza: dal coronarico al periferico.
- Calcificazioni focali ed emorragia di placca: elementi di instabilità.
- La miocardite virale: diagnosi, prognosi e cura.
- Il trattamento della coartazione dell'aorta: tecniche vecchie e nuove a confronto.
- Le cellule staminali nella cardiomiopatia ischemica: qualcosa si muove.
- La sincope: cosa c'è di nuovo ?

Francesco Prati

40 idee per Conoscere e Curare il Cuore 2013

Sono 11 i crediti assegnati a "Conoscere e Curare il Cuore 2012"

XXX Congresso di Cardiologia del Centro per la Lotta contro l'Infarto Fondazione Onlus

Firenze, Palazzo dei Congressi
22 - 23 - 24 marzo 2013

Coordinamento: Francesco Prati

Segreteria: Alessandra Tussis

Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Capire per prevenire