

CUORE & Salute



Aspirina sì, Aspirina no

ANNO XXVIII

N. 7-8-9 LUGLIO-AGOSTO-SETTEMBRE 2010

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

Una pubblicazione del:



Centro per la Lotta contro
l'Infarto - Fondazione Onlus

**Abbiamo dato alla ricerca del
CLI il colore della speranza.
Ma abbiamo delle certezze.**



Lilli D'Agostino

A pagina 215



Centro per la Lotta contro
l'Infarto - Fondazione Onlus

Capire per prevenire



Foto iStockphoto.it

La bella avventura 197	News 228
110 anni di Aspirina 200	Dietoterapia dell'ipertensione arteriosa 230
Aspirina, marcia indietro 202	Conoscere e Curare il Cuore 2011 234
Aspirina sì, Aspirina no 204	Lettere a <i>Cuore e Salute</i> 238
Medici ieri e oggi 206	Ennio Morricone 242
Angioplastica e infarto 210	Il piede diabetico 246
La ricerca del CLI 215	Quaderno a Quadretti 249
I like Ike 218	Le extrasistoli 252
Storia degli anticoagulanti 222	Aforismi 254
Prevenzione per tutti 224	

www.centrolottainfarto.it

Cuore e Salute

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

Anno XXVIII - n. 7-8-9 Luglio-Agosto-Settembre 2010
Tariffa Associazione senza fini di lucro: *Poste Italiane SpA - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art 1 comma 2 DCB - Roma*

Pubblicazione registrata al Tribunale di Roma il 3 giugno 1983 n. 199

Associata Unione Stampa Periodica Italiana 

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

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

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

E-mail: cuoreesalute@centrolottainfarto.it

Direttore Responsabile
Franco Fontanini

Coordinamento Editoriale
Lilli D'Agostino

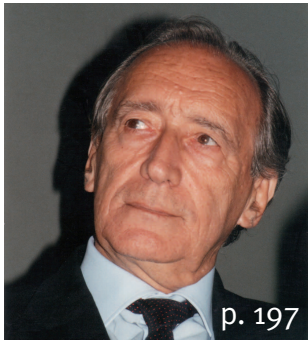
Redazione
Mario Albertucci
Filippo Altilia
Vito Cagli
Bruno Domenichelli
Antonella Labellarte
Salvatore Milito
Mario Motolese
Massimo Pandolfi
GianPietro Sanna
Luciano Sterpellone

Vice Direttori
Eligio Piccolo
Francesco Prati

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

Progetto Grafico
Gentil Srl [Valentina Girola]

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



La bella avventura Eligio Piccolo 197

Tutto quello che si deve sapere su ...

110 anni di Aspirina Filippo Stazi 200

Aspirina, marcia indietro Eligio Piccolo 202

Aspirina sì, Aspirina no Francesco Prati 204

Medici: l'impotenza di ieri, l'incertezza di oggi Vito Cagli 206

Dal Congresso *Conoscere e Curare il Cuore* 2010

**La fine dell'angioplastica facilitata nell'infarto:
dal pre-trattamento al perfezionamento delle tecniche
di rimozione del trombo** Francesco Prati, Fabrizio Imola 210

• *Cuore di donna ancora più protetto [Elegio Piccolo]* 214

La ricerca del CLI 215

**La Palla di Tiche
I like Ike** 218

• *La sindrome di Grinch [E. P.]* 221

La travagliata storia degli anticoagulanti Franco Fontanini 222

Basta poco. La prevenzione a portata di tutti 224

Mario Albertucci, Ilaria Congia



p. 200



p. 224



News

Aggiornamenti cardiologici Filippo Stazi 228

Dietoterapia dell'ipertensione arteriosa Vito Cagli 230

Conoscere e Curare il Cuore 2011 234

Lettere a Cuore e Salute 238

- *La sauna fa bene a tutti i mali?* [Franco Fontanini]

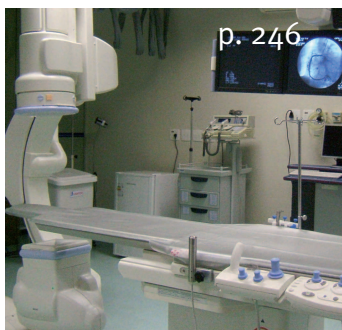
- *Prova da sforzo negli anziani* [Eligio Piccolo]

Ennio Morricone: genio, footing e premio Nobel 242

Franco Fontanini

Passi avanti del piede diabetico 246

Intervista di Mario Albertucci a Cesare Ambrogi, Direttore della Radiologia vascolare dell'Ospedale San Giovanni di Roma

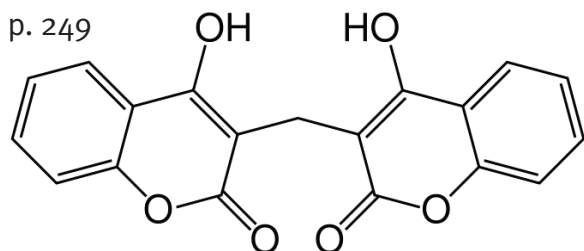


Quaderno a Quadretti Franco Fontanini 249

Le extrasistoli Eligio Piccolo 252

Aforismi 254

p. 249



Cuore e Salute è una pubblicazione del



Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Il **Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus**, nato nel 1982 come Associazione senza fini di lucro, dopo aver ottenuto, su parere del Consiglio di Stato, il riconoscimento di personalità giuridica con decreto del 18 ottobre 1996, si è trasformato nel 1999 in Fondazione, ricevendo in tale veste il riconoscimento governativo. È iscritto nel registro Onlus.

Il **Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus** riunisce popolazione e medici, ed è sostenuto economicamente dalle quote associative e dai contributi di privati, aziende ed enti. Cura la diffusione nel nostro paese dell'educazione sanitaria e della cultura scientifica ai fini della prevenzione delle malattie di cuore, in particolare dell'infarto miocardico, la principale causa di morte. Per la popolazione ha allestito la mostra **Cuorevivo** che ha toccato tutti i capoluoghi di regione, pubblica l'*Almanacco del Cuore* e la rivista mensile **Cuore e Salute**. Per i medici organizza dal 1982 il congresso annuale **Conoscere e Curare il Cuore**. La manifestazione, che si tiene a Firenze e che accoglie ogni anno diverse migliaia di cardiologi, privilegia gli aspetti clinico-pratici sulla ricerca teorica.

Altri campi d'interesse della Fondazione sono le indagini epidemiologiche e gli studi di prevenzione della cardiopatia ischemica in Italia. In particolare negli ultimi anni ha partecipato con il "Gruppo di ricerca per la stima del rischio cardiovascolare in Italia" alla messa a punto della "Carta del Rischio Cardiovascolare", la "Carta Riskard HDL 2007" ed i relativi software che permettono di ottenere rapidamente una stima del rischio cardiovascolare individuale.

La Fondazione ha inoltre avviato un programma di ricerche sperimentali per individuare i soggetti più inclini a sviluppare un infarto miocardico. Il programma si basa sull'applicazione di strumentazioni d'avanguardia, tra cui la Tomografia a Coerenza Ottica (OCT), e di marker bioematici.

Infine, in passato, la Fondazione ha istituito un concorso finalizzato alla vincita di borse di studio destinate a ricercatori desiderosi di svolgere in Italia un programma di ricerche in ambito cardiovascolare, su temi non riguardanti farmaci o argomenti di generico interesse commerciale.

Presidente

FRANCESCO PRATI

Presidente onorario

MARIO MOTOLESE

Consiglio di Amministrazione

MARIO ALBERTUCCI, BRUNO DOMENICHELLI, FRANCO FONTANINI, FABRIZIO IMOLA, ANTONELLA LABELLARTE, MARIA TERESA MASCAGNI, MARIO MOTOLESE, ELIGIO PICCOLO, FRANCESCO PRATI, FILIPPO STAZI

Consiglio Generale

MARIO ALBERTUCCI, ALESSANDRO BOCCANELLI, BRUNO DOMENICHELLI, FRANCO FONTANINI, GIANCARLO GAMBELLI, CESARE GRECO, FABIO MENGHINI, ALESSANDRO MENOTTI, MARIO MOTOLESE, FRANCESCO PRATI

Soci sostenitori

ASTRAZENECA, BANCA FIDEURAM, BANCA NAZIONALE DEL LAVORO, BAYER SCHERING PHARMA, BOEHRINGER INGELHEIM ITALIA, BRISTOL-MYERS SQUIBB, FERROVIE DELLO STATO, I.F.B. STRODER, ISTITUTO LUSO FARMACO D'ITALIA, ITALFARMACO, MEDTRONIC ITALIA, MERCK SHARP & DOHME, NOVARTIS FARMA, PFIZER ITALIA, RCS RIZZOLI PERIODICI, ROCHE, ZAMBON ITALIA.

La bella avventura

di Eligio Piccolo

Come e quando conobbi Pier Luigi Prati “non è mestieri”, direbbe Dante, ma sul “che e come” si formò il nostro rapporto sono invece sicuro che chi l’ha conosciuto possa trovare da questi miei ricordi, a distanza di un anno dalla sua scomparsa, un modo di restare ancora insieme, di ricordare i bei tempi andati e le persone che ci hanno lasciato dei solidi esempi. Mi viene alla mente, scusate il romanticismo, una frase letta da ragazzo in un libretto francese dove il nipote, affascinato dai racconti della nonna su un grande personaggio, la incalzava con “parle moi de lui, grande mère”, parlami di lui, nonna. Ho molti dubbi piuttosto di riuscire io, con le mie parole, a trasmettervi quanto ci ha lasciato Prati, ma tuttavia penso che anche il solo tentativo di farlo valga di per sé la pena.

Forse quel nostro rapporto si perde nel Messico cardiologico che in parte ci aveva formato e nei primi incontri congressuali, là verso gli anni sessanta e settanta. Ma in che modo la nostra amicizia nacque e crebbe è un pensiero che mi riporta alla memoria almeno due ricordi significativi: una telefonata da Ancona di molti anni fa quando, lasciate le nostre difficili Università, eravamo entrambi impegnati a

Il Prof. Pier Luigi Prati



dirigere reparti ospedalieri, nella quale egli mi incoraggiava a non abbandonare il filone di ricerca e di insegnamento dell'elettrocardiografia, che tanto mi appassionava; e più oltre la notizia che lui, Prati, già noto e stimato per la sua autorevolezza, mise in allarme il nostro mondo, trovandomi al suo fianco, nel segnalare il malcostume di sponsorizzare troppi medici e loro familiari a congressi in giro per il mondo, più turistici che culturali. Da allora anche qualche politico cominciò a rivedere certe cattive abitudini e a porvi rimedio, peccato che siano servite poco come autocritica. Benché ci incontrassimo allora raramente, tra noi si era stabilito, quasi di sop-

piatto, un feeling di stima e di amicizia, le occasioni per dimostrarcelo si concretizzarono soprattutto dopo il suo arrivo a Roma, quando iniziò la meravigliosa opera del *Centro per la Lotta contro l'Infarto*, del Congresso di Firenze e della rivista *Cuore e Salute*, che stanno raggiungendo la trentesima edizione. Anche la collaborazione in queste sue iniziative, specie in quella dello scrivere, fu idea sua, e grato mi sento tuttora per i consigli, sempre gentili, e per la critica, sempre benevola, che mi ha riservato. Negli ultimi dieci anni ci si vedeva, lui, Fontanini ed io quasi mensilmente ad elaborare le iniziative per rendere più accogliente e interessante questo perio-



Piccolo, Fontanini e Prati durante una riunione del Comitato di redazione di *Cuore e Salute* (2007)

dico. Le idee nuove ci venivano non per emulazione, ma spontaneamente come i fiori che nascono in un humus comune.

Tutti e tre, ma anche Cagli, Sanna, Domenichelli, Sterpellone e molti altri avevamo vissuto la cardiologia degli ultimi cinquant'anni, il periodo del suo maggiore sviluppo. E tutti avevamo guardato, con occhio certamente critico, ma sempre benevolo, i vari personaggi, le loro ambizioni, le loro debolezze; seguivamo con la dovuta relatività le nuove conquiste mediche e terapeutiche, che giudicavamo, non prima, ma dopo averne constatato i risultati sui pazienti. Cercavamo insomma di interpretare il parere di questi, l'unico secondo noi capace di tenerci lontani dai facili entusiasmi e più vicini alla loro qualità di vita.

Di Prati fu l'iniziativa delle lettere a lui dirette dai lettori, l'intervista ai personaggi che hanno fatto la Cardiologia Italiana, lo spiegare ai lettori i complessi problemi medici nel modo più comprensibile, senza travisare la verità scientifica. A Fontanini va il grande merito di aver retto la rivista per tanti anni e di averle dato quel tocco di letterario e di giornalistico, che gli veniva dalla cultura e dalla passione di una vita. E in perfetta

armonia con l'amico Gigi, quasi l'avesse programmata, l'aver cercato di tradurre al lettore tante notizie mediche, talvolta crude o serie, nella versione più gradevole attraverso le molte curiosità e gli aneddoti storici, ma anche quelli personali. Il risultato, a detta dei lettori e dalla tiratura di *Cuore e Salute*, è quello che ci incoraggia ancora oggi, nonostante Prati non sia più con noi, fisicamente s'intende, perché l'esempio continua e continuerà sotto traccia.

Sono stati difficili per tutti gli anni della sua sofferenza, ma più lo sono questi attuali della sua mancanza. Le telefonate che periodicamente ci facevamo esordivano sempre con il suo "Caro amico", che mi ritorna nostalgicamente come un'affettuosa solidarietà e un incitamento nel cammino di questa bella avventura iniziata tanti anni fa e che, grazie all'impegno di tutti e in particolare di Francesco, continua ancora.

TUTTO QUELLO CHE SI DEVE SAPERE SU ...

110 anni di Aspirina

ASPIRINA

di Filippo Stazi

La storia dell'aspirina o acido acetilsalicilico è estremamente lunga. Già Erodoto, infatti, riferiva di un popolo che era solito mangiare le foglie di salice e che sembrava dotato di particolare resistenza alle malattie. 2500 anni fa Ippocrate esaltava gli effetti antidolorifici ed antipiretici della polvere amara che poteva essere estratta dalla corteccia del salice e vi è notizia che tale preparato fosse noto anche a sumeri, assiri ed egizi oltre che ai nativi americani.

Nel corso del Medio Evo la corteccia di salice bollita era entrata nella tradizione contadina come rimedio per la cura dei dolori. Purtroppo tale tradizione venne interrotta, in gran parte dell'Italia, a seguito dell'introduzione del divieto di raccolta dei rami di salice che, estremamente flessibili, erano nel frattempo diventati materia prima indispensabile per la fabbricazione dei cesti.

Dopo secoli di silenzio bisogna aspettare fino al 1757 perché un sacerdote, il reverendo Stone, scopra nuovamente gli effetti benefici della corteccia del salice ed illustri, in una famosa lettera alla *Royal Society*, il razionale del suo utilizzo contro la febbre.

Circa 30 anni dopo, nel 1828, Johan A. Buchner isolava la sostanza attiva dell'estratto della corteccia del salice bianco e la chiamava salicina. Qualche anno più tardi un farmacista francese, Henri Leroux, ed un chimico italiano emigrato a Parigi, Raffaele Piria, osservando che la salicina si comportava come un acido



Spiraea Ulmaria

quando veniva sciolta in acqua, la rinominarono acido salicilico.

Nel 1860 Herman Kolbe ottenne la sintesi chimica dell'acido salicilico abbattendone i costi di produzione e non molto tempo dopo, nel 1876, il primo articolo scientifico sugli effetti della terapia con l'acido salicilico apparve su *The Lancet*.

Nel 1897 Felix Hoffmann ed altri chimici della *Friedrich Bayer & Co.* aggiunsero all'acido salicilico un gruppo acetile producendo così l'acido acetilsalicilico che, rispetto al composto da cui derivava, presentava minor incidenza di effetti collaterali a parità, però, di efficacia terapeutica. Era nato il primo farmaco di sintesi e con esso l'industria farmaceutica.

La *Bayer* brevettò l'acido acetilsalicilico il 6 marzo 1899 (110 anni fa!) col nome di aspirina che derivava dalla combinazione del prefisso "a-" (indicante il gruppo acetile), della prima parte "-spir-" (del nome del fiore, *Spiraea ulmaria*, da cui nel frattempo si era cominciato ad estrarre l'acido salicilico) e dal suffisso "-ina" (oggi come allora frequentemente usato nella denominazione dei farmaci).

La sconfitta tedesca nella prima guerra mondiale costò però alla Bayer il diritto all'utilizzo del marchio in molti paesi e, per esempio, dal 1921, dopo una sentenza della corte federale, negli Stati Uniti il termine "aspirina" divenne un nome generico non più soggetto a brevetto. In altre nazioni, invece, tra cui l'Italia, il nome "Aspirina" è ancora un marchio registrato. Solo nel corso degli anni 70 del secolo scorso è stato compreso il meccanismo



John Vane, premio Nobel per la Medicina

d'azione dell'acido acetilsalicilico, ossia l'inibizione irreversibile dell'enzima cicloossigenasi con il conseguente blocco della produzione di trombossani e prostaglandine. Tale scoperta è valsa a John Vane il premio Nobel per la Medicina nel 1982.

Da allora le indicazioni terapeutiche dell'aspirina si sono enormemente espanse, comprendendo tra l'altro, oltre alle classiche azioni antinfiammatoria, antipiretica e antidolorifica, la prevenzione e la terapia della cardiopatia ischemica, delle arteriopatie periferiche e delle tromboembolie cerebrovascolari.

Dal 6 marzo del 1899 sono trascorsi 110 anni ma nulla lascia presagire che sia vicino il momento in cui sarà scritta l'ultima pagina dell'affascinante storia dell'aspirina.

TUTTO QUELLO CHE SI DEVE SAPERE SU ...

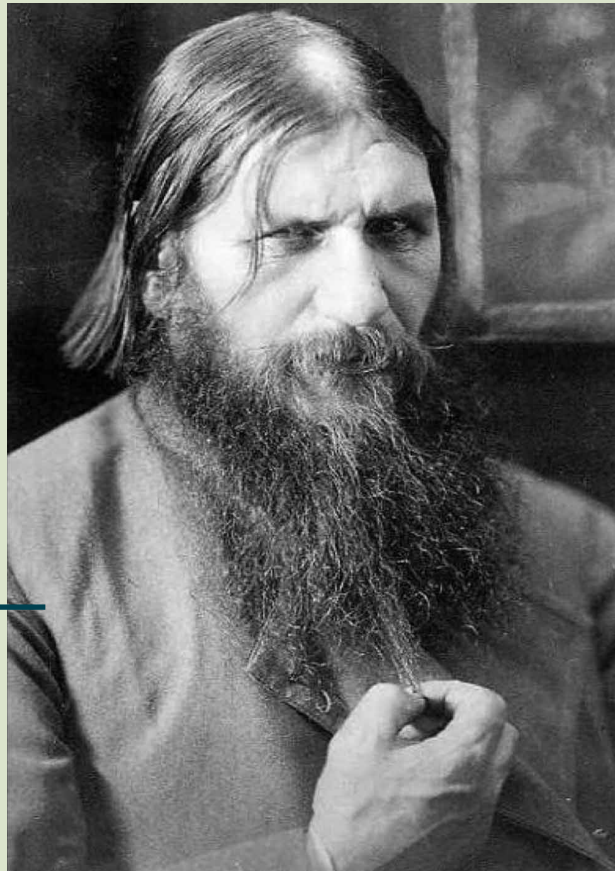
ASPIRINA

Aspirina, marcia indietro

di Eligio Piccolo

L'aspirina non è nuova ai dietrofront. Il primo lo dovette subire circa un secolo fa quando la zarina volle prescriverla al povero Zarievic emofilico: anziché lenirgli i dolori, glieli aggravò a causa delle emorragie articolari, fu bandita dalla Russia e fece la fortuna della medicina alternativa, capeggiata dal monaco Rasputin. La seconda marcia indietro fu determinata dalle emorragie digestive, che capitavano soprattutto agli ulcerosi. Ma da quando si è debellato l'*helicobacter* e sono stati introdotti i gastroprotettori, l'aspirina ha avuto via libera e la sua diffusione a beneficio del cuore e dei vasi, dopo la scoperta delle proprietà antiaggreganti, non ha più avuto ostacoli, se non quelli dell'intolleranza individuale.

Oggi, più di 40 milioni di statunitensi, un quinto della popolazione e la metà degli over 65, usa l'aspirina per prevenire l'infarto e l'ictus, sia che queste patologie si fossero già in qualche modo manifestate (prevenzione secondaria) e sia che i consumatori fossero apparen-



Il monaco Rasputin

temente sani (prevenzione primaria). Il consumo in USA supera i 20 miliardi di compresse l'anno, contenenti da 81 a 325 mg di acido acetilsalicilico.

Lo studio che ha determinato questo enorme successo è l'US Physicians Health (*New England Journal of Medicine* 1989;321:129), nel quale più di 22.000 maschi senza precedenti di malattie cardiovascolari furono trattati per 5 anni con 325 mg di aspirina a giorni alterni. Essi, rispetto ai placebo, furono graziati da una riduzione del 44% di infarto miocardico, ma non di ictus né di mortalità. Da allora si è proposta la prevenzione primaria con aspirina alle dosi da 75 a 162 mg/die, praticamente a tutti, specie dopo i 50 anni.

Durante gli ultimi 10 anni, onde verificare se quei risultati fossero ancora validi, si sono intrapresi vari studi. Ne possiamo catalogare almeno otto di prevenzione primaria, nei quali l'aspirina è stata somministrata alle dosi per lo più di 100 mg al

giorno. Purtroppo, fatta la conta, non s'è potuto confermare il precedente beneficio, tanto che la *Food and Drug Administration*, l'organo di controllo USA che nel 1988 aveva dato l'ok per la prevenzione secondaria, nel 2003, dopo i risultati di quegli studi, non ha approvato l'uso dell'aspirina nella prevenzione primaria.

In conclusione, appare chiaro che l'uso dell'aspirina, almeno nelle dosi intorno ai 100 mg giornalieri (la oramai classica cardioaspirina), è ingiustificato nei soggetti senza precedenti cardiovascolari, ancorché maschi e che abbiano superato l'età del minor rischio. Tuttavia, non tutti sono convinti di questa marcia indietro e alcuni, ancora suggestionati dal primo studio che riduceva l'infarto del 44% assumendo 325 mg di aspirina ogni due giorni, le rimangono fedeli e propongono 162 mg al dì, che sarebbero circa la metà dei 325. Non è una conclusione da prevenzione razionale ma, come dicono gli spagnoli, "si por las moscas".

Meno infarti in Canada

Nell'Ontario in Canada durante il decennio dal 1994 al 2005 la mortalità per malattia coronarica è diminuita del 35%: in parte per la maggiore attenzione ai fattori di rischio (fumo, colesterolo, inattività fisica), in parte per i progressi assistenziali (farmaci, bypass, angioplastica). Nonostante, dicono gli esperti nel JAMA di maggio 2010, il peso e il diabete siano aumentati. Speriamo anche da noi.



TUTTO QUELLO CHE SI DEVE SAPERE SU ...

ASPIRINA

Aspirina sì, Aspirina no

di Francesco Prati

È nozione comune che l'Aspirina rappresenti un rimedio per l'infarto. Il farmaco, infatti, inibendo la ciclo-ossigenasi, è in grado di favorire la risoluzione del trombo intracoronarico, l'evento finale nella genesi dell'infarto. La prima dimostrazione di efficacia dell'Aspirina nella terapia dell'infarto risale agli anni 80, epoca in cui lo studio ISIS I evidenziò una riduzione della mortalità nei soggetti trattati con Aspirina. Il trial non passò inosservato. Che l'Aspirina, il rimedio più diffuso nella cura del raffreddore, potesse perfino combattere l'infarto, sembrava più una curiosità da Settimana Enigmistica che non la conclusione di uno studio randomizzato e pubblicato dalla prestigiosa rivista *Lancet*. Venne poi la trombolisi sistemica e qualche anno dopo l'angioplastica. L'Aspirina passò in secondo piano ma rimase un farmaco importante nella terapia dell'infarto e un cardine della prevenzione secondaria, utile per evitare le recidive infartuali.

Il ruolo dell'Aspirina in prevenzione primaria è invece rimasto un argomento controverso.

Una recente meta-analisi pubblicata su *Lancet* nel 2009 "Antithrombotic Trialists" (ATT) Collaboration: "Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials", ha permesso di chiarire qualche dubbio.



I dati provenivano da sei trials sull'impiego di Aspirina in prevenzione primaria, che complessivamente valutavano 95.000 individui. Rispetto al placebo, l'uso di Aspirina riduceva gli eventi cardiovascolari del 12%, soprattutto per la riduzione dell'infarto non fatale. L'effetto sull'ICTUS era invece abbastanza contenuto, con un incremento al limite della significatività per quello emorragico e una riduzione modesta per l'ICTUS ischemico. L'Aspirina aumentava invece in modo significativo sia i sanguinamenti gastrointestinali che quelli extracranici.

Come va interpretato lo studio nel suo complesso? Una prima osservazione da farsi è che l'incidenza annuale di eventi cardiovascolari in una popolazione senza malattia coronarica è molto contenuta, attestandosi solamente allo 0.6% l'anno. Pertanto, anche la riduzione assoluta degli eventi cardiovascolari in seguito all'uso di Aspirina, non può che essere trascurabile in valore assoluto. È quindi difficile sostenere l'utilità dell'Aspirina in prevenzione primaria, anche in considerazione degli effetti collaterali di tipo emorragico causati dal farmaco.

Ci si potrebbe chiedere se i soggetti con rischio cardiovascolare più alto rappresentino una categoria che beneficia dall'uso di Aspirina. Curiosamente la meta-analisi dimostra che la riduzione

degli eventi vascolari, in seguito all'assunzione di Aspirina, non è in relazione al rischio complessivo di andare incontro ad eventi cardiovascolari. La stessa osservazione va estesa ad altre variabili quali l'età, il sesso e i fattori di rischio tradizionali.

Non tutti i punti vengono chiariti. Non è dato sapere se i soggetti con aterosclerosi in distretti arteriosi non cardiaci o con placche coronariche rilevate ad esempio alla TAC, ma in assenza di sintomi, possano rappresentare una categoria da indirizzare all'Aspirina. Non si hanno a disposizione dati conclusivi sull'impiego dell'Aspirina nel soggetto diabetico. Infine non si sa quale sia esattamente il ruolo del farmaco in aggiunta alle statine, molecole estremamente efficaci nel prevenire eventi cardiaci e per di più con un basso profilo di rischio.

Rimangono ancora molti quesiti, ma si fa largo il convincimento che somministrare l'Aspirina in modo indiscriminato, per la prevenzione primaria dei soggetti con qualche fattore di rischio, rappresenti un errore.

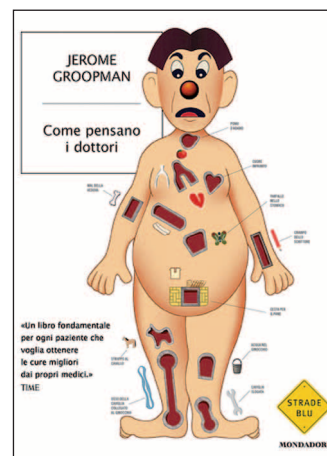
Medici: l'impotenza di ieri, l'incertezza di oggi

di Vito Cagli

Come pensano i dottori è un libro, comparso nel 2008 in edizione italiana per Mondadori, scritto da un onco-ematologo di Harvard, il dottor Jerome Groopman. Mentre lo leggevo mi è tornato alla mente per assomiglianza un vecchio libro, *Camice bianco*, opera del chirurgo inglese James Harpole, che sempre Mondadori aveva stampato nel 1940 e che ebbe grandissimo successo, sia in Italia sia in altri paesi d'Europa.

Il quadro che emerge dal confronto tra questi due libri, pubblicati a distanza di 68 anni l'uno dall'altro, mostra non soltanto le enormi differenze di una medicina che nell'intervallo di tempo è passata da un ancora scarso potere diagnostico e terapeutico ad una efficienza ed efficacia davvero notevoli, ma anche come sia cambiata la posizione del medico nella società e nei confronti del paziente.

Il libro di Harpole è costruito come un riesame che l'autore compie delle sue schede cliniche, con le associazioni di ricordi, di pensieri e di considerazioni che una tale operazione comporta. Sono casi drammatici quelli che subito incontriamo: una morte per tetano, una per tubercolosi polmonare, e poi l'epidemia di influenza "spagnola" del 1918, il diabete che porta a morte una bambina in era pre-insulinica. Il medico è presentato come uno che decide, perché spetta a lui farlo. Amputare o non amputare un dilemma non facile a sciogliere di fronte a una ferita complicata da un'infezione non dominabile in era pre-antibiotica. La comunicazione alla moglie della eventualità di dover amputare dà luogo alle riserve della donna cui il medico risponde:



“Non ve ne domandiamo il permesso, ve ne avvertiamo”.

Poi all'altro medico curante, che è l'autore del libro, viene in mente la possibilità di ricorrere ai sulfamidici, da poco entrati in commercio (siamo nella seconda metà degli anni '30), e il malato guarisce senza la necessità di amputare. Dunque, al tempo stesso, il medico decide e la medicina propone nuove armi per combattere il male. Quest'ultimo aspetto è quello che percorre tutto il libro. Ottimismo, entusiasmo, perché la medicina fa progressi: non si parla soltanto dei sulfamidici, ma anche dello pneumotorace, delle vitamine, dell'insulina, dell'eparina. Il medico, e qui tanto più il chirurgo, è chiamato a fare: interviene, sconfigge il male, salva molte vite. Ecco perché in quegli anni '40 il libro di Harpole fu “responsabile” della scelta di molti giovani di divenire medici: trasmetteva entusiasmo. Tra gli studenti di medicina di allora pochi erano quelli che non lo avevano letto!

Completamente differente è l'atmosfera che si respira nel libro di Groopman, pur costruito in modo simile al primo, attraverso interviste con altri colleghi, oltre che sulla base dei ricordi di malati personalmente seguiti. Qui dominano l'incertezza e il problema della comunicazione al paziente.

L'incertezza in medicina è emersa negli ultimi decenni in relazione con il passaggio ad una visione probabilistica degli eventi, ivi compresi quelli medici. La statistica ne è uno degli aspetti più evidenti



e rappresenta una modalità diffusa di espressione per giudicare la frequenza di determinati sintomi e segni in una determinata malattia, la probabilità di efficacia di una terapia in una data condizione morbosa e così via. Ma nel libro di Groopman l'incertezza in cui ci muoviamo e di cui il medico dovrebbe essere ben consapevole, viene enfatizzata e soprattutto viene presentata come qualcosa di cui lo stesso paziente dovrebbe essere messo a parte. Scrive Groopman:

“Paradossalmente, far rientrare nei giochi l'incertezza può accrescere il potere terapeutico di un medico, perché dimostra la sua onestà, la volontà di lasciarsi coinvolgere dal paziente, l'essere ancorato alla realtà invece di ricorrere all'evasività, a mezze verità o a mezze bugie”.

Una frase che contiene due affermazioni: quella che riguarda l'incertezza, e noi pensiamo che possa essere comunicata al paziente nei termini dell'incertezza della medicina, ma molto meno lo dovrebbe essere nei termini dell'incertezza del medico; quella che riguarda la verità al paziente che, a parer nostro, va comunicata anche se non sempre tutta e neppure sempre a tutti.

Ma ciò che domina in questo libro, scritto peraltro in modo piacevole per esser letto soprattutto da non-medici, è il messaggio di insicurezza che esso comunica. Un messaggio che porta con sé dei rischi, perché se è vero che la medicina clinica opera in condizioni di incertezza e che il medico ne debba sempre tener conto, è anche vero però che questa incertezza non si deve trasformare in insicurezza rovesciata addosso al paziente nel momento della sua debolezza.

Ora, viene da chiedersi, come si spiega il fatto che in più di mezzo secolo, un intervallo durante cui sono stati fatti enormi progressi tanto nel campo della diagnosi, quanto in quello della terapia, si sia passati, paradossalmente, da una medicina vissuta come certezza ad una proposta come incertezza. La risposta, a nostro avviso, non sta all'interno della medicina, ma piuttosto all'interno della società. Il fatto è, per dirla in modo semplice che tutti i rapporti padre-figlio si sono avviati a trasformarsi in rapporti fratello-fratello. Magari, se si vuole, fratello maggiore-fratello minore, ma pur sempre rapporti non di "soggezione" ma di scambio alla pari (o quasi). Sono rimasti pochi esempi di un rapporto paternalistico: il comandante di una nave o di un aereo (specie in situazioni di emergenza) e, in parte, il direttore d'orchestra, specie un grande direttore d'orchestra, anche se pure qui non sono mancate contestazioni.

Eppure, benché la figura del medico non abbia più l'alone di sicurezza, prestigio e autorevolezza che gli era proprio fino

alla metà del secolo scorso, le iscrizioni alla Facoltà di Medicina non sono per nulla in calo, anzi. I libri che parlano di medici e di medicina non dipingono più situazioni come quelle descritte da James Harpole, ma rappresentano, come nel libro di Jerome Groopman, un rapporto medico-paziente più difficile, una medicina più contestata, anche se indubbiamente più "potente". Che cos'è allora che attira i giovani? Può darsi che lo ER televisivo, nella sua rappresentazione parziale della realtà, che fa prevalere la sicurezza, la prontezza e l'efficacia dell'intervento del medico, abbia oscurato l'altro messaggio, quello di libri come quello di Groopman. Crediamo comunque che la medicina abbia in sé un fascino profondo capace di attirare sempre molti giovani, per vie diverse.

E tuttavia vorremmo sperare anche in libri che, rivolgendosi al grande pubblico, ivi compresi coloro che intendono intraprendere gli studi medici, parlasse della medicina e dei medici con il linguaggio con cui ne hanno parlato Giorgio Cosmacini e Claudio Rugarli nella loro bellissima *Introduzione alla medicina* (Laterza, Roma-Bari 2000) da cui traiamo la seguente citazione:

"Un discorso importante riguarda le forme della comunicazione tra medico e ammalato. Nella maggior parte dei casi è sufficiente che il medico spieghi all'ammalato, in termini comprensibili, in che cosa



consista il suo stato morboso o, se esistono delle incertezze, da che cosa derivano. Anche in quest'ultimo caso non deve dare una sensazione di disorientamento, che provocherebbe notevole ansia nel paziente, ma spiegarli come affronterà le incertezze. Una situazione difficile è vissuta molto meglio se si sa di avere al fianco un professionista competente che fa del suo meglio. In pratica, il medico

deve fare con il suo paziente uno sforzo di volgarizzazione delle conoscenze mediche implicate nel suo caso”.

Insomma, quello che va adoperato è un linguaggio semplice, chiaro, onesto che ponga i problemi nella loro giusta luce, ma che offra sempre una via per affrontarli nel modo migliore: qualcosa di mezzo tra ciò che i due libri di cui abbiamo parlato ci hanno mostrato.



Foto scattata durante uno dei tanti viaggi in giro per il mondo dal Prof. Antonio Masoni, primario di Ferrara, prezioso collaboratore della rivista con foto e articoli.

DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2010



**CONOSCERE
E CURARE
IL CUORE 2010**

Atti
XXVII Congresso del
Centro per la Lotta
contro l'Infarto
Fondazione Chiesi

a cura di
Francesco Prati
Firenze, 26-28 Marzo 2010

EDIZIONI URBAN

La fine dell'angioplastica facilitata nell'infarto: dal pre-trattamento al perfezionamento delle tecniche di rimozione del trombo.

di **Francesco Prati e Fabrizio Imola**

Cardiologia Interventistica Ospedale San Giovanni-Addolorata, Roma

L'illusione dell'angioplastica facilitata

LA FACILITAZIONE CON LA TROMBOLISI

La facilitazione farmacologica dell'angioplastica primaria mediante l'impiego di strategie finalizzate all'apertura precoce dell'arteria culprit è stata considerata un'ipotesi molto attraente, che ha generato diversi studi sull'argomento. Il rationale per l'impiego della facilitazione farmacologica scaturisce dall'osservazione, quasi ovvia, che l'apertura precoce dell'arteria correla con la prognosi.

Poiché "il tempo è muscolo", va fatto di tutto per ridurre l'intervallo che intercorre tra la comparsa dei sintomi e la riapertura dell'arteria responsabile dell'infarto (IRA). Non a caso la modalità di riperfusione da adottarsi (angioplastica piuttosto che trombolisi) va scelta in base alla tempistica della rivascolarizzazione.

La trombolisi è stata la prima scelta terapeutica ad essere valutata nella facilitazione della PTCA primaria. I risultati degli studi sull'argomento sono stati però tutt'altro che favorevoli.

Lo studio ASSENT-IV ha sancito in modo definitivo che la facilitazione dell'angioplastica mediante trombolisi non è una strada da percorrere. Lo studio multicentrico era stato concepito per arruolare 4.000 pazienti, suddivisi in due gruppi; il primo prevedeva l'uso della PTCA facilitata con tenecteplase (TNK), il secondo la PTCA non facilitata. Lo studio è stato interrotto precocemente, dopo l'inclusione di 1.667 pazienti poiché si è osservata una mortalità significativamente più alta nel gruppo con tenecteplase. I dati clinici emersi dall'ASSENT-IV sono pertanto contro l'impiego della trombolisi nella facilitazione dell'angioplastica. La bassa percentuale di pervietà dell'IRA (intesa come vaso pervio con flusso ottimale TIMI III) è stata una sorpresa negativa dello studio, essendo stata rilevata solamente nel 43,5% dei casi. Con un tasso di riapertura così basso è difficile ottenere un beneficio clinico, soprattutto se si considera che la trombolisi è responsabile di complicanze emorragiche, che incidono pesantemente sulla prognosi. Tra queste l'ictus, riportato nell'1,8% dei casi.

C'è poi un altro dato che deve far riflettere: l'aumentata incidenza di re-infarto nei pazienti trattati con trombolisi. Sembra evidente che la trombolisi sistemica, quando effettuata a ridosso dell'angioplastica, determini uno stato di aumentata coagulabilità, che probabilmente favorisce la ri-occlusione dello stent, oltre a peggiorare la funzionalità del microcircolo dopo l'angioplastica.

LA FACILITAZIONE CON GLI INIBITORI GLICOPROTEICI IIb/IIIa

I dati iniziali sul tasso di pervietà dell'arteria culprit, in seguito al trattamento precoce con inibitori glicoproteici IIb/IIIa sono stati incoraggianti. Il tasso di apertura dopo impiego di abciximab risultava compreso tra il 20% ed il 35%: una percentuale tutt'altro che trascurabile, a fronte di un numero di complicanze emorragiche ben più contenuto rispetto ai trombolitici.

I risultati ottenuti con somministrazione di abciximab nell'infarto miocardico acuto sono stati in parte replicati da studi basati sull'utilizzo di inibitori IIb/IIIa non anticorpali.

Poiché gli studi di meta-analisi sull'argomento hanno fornito risultati contrastanti, si attendevano con impazienza le conclusioni dello studio randomizzato FINESSE, disegnato per confrontare tre gruppi; la somministrazione di abciximab dopo l'effettuazione di coronarografia, l'impiego precoce del farmaco e la somministrazione di una terapia combinata che comprendeva l'abciximab e mezza dose di reteplase.

L'end-point principale dello studio (l'evento composito comprendente la mortalità, un nuovo ricovero per scompenso cardiaco, l'insorgenza di fibrillazione ventricolare dopo 48 ore dalla randomizzazione e trattata efficacemente e lo shock cardiogeno) è risultato sovrapponibile nei tre gruppi. Anche la risoluzione del tratto ST, a 60-90 minuti, un vali-

do surrogato clinico considerato come end-point secondario, non presentava differenze tra i 3 gruppi.

C'è da chiedersi per quale motivo lo studio abbia comportato risultati così deludenti. Il tempo abciximab-angioplastica era di 90 minuti, probabilmente troppo se si considera che l'allungamento del tempo di effettuazione dell'angioplastica, come già ricordato, è un dato in grado di peggiorare la prognosi nei soggetti infartuati. Un secondo elemento da considerare è che nello studio FINESSE l'inibizione dell'aggregazione piastrinica potrebbe essere stata non ottimale. Un ultimo elemento da considerare è che lo studio è stato concepito con un end-point clinico a sei mesi, un follow-up probabilmente troppo ridotto per uno studio sull'infarto, in cui eventi clinici legati alla disfunzione ventricolare sinistra si possono manifestare tardivamente. Non a caso risultati preliminari con follow-up ad un anno indicano un trend migliorativo nel gruppo con facilitazione mediante abciximab e reteplase.

Lo studio FINESSE-ANGIO

Per studiare il meccanismo di azione delle strategie terapeutiche del FINESSE, la Fondazione Onlus del CLI ha disegnato un sottoprogetto europeo con analisi angiografica: lo studio FINESSE-ANGIO. Lo studio, in corso di pubblicazione sulla rivista JACC Intervention, ha previsto la valutazione angiografia della pervietà dell'arteria culprit e degli indici microcircolatori, del post-intervento, ed ha

contribuito a comprendere le ragioni del fallimento del trial FINESSE.

I risultati dello studio sono presentati a pag. 216.

UNA NUOVA STRATEGIA DI RIVASCOLARIZZAZIONE NELL'INFARTO

Lo studio TRANSFER-AMI ha recentemente dimostrato che è possibile sviluppare nuove strategie di rivascularizzazione nel paziente infartuato. Lo studio ha valutato 1.059 soggetti con infarto miocardico, trattati mediante trombolisi in centri sprovvisti di emodinamica.

I pazienti sono stati randomizzati in due bracci. Il primo prevedeva una strategia convenzionale, che si basava sull'effettuazione di angioplastica di salvataggio in assenza di riperfusione, oppure l'impiego della coronarografia ma non nell'immediato (al di fuori dalle prime ore dell'infarto). Il secondo prevedeva l'effettuazione della coronarografia, con eventuale PTCA entro le 6 ore dalla trombolisi. L'end-point principale dello studio a 30 giorni (morte, reinfarto, ischemia ricorrente, nuovo scompenso cardiaco oppure peggioramento di uno scompenso cardiaco pre-esistente, shock cardiaco) si è verificato nel 17% dei pazienti nel gruppo a strategia convenzionale e nel 10% di quelli destinati al trattamento aggressivo ($P < 0,004$). L'incidenza di eventi emorragici era simile nei due gruppi.

I risultati della strategia adottata dal trial sono in linea con quanto emerso da una recente meta-analisi, che ha mostrato

come l'impiego della trombolisi seguita dall'angioplastica si associ ad una significativa riduzione della mortalità. La differenza principale tra il TRANSFER-AMI e l'ASSENT risiede nel tempo intercorso tra trombolisi ed effettuazione di angioplastica. La strategia adottata dal TRANSFER-AMI, non può essere considerata di facilitazione, considerata la latenza tra somministrazione del trombolitico e l'angioplastica. I risultati positivi dello studio vanno attribuiti al lungo intervallo (oltre le 3 ore) di separazione tra trombolisi e PTCA. È pertanto verosimile che l'effetto pro-coagulante del trombolitico, un elemento che ostacola le procedure di angioplastica, favorendo il fenomeno di non reflow e verosimilmente la trombosi dello stent, si esaurisca entro le 3 ore dalla somministrazione del farmaco.

LE NUOVE TECNICHE DI ANGIOPLASTICA PER RIMUOVERE IL TROMBO

Se negli ultimi anni il concetto di facilitazione dell'angioplastica ha progressivamente perso vigore, si è imposta una nuova filosofia di trattamento, che consiste nell'ottimizzazione della rimozione del trombo coronarico. È a tutti noto che alcuni casi di angioplastica possono complicarsi con il fenomeno di non reflow, caratterizzato dalla marcata riduzione (o interruzione) del flusso coronarico dopo dilatazione con palloncino o posizionamento di stent. Indubbiamente nel fenomeno trova un ruolo molto importante l'embolizzazione periferica

di frammenti del trombo. La rimozione del trombo mediante sistemi di aspirazione, oppure l'infusione all'interno dello stesso di farmaci sono soluzioni che hanno un solido razionale.

L'aspirazione del trombo

Si hanno a disposizione pochi studi randomizzati sugli effetti dell'aspirazione del trombo sul rimodellamento ventricolare. Tra questi, lo studio TAPAS ha sicuramente chiarito che l'aspirazione può offrire dei vantaggi rispetto all'angioplastica tradizionale. Gli autori hanno arruolato 1.071 pazienti, randomizzati all'aspirazione del trombo mediante sistema manuale oppure all'angioplastica convenzionale. A distanza di un anno hanno osservato una significativa riduzione dell'end-point clinico (morte cardiaca oppure reinfarto non fatale) nel gruppo trattato mediante aspirazione. La riduzione del tasso di reinfarto nei soggetti trattati mediante aspirazione del trombo può essere spiegato facilmente. Dopo aver rimosso il trombo, il posizionamento dello stent viene effettuato in modo più corretto. Le maglie dello stent possono aderire alla parete vasale in modo ottimale ed è più difficile osservare residui di trombo all'interno dell'endoprotesi, elementi che favoriscono la trombosi acuta e subacuta dello stent.

L'infusione locale nel trombo di abciximab

Lo studio COCTAIL è stato concepito dalla Fondazione ONLUS del *Centro per*

la *Lotta contro l'Infarto* per verificare se la somministrazione locale di abciximab attraverso un palloncino poroso possa migliorare i risultati dell'angioplastica primaria. La scelta terapeutica sembra essere molto promettente ed i risultati dello studio, molto incoraggianti, verranno pubblicati nel prossimo numero del *Journal of the American College of Cardiology Intervention*. La sintesi dello studio viene presentata nelle pagine successive.

CONCLUSIONI

L'impiego della facilitazione dell'angioplastica primaria sembra un'ipotesi da abbandonare. Si è imposta una nuova strategia, adottata dal TRANSFER-AMI, che prevede l'effettuazione dell'angioplastica dopo la trombolisi ad un intervallo di almeno 3 ore. La strategia va adottata per i pazienti infartuati che non possono essere trattati mediante angioplastica entro i 90 minuti.

Nuove tecniche interventistiche, come l'aspirazione del trombo o l'infusione locale di farmaci, sembrano essere valide soluzioni.

Cuore di donna ancora più protetto

Cuore e Salute se n'è occupata varie volte, giungendo anche a una conclusione finalistica: la donna ha sofferto meno di cuore perché doveva compensare le morti da parto, così frequenti nel passato. Oggi questo problema è stato superato, ma lei continua a beneficiare di minori infarti, meno aritmie gravi e meno morti improvvise, specie nell'età in cui gli ormoni mantengono il ciclo. Una conferma ulteriore ci viene da uno studio giapponese, l'Ulstein Osaka Project (Eur. Heart J.

2010;31:1365), che ha rivalutato tutti i loro casi di arresto cardiaco fuori dall'ospedale nel decennio 1998-2007. Si sono verificati quasi 27.000 arresti, il 41% dei quali erano donne di tutte le età. Già questo primo dato ne mostra la minore incidenza globale rispetto all'uomo, ma quello più interessante è che, sempre rispetto a lui, lei è molto più protetta, nel senso che ha meno arresti cardiaci, soprattutto nel periodo fertile dai 13 ai 49 anni. Ma non è tutto perché anche nella ripresa neurologica dopo la rianimazione dall'arresto la donna batte l'uomo di circa il doppio.

A questo punto, per rimettere un po' le cose a posto, credo che all'uomo convenga aumentare le quote rosa e l'età pensionabile.

Eligio Piccolo



Foto di Luca Proscia

La RICERCA del *Centro per la lotta contro l'infarto - Fondazione Onlus*



Il miglioramento della terapia dell'infarto è una parte fondamentale del programma di ricerca della Fondazione Onlus del CLI.

Abbiamo il piacere di presentare in forma riassuntiva due lavori disegnati e portati a termine dalla Fondazione sulla terapia ottimale dell'infarto mediante angioplastica. I lavori sono in corso di pubblicazione su JACC Interventions.



Local versus standard intracoronary infusion of abciximab in patients with acute coronary syndromes

Francesco Prati 1,2, MD, **Davide Capodanno** 3,4, MD, **Tomasz Pawlowski** 5, MD, et al.

1 *Interventional Cardiology, San Giovanni Hospital, Rome, Italy*

2 *CLI Foundation, Rome, Italy*

3 *Cardiology Department, Ferrarotto Hospital, Catania, Italy*

4 *ETNA Foundation, Catania, Italy*

5 *Klinika Kardiologii Inwazyjnej, Warsaw, Poland*

Nei pazienti con sindrome coronarica acuta la presenza di trombo può peggiorare il risultato dell'angioplastica a causa dell'embolizzazione a valle di materiale trombotico. Nei casi più sfortunati si può verificare il fenomeno di non reflow, caratterizzato dalla marcata riduzione (o interruzione) del flusso coronarico dopo dilatazione con palloncino o posizionamento di stent.

La Fondazione CLI ha portato a termine uno studio multicentrico, per valutare una tecnica innovativa di rimozione del trombo. Il trial multicentrico (COCTAIL) è stato concepito per valutare se la somministrazione locale di abciximab mediante un palloncino poroso (ClearWay) è in grado di migliorare i risultati dell'angioplastica nei pazienti con angina instabile od infarto miocardico.

Nello studio COCTAIL si è confrontata questa modalità di somministrazione del farmaco attraverso il palloncino poroso ClearWay, con la somministrazione dello stesso farmaco per via intracoronarica. Complessivamente si sono

stati randomizzati 50 pazienti, con l'obiettivo di valutare le variazioni del volume del trombo, applicando la tecnica di Tomografia a Coerenza Ottica (OCT). Le variazioni in percentuale del "trombus score" erano significativamente maggiori nei soggetti trattati mediante la somministrazione locale (palloncino ClearWay) (33,8% vs. 3,9% $\pm 0,002$). Inoltre indici di perfusione microcircolatoria, quali il cTFC miglioravano in modo significativo nel sot-

togruppo con infusione locale.

In conclusione l'infusione locale di abciximab mediante un apposito palloncino poroso riduce il trombo intracoronarico ed è in grado di migliorare il microcircolo coronarico.

I risultati dello studio, molto incoraggianti. Studi clinici dovranno confermare nei prossimi anni se l'infusione locale dell'abciximab è una valida tecnica di effettuazione dell'angioplastica nel paziente infartuato.



Evaluation of Infarct Related Coronary Artery Patency and Microcirculatory Function after Facilitated Percutaneous Primary Coronary Angioplasty. The FINESSE-ANGIO Study.

Francesco Prati, MD*, **Sonia Petronio, MD[†]**, **Ad J. Van Boven, MD[‡]**, **Michal Tendera, MD[§]**, **Leonardo De Luca, MD, PhD, FACC^{||}**, **Mark A. de Belder MD[¶]**, **Alfredo R. Galassi[#]**, **MD**, **Fabrizio Imola, MD***, **Gilles Montalescot, MD****, **Jan Z. Peruga, MD^{††}**, **Elliot S. Barnathan, MD^{††}**, **Stephen Ellis, MD^{§§}**, **Stefano Savonitto, MD^{||||}** on behalf of the FINESSE angiographic sub-study investigators.

Lo studio randomizzato FINESSE è stato disegnato come una multicentrica internazionale per verificare se la precoce somministrazione di abciximab, un farmaco ad azione antiaggregante appartenente alla classe degli inibitori IIB/IIIA nel paziente infartuato, potesse migliorare la prognosi rispetto all'uso del farmaco in sala di emodinamica. La randomizzazione prevedeva tre gruppi in cui l'abciximab veniva somministrato 1) dopo l'effettuazione di coronarografia, 2) precocemente e 3) precocemente insieme al farmaco (mezza dose di reteplase).





Come ricordato, lo studio ha avuto esito negativo poiché l'endpoint clinico non differiva nei tre gruppi.

Per studiare il meccanismo di azione delle tre soluzioni terapeutiche, la Fondazione Onlus del CLI ha disegnato un sottoprogetto europeo con analisi angiografica: lo studio FINESSE-ANGIO.

Lo studio, in corso di pubblicazione presso *JACC intervention*, prevedeva la valutazione angiografia della pervietà dell'arteria culprit e degli indici microcircolatori, valutati nel post-intervento, ed ha contribuito a comprendere le ragioni del fallimento del trial FINESSE. I dati sono stati analizzati in cieco ed assumono un rilievo particolare poiché lo studio FINESSE non prevedeva la lettura centralizzata degli angiogrammi.

Dei 2.452 pazienti arruolati nel FINESSE, 637 sono entrati nel FINESSE-ANGIO.

Il risultato principale del FINESSE-ANGIO è che l'angioplastica primaria, preceduta da trattamento precoce con abciximab in combinazione con il reteplase comporta un incremento significativo della patency dell'IRA, rispetto alla angioplastica con trattamento precoce con solo abciximab

ed alla angioplastica tradizionale non facilitata (rispettivamente 76.1% vs. 43.7% e 32.7%). Le differenze sono altamente significative ed anche la sola somministrazione precoce con abciximab migliorava significativamente il tasso di apertura rispetto alla angioplastica tradizionale. Anche gli indici microcircolatori post-intervento non differivano nei tre gruppi. In linea con i dati clinici del FINESSE, il miglioramento della pervietà dell'IRA, ottenuto nel FINESSE-ANGIO non si è tradotto in un beneficio clinico. Questo riscontro è peraltro in linea con studi randomizzati già pubblicati. Va tuttavia sottolineato che nel gruppo con solo abciximab somministrato precocemente, la percentuale di flusso ottimale alla coronarografia (flusso TIMI III) era simile al gruppo senza facilitazione e l'incremento della patency era dovuta unicamente all'aumento significativo della percentuale del flusso TIMI II. E' ragionevole ipotizzare che per migliorare la prognosi nei pazienti con infarto la semplice pervietà dell'arteria con basso flusso non basti, e sia invece necessario ottenere un flusso TIMI III, ovvero una perfusione ottimale.



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.*

I like Ike

Nella biografia di Ike, come gli americani chiamavano affettuosamente il Generale Dwight D. Eisenhower, si scoprono alcune notizie curiose riguardanti l'infarto che lo colpì inaspettatamente nel 1964 senza segni premonitori né condizioni predisponenti, diagnosticato con cinque giorni di ritardo; l'avventurosa terapia dicumarolica, autorizzata dall'FDA solo da pochi mesi, che lui stesso chiese e che White approvò e il secondo infarto dopo vari anni di relativo benessere, che lo uccise alla vigilia degli ottant'anni subito dopo aver mangiato un'inabituale cannibal-steak.

Era nato a Denison nel Texas nel 1890, nipote di contadini di origine tedesca, a vent'anni venne ammesso a West Point, evento eccezionale a quel tempo. Fu la prima tappa di una ininterrotta ascesa fondata sull'onestà, l'impegno e il grandissimo prestigio. Era una persona gradevole e pacata.

Il suo prestigio aumentò ulteriormente dopo che venne nominato aiutante di campo del Generale MacArthur, fu promosso fino al grado di Generale di Corpo d'Armata e conquistò la stima del Capo di Stato Maggiore, Generale Marshall che gli affidò il comando delle forze americane in Europa.

Nel giugno 1944 con quattromila mezzi di sbarco, duecentomila combattenti, la protezione di duecentotrentaquattro navi e ottomila aerei, conquistò le



Dwight D. Eisenhower

spiagge della Normandia, preludio alla vittoria finale.

In quei giorni scrisse alla moglie Mamie: "Sono emozionato come una sposa novella!" È stato statista, generale, abile condottiero, stratega e organizzatore eccezionale, grandissimo conciliatore; per otto anni fu Presidente USA con stile pacato, sereno, senza ostentazione, con i modi del padre di famiglia.

Diresse lo sbarco in Africa del nord, in Sicilia e sulle spiagge della Normandia con un dispiego di mezzi senza precedenti, riconquistò la Francia fino alla vittoria. L'America, che desiderava solo sicurezza e tranquillità, lo volle Presidente per due mandati successivi, per la sua moderazione politica fu considerato l'uomo capace di resistere all'espansione sovietica: impersonava le virtù militari senza essere militarista.

Sempre sorretto da calma olimpica, riuscì a mantenere amichevoli rapporti con la Russia anche dopo l'incidente dell'U2, quando un aereo spia americano venne abbattuto nei cieli dell'Unione Sovietica. Alla fine della guerra fu accolto negli USA da trionfatore.

Ebbe contrasti solamente col Presidente quando Truman scoprì che era repubblicano. Dopo anni di lavoro fianco a fianco, i rapporti si allentarono, perché Truman sotto questo aspetto era estremamente partigiano, e cessarono definitivamente durante la campagna elettorale di Eisenhower nel 1952.

Fu un organizzatore più che una guida, sempre impegnato a mantenere buoni



rapporti e una coesistenza il più possibile amichevole con i leader russi, cercando di attenuare le tensioni della guerra fredda, specialmente quando la minaccia della guerra atomica incombeva sul mondo.

Rifiutò la prima candidatura alla presidenza propostagli dai repubblicani, preferendo la nomina a Rettore della Columbia University, l'accettò nel 1952 e con l'irresistibile slogan "*I like Ike*" ottenne una vittoria schiacciante su Adlai Stevenson che tutti ritenevano favorito. Si conformò alla linea di Roosevelt e di Truman, preoccupandosi di mantenere adeguate le forze militari e spaziali senza mai correre il rischio che le spese divenissero un pericolo potenziale per il progresso economico.

Si autodefinì "repubblicano moderno", fu un conservatore dinamico, costantemente costretto a fare i conti con un Congresso a maggioranza democratico.

Dovette lottare senza tregua con gli oppositori dell'integrazione razziale nelle scuole e nell'esercito fedele al suo motto: "Non

ci debbono essere in questo paese cittadini di seconda categoria”.

Concluse il suo secondo mandato con una preghiera per la pace e per la bontà del mondo.

Superò un primo infarto, conduceva una vita molto igienica, praticava sempre sport, dalla corsa in gioventù al golf all'avvicinarsi della vecchiaia, non presentava alcuna anomalia metabolica né alcun fattore che Stamler allora chiamava “sindacato della morte” e che diventeranno poi i nostri fattori di rischio coronarico che qualcuno, forse non a torto, avrebbe voluto chiamare “fattori associati all'aterosclerosi”.

Eisenhower, a differenza della maggior parte dei Presidenti USA, non fu mai argomento di gossip, fu un marito esemplare, fedelissimo, nonostante lo scarso charme di Mamie, sua moglie dal 1916.

Merita di essere ricordato il suo solo amore extraconiugale, nel 1943, a cinquantatré anni, quando si invaghì di una rossa irlandese, sua autista personale.

Di severi principi, tormentato dal senso di colpa, decise di divorziare ben sapendo che avrebbe dovuto rinunciare al Comando Supremo delle Forze Alleate. Truman faticò non poco a dissuaderlo.

La storia d'amore è stata raccontata dalla disinibita autista, Kay Summersby Morgan, in un libro opportunamente pubblicato dopo la morte del Presidente. Per Eisenhower era stato un vero colpo di fulmine, ma i loro incontri erano rari, fugacissimi, da liceali d'anteguerra, per il timore del Generale di veder compro-

messo il suo prestigio.

In tutto il periodo londinese ci fu solo qualche bacio furtivo, sempre con il timore di essere sorpresi dalla scorta e dai Servizi Segreti che non lo perdevano di vista.

Non è facile per un Generale avere incontri galanti, scrive Kay, specie se privo di esperienza come Eisenhower.

Lei cercò di essere incoraggiante ma sempre inutilmente.

Una sola volta, sicuri di non essere disturbati, poterono finalmente chiudere a chiave la porta della stanza ma non accadde ciò che avevano tanto atteso e desiderato. L'imbranato Ike fece del suo meglio ma senza successo. Dopo ripetuti inutili tentativi la baciò con tenerezza e le confessò: “Kay, sono un vero fallimento”, e aggiunse: “Sai, sono anni che non faccio l'amore, né con Mamie né con altre, insomma sono fuori esercizio e poi ho cinquantaquattro anni”.

La seconda occasione si presentò a Francoforte dove il Generale arrivò nel giorno del suo compleanno, alla testa delle armate vittoriose sui nazisti.

Anche quella volta, nonostante lo slancio, Eisenhower andò in bianco e Kay per consolarlo gli disse: “Caro, non fa niente, è stato bello lo stesso”, la frase che mette ko gli ultracinquantenni.

L'amore proseguì non consumato, nondimeno Eisenhower aveva vivo il senso di colpa verso la moglie e cercava i modi più pretestuosi per autoassolversi. “Lei ha tante cose da fare, diceva, tanti comitati da presiedere, tante attività benefiche da adempiere, insomma tante cose

che la tengono occupata”.

La love story si concluse con un commosso addio quando Eisenhower diventò Presidente. Al momento di lasciarsi davanti alla Casa Bianca, Ike, con le lacrime agli occhi, disse: “Addio Kay, che meravigliose giornate abbiamo trascorso insieme”.

Dovrebbe essere ricordato anche per questo: un uomo virtuoso, ben diverso da Kennedy che, appena terminate le cerimonie ufficiali per la sua nomina a Presidente, sfidò il cognato Peter Lawford a chi avrebbe scopato per primo nella Casa Bianca. Vinse in meno di

La sindrome di Grinch

I medici non vadano a consultare i sacri testi, neanche i più aggiornati, non la troveranno. È l'ultima invenzione o, se preferite, una curiosa proposta dei nordamericani, quelli un po' più a sud, del Texas (JACC 2010;55:2858). A loro, infatti, ma sia detto con benevola malizia, dall'alto di una presunta supremazia scientifica, piace sovente scorrazzare nella letteratura antica e moderna per cercarvi un nome o una frase che incastonino un'osservazione clinica. Questa volta però l'accostamento ci pare un tantino forzato, perché il personaggio tratto dalle fiabe del Dottor Seuss, il cavernicolo Grinch, ha poco a che fare con la sindrome di tachicardia ortostatica che si può osservare nelle persone con cuore più piccolo.

Il Grinch della favola è un mostriciattolo verde e irsuto, che vive covando nel suo piccolo cuore risentimenti, ma che sarà riportato a riconciliarsi con la vita e con gli altri dalla dolce Cindy Lou. Mentre invece, nel confronto proposto dai cardiologi texani, i pazienti, quelli con cuore di ridotte dimensioni alla radiografia del torace o all'ecocardiogramma, in genere magri e astenici, magari con le scapole alate, che ai tempi del tardo romanticismo venivano guardati a vista per il pericolo che finissero in sanatorio, si stancano facilmente perché il loro cuore, ancorché fondamentalmente sano, è solo poco sviluppato, stenta a pompare con la forza necessaria e aumenta di parecchio la sua frequenza passando da distesi all'impiedi. Assomiglia molto al cuore dei convalescenti da lunga malattia a letto, che però migliorano e guariscono se si riabilitano, ossia si sottopongono a una progressiva attività fisica.

Forse è in questa ripresa del cuore atrofico convalescente, osservata dai ricercatori di Dallas anche nei pazienti con la “sindrome di tachicardia ortostatica” e cuore piccolo, in qualche modo comparabile a quella psicologica dell'involuto cavernicolo, che essi hanno immaginato di vedervi una certa analogia proponendo di dare alla sindrome il nome di Grinch. La fantasia, come si vede, non ha confini.

Eligio Piccolo



La travagliata storia degli anticoagulanti

Franco Fontanini, *La Malattia del nostro tempo*, Sansoni Ed. (1983)

I contadini hanno sempre saputo che le vacche che mangiano trifoglio fermentato possono presentare delle chiazze emorragiche sul corpo. Un veterinario canadese, che aveva avuto modo di osservare ripetutamente il fenomeno, scrisse nel 1924 che esso era dovuto a un temporaneo difetto della coagulabilità del sangue. La cosa non destò alcun interesse al di fuori del campo veterinario fino al 1941, quando venne scoperto che responsabile era un fungo, presente nella muffa che si formava durante la fermentazione, il quale trasformava la cumarina del trifoglio in dicumarolo, sostanza che inibisce la formazione della protrombina e rende il sangue incoagulabile. Questa scoperta interessò i medici assai più dei veterinari. L'avvio fu arduo, la FDA autorizzò la sperimentazione clinica solo nel 1954, molte riserve pregiudiziali derivavano dal fatto che il dicumarolo, velenoso per i topi, venisse impiegato per la derattizzazione.

Se la trombosi è la più frequente complicanza dell'aterosclerosi, e l'infarto del miocardio è scatenato dalla trombosi di una coronaria, grazie alla possibilità di diminuire la coagulazione e impedire così la formazione dei trombi arteriosi, si intravedevano finalmente concrete possibilità di



prevenzione. Intorno al 1950, l'entusiasmo era grandissimo, anche se le esperienze cliniche riportavano risultati inferiori all'attesa.

Dopo alcuni anni di prove Laurence scrisse: "Le palesi difficoltà che si incontrano nel tentativo di dare dimostrazione obiettiva dei benefici ottenuti, stanno a indicare che, nella migliore delle ipotesi, i risultati devono essere modesti". Ciò nonostante la maggioranza dei cardiologi seguiva a riporre grande fiducia nella terapia anticoagulante. Alcuni restavano fiduciosi nelle possibilità di prevenzione, altri sostenevano che, anche se non sempre preveniva l'infarto, ne riduceva la gravità, altri ancora erano certi che migliorava il decorso ed evitava le recidive.

Una tale differenza di vedute potrà sorprendere i profani, ma è tutt'altro che rara in medicina. Valutare l'efficacia di una terapia, specie se preventiva, è estremamente difficoltoso. La storia dei dicumarolici è, a questo proposito, assai dimostrativa. Un editoriale del *British Medical Journal* del 1959 scriveva: "Il valore della terapia anticoagulante nelle prime settimane dopo l'infarto del miocardio è ormai ben documentato".

Un successivo editoriale apparso nella stessa rivista nel 1962 era di diverso avviso: "Il trattamento dell'infarto senza anticoagulanti, ha il merito della semplicità, ed è pienamente giustificato da attendibili indagini. Questa condotta consente a tutti i medici di attenersi al fon-

damentale principio del *primum non nocere*". Il rischio di emorragie è sempre presente in corso di terapia anticoagulante, la quale trova sempre più sostenitori.

La disparità di opinioni in questo caso trovava motivazioni lontane, che precedevano i risultati delle indagini cliniche derivanti dalle diverse concezioni dell'infarto del miocardio. La maggioranza dei cardiologi considerava la trombosi di una coronaria, la causa dell'infarto, ma non erano pochi a rifiutare questa concezione patogenetica, e a considerare il trombo soltanto un epifenomeno della malattia. È evidente perché i primi fossero favorevoli alla terapia dicumarolica, e i secondi contrari. È certo che la trombosi coronarica viene ritrovata raramente nei casi che muoiono subito dopo l'infarto, e che "La sua frequenza cresce quanto più ci si allontana dall'episodio acuto", come hanno affermato Spain e Brades, i quali l'hanno ritrovata nel 16 per cento dei casi sopravvissuti un'ora all'attacco cardiaco, nel 37 per cento di quelli sopravvissuti ventiquattro ore, e nel 54 di coloro che sono morti dopo alcuni giorni. Occlusioni trombotiche di uno o più rami coronarici possono, per contro, essere ritrovate in soggetti che non hanno mai avuto manifestazioni cliniche, né segni elettrocardiografici di infarto del miocardio.

Di fronte a queste incertezze tutt'ora esistenti intorno alla malattia, divengono comprensibili i dubbi sulla sua terapia durati tanto a lungo.

Basta poco: la prevenzione a portata di tutti

di Mario Albertucci e Ilaria Congia

In genere gli ci vuole un quarto d'ora a svegliarsi. Ma stamattina Massimo alle 7.15 è già sveglio ed un po' allarmato da un bruciore di stomaco a cui non è abituato. Sarà stata la cena di ieri sera al ristorante. Frastornato va in bagno e si guarda allo specchio, l'immagine riflessa lo rassicura. Ha 55 anni, è abbastanza in forma, forse un accenno di pancetta che gli dicono non guasta.

Aprire il rubinetto e beve un sorso d'acqua. Il bruciore allo stomaco sparisce. Rassicurato accende la radio e comincia a farsi la barba. La giornata comincia bene perché stanno trasmettendo una delle sue canzoni preferite. Finito il brano la conduttrice del programma, un po' antipatica, annuncia: "Parliamo un po' d'infarto", come se non ci fossero argomenti migliori per cominciare la giornata. Massimo non ascoltava mai quel tipo di trasmissioni che giudicava destinate agli ipocondriaci e tenute da menagrami.

L'intervista è rivolta ad un famoso cardiologo, che sta illustrando i risultati di due importanti ricerche sulla prevenzione dell'infarto.

Massimo vorrebbe proprio cambiare canale, ma le mani bagnate glielo impediscono.





“... La maggior parte degli infarti (circa il 60%) colpisce persone fra i 55 e i 65 anni che non hanno mai avuto sintomi in precedenza e che per questo, credendo di essere sani, non hanno mai fatto dei controlli”, dice il professore.

Ascolta un momento la presentatrice, poi riprende.

“È opinione comune che l'infarto colpisca solo chi è “malato di cuore”, mentre non è così, la causa del problema è la rottura improvvisa di una placca in un'arteria coronarica che determina la sua occlusione.

Immaginiamo un'autostrada a 4 corsie. Se progressivamente chiudiamo prima una corsia, poi un'altra, poi un'altra ancora, il traffico rallenta e gli automobilisti imparano col tempo a scegliere una strada alternativa. Se invece le tre corsie fossero state bloccate contemporaneamente, si sarebbe creato un ingorgo infinito e la circolazione sarebbe stata paralizzata. Nelle nostre arterie, che sono le autostrade del corpo umano, avviene esattamente la stessa cosa. Perché una placca si rompa e causi una occlusione acuta di un'arteria, però, si devono verificare,

insieme, tutta una serie di eventi sfavorevoli, un po' come una ‘tempesta perfetta’.”

“Professore, Lei spaventa gli ascoltatori, stamattina. Ma cosa possiamo fare per cambiare questo destino crudele?”

“Basta poco. In effetti quello che risulta da queste ricerche è che sono necessari piccoli cambiamenti alle nostre abitudini quotidiane e questi cambiamenti non solo aiutano a prevenire l'infarto, ma ci consentono di essere più soddisfatti di noi stessi e di vivere meglio anche la nostra sessualità.”

Massimo sta per sintonizzare la radio su un'altra stazione, ma l'ultima frase del professore l'ha colpito.

“Se si analizza lo studio fatto dal Dottor Van Gaal in Belgio possiamo dire che una perdita moderata di peso (intorno ai 4 kg) è associata ad una serie di effetti positivi: la riduzione della pressione arteriosa di circa 10 punti, la stabilizzazione della glicemia e la riduzione dell'incidenza del diabete del 30%, il miglioramento del colesterolo caratterizzato da un aumento

significativo del colesterolo “buono” (15%) ed una normalizzazione della coagulazione del sangue caratterizzata da un minor rischio di trombosi del 20%. Inoltre, diminuiscono le proteine dell’infiammazione che sono la causa principale della rottura delle placche...”

“Professore, ma i nostri ascoltatori come fanno ad ottenere questi risultati?”

“Questi risultati sono stati ottenuti con un moderato esercizio fisico - 150 minuti a settimana - associato ad una dieta di tipo mediterraneo.”

“Professore, ci sta dicendo che possiamo continuare a mangiare i nostri spaghetti alla carbonara?”

“Non esageriamo. Quello che si intende nella comunità scientifica per dieta mediterranea comprende anche un po’ di pasta condita con moderazione, ma principalmente comprende verdure e frutta e la riduzione dei grassi di origine animale. Olive, mandorle e noci sono molto salutari e, se consumati con moderazione, fanno addirittura bene. Senza contare l’aiuto di un buon bicchiere di vino rosso.

Dobbiamo ricordare che per perdere peso bisogna consumare più calorie di quante se ne ingeriscono. Non è una formula di matematica complessa, ma una semplice sottrazione aritmetica. Ogni 8.000 calorie in negativo perdiamo un kilo di “grasso”.

L’interesse di Massimo per le parole del Professore sta aumentando costantemen-

te e certamente non vuole perdere le implicazioni che i suggerimenti del professore hanno sulla vita sessuale, quindi, prima di entrare nella doccia, alza il volume della radio al massimo.

“Dunque, Professore, mangiare sano e moderatamente aiuta a vivere meglio, ma per noi cittadini che passiamo la maggior parte della nostra giornata seduti dietro a delle scrivanie, cosa intende per attività fisica?”

“La Sua domanda mi aiuta a parlare di un altro studio molto interessante del Dottor Dunstan sugli effetti negativi della vita sedentaria che oggi interessa non solo le persone di mezza età, ma anche e soprattutto i nostri giovani. E quando dico sedentaria intendo proprio lo stare seduti ore davanti ad uno schermo, che sia TV o computer.... Questa ricerca dimostra che ogni incremento di un’ora davanti alla TV aumenta del 15% il rischio di avere gravi problemi cardiovascolari. Quindi 4 ore di immobilità davanti ad uno schermo vanno assolutamente compensate con un minimo di attività fisica.”

“Ma Professore, come possiamo fare attività fisica quando ciascuno di noi lavora minimo otto ore al giorno?”

“Non è necessario allenarsi quotidianamente per partecipare alla maratona di New York, anche se quei pochi in grado di farlo sono migliori di noi e certamente ne traggono tutti i vantaggi, ma basta parcheggiare la nostra auto un po’ più lontano

del solito, non usare l'ascensore per rientrare a casa, andare a comprare il giornale a piedi a passo veloce. Se trovassimo la volontà di fare 15 minuti di esercizi a corpo libero ogni giorno, avremmo trovato la miglior medicina per il nostro cuore.

Non tutti gli esercizi sono poi così noiosi. Numerosi studi hanno dimostrato che l'attività sessuale praticata almeno tre volte a settimana è equivalente all'effetto salutare di un moderato esercizio fisico.

Le sembrerà paradossale, ma se volessimo ridurre le malattie cardiovascolari, dovremmo sapere che il 90% della riduzione del rischio è nelle nostre mani e solo il 10% è effetto dei farmaci.”

“Professore, in questo momento i nostri indici di ascolto avranno raggiunto il picco di massimo gradimento. Sta dicendo ai nostri ascoltatori che per aiutare il loro cuore un calice di vino e una serata romantica sono la miglior medicina?”

“Anche queste cose piacevoli possono aiutare. Quello che è importante però è essere consapevoli di quegli aspetti che nel nostro stile di vita possono portarci a sfruttare al massimo quella meravigliosa macchina che è il nostro corpo. Tra questi

citerei, in particolare, l'astensione dal fumo e, già che stiamo in tema di auto, qualche tagliando ogni tanto, in modo particolare quando stiamo bene, perché è più facile mantenere in perfetta condizione un'auto che sta bene piuttosto che una incidentata”.

.....

La radio comincia a gracchiare. Massimo esce precipitosamente dalla doccia.

Tenta di risintonizzare la stazione.

Quando finalmente ci riesce, c'è una delle sue canzoni preferite, ma questa volta non è contento. Avrebbe preferito ascoltare ancora il Professore.

Bravo Professore, missione compiuta.

Questa volta il bruciore di Massimo è solo un reflusso gastrico e forse - grazie a Lei - lui non saprà mai che quel bruciore, al mattino, potrebbe essere un sintomo classico dell'infarto.

Giunto in ufficio, Massimo fa un colpo di telefono a Giovanni G., il suo medico di famiglia, che gli prescrive gli esami da fare per controllare la sua “macchina”.

Nature 2006; 444 (7121): 875-80

Lancet 364, 937-952 (2004)

Circulation 2010; 121: 384-391

testimonianze

Definirei *Cuore e Salute* un giornale scritto col cuore.

Marino G., Cagli

Aggiornamenti cardiologici

di Filippo Stazi



Chirurgia endovascolare per gli aneurismi dell'aorta addominale non trattabili con chirurgia convenzionale: Nell'EVAR 2 trial sono stati arruolati 404 pazienti con aneurisma dell'aorta addominale $\geq 5,5$ cm giudicati non eleggibili per il trattamento chirurgico tradizionale. Tali pazienti sono stati randomizzati a chirurgia endovascolare od a nessun trattamento chirurgico. La mortalità operatoria a 30 giorni del gruppo endovascolare è risultata del 7,3%. La mortalità legata all'aneurisma era minore nel gruppo trattato con la chirurgia endovascolare, ma tale dato non si traduceva in una riduzione significativa della mortalità totale. Inoltre, il 48% dei soggetti che sopravvivevano alla procedura endovascolare presentava complicazioni graft-correlate ed il 27% richiedeva un reintervento nei primi sei anni di follow up. (*N Engl J Med 2010; 362: 1872-1880*).

Terapia antiipertensiva e diabete di tipo 2: Nello studio ACCORD recentemente pubblicato 4.733 pazienti con diabete di tipo 2 sono stati randomizzati a due differenti strategie di terapia antiipertensiva. In una, la strategia intensiva, l'obiettivo era il raggiungimento di valori di pressione sistolica inferiori a 120 mmhg, nell'altra, la strategia standard, il target era invece il mantenimento di valori sistolici inferiori a 140 mmhg. Il follow up medio è stato di 4,7 anni. L'incidenza annua dell'end point primario (la combinazione di infarto miocardico non fatale, stroke non fatale e morte da causa cardiovascolare) non presentava differenze significative tra le due strategie (1,87% nel gruppo intensivo vs 2,09% nel gruppo standard, $P = 0,2$). Anche la mortalità totale annua non era statisticamente differente (1,28% vs 1,19%, $P = 0,55$). L'unica differenza che raggiungeva sia pure di poco la significatività statistica riguardava l'incidenza annuale di stroke che si presentava meno frequentemente nel gruppo trattato in maniera intensiva (0,32% vs 0,53%, $P = 0,01$). La frequenza di eventi avversi dovuti al trattamento antiipertensivo era ovviamente più frequente nel gruppo a maggiore aggressività terapeutica (3,3% vs 1,3%, $P < 0,001$). (*N Engl J Med 2010; 362: 1575-1585*).

Allopurinolo ed angina cronica stabile: Per valutare clinicamente la capacità degli inibitori delle xantino-ossidasi di ridurre il consumo miocardico di ossigeno, 65 pazienti con coronaropatia angiograficamente determinata, prova da sforzo positiva e storia di angina cronica stabile sono stati randomizzati ad assumere allopurinolo (600 mg giornalieri) o placebo per 6 settimane. I risultati sono stati recentemente pubblicati su *The Lancet* e hanno mostrato come l'allopurinolo ritardasse significativamente il tempo di comparsa del sottoslivellamento ST (da 232 a 298 secondi, $p=0,0002$ rispetto al placebo), aumentasse il tempo totale di esercizio (da 301 a 393 secondi, $p=0,0003$ rispetto al placebo) e, infine, prolungasse il tempo di comparsa del dolore toracico (da 234 a 304 secondi, $p=0,001$ rispetto al placebo). Non è stato riportato nessun effetto avverso connesso col trattamento. La conclusione degli autori è stata che l'allopurinolo sembra poter essere un farmaco antianginoso efficace, economico, ben tollerato e dal buon profilo di sicurezza. (*The Lancet* 2010; 375: 2161-2167).

Effetti dei fibrati sull'outcome cardiovascolare: *The Lancet* ha recentemente pubblicato i risultati di un'interessante meta-analisi sull'effetto della terapia con fibrati sul rischio cardiovascolare basata sull'analisi di 18 trials coinvolgenti più di 45.000 pazienti. La terapia con i fibrati determinava una riduzione del 10% del rischio relativo (RR) degli eventi cardiovascolari maggiori ($p=0,048$) ed un calo del 13% del RR di eventi coronarici ($p<0,0001$) però non induceva effetti significativi sul rischio di stroke ($p=0,69$), sulla mortalità totale ($p=0,92$), sulla mortalità cardiovascolare ($p=0,59$), sulla mortalità improvvisa ($p=0,19$) e, infine, sulla mortalità non vascolare ($p=0,063$). I fibrati non causavano un aumento significativo dei seri eventi avversi indotti dai farmaci ($p=0,19$) anche se il loro uso si associava ad un significativo incremento della creatinina ($p<0,0001$). Gli autori concludevano che i fibrati possono ridurre il rischio di eventi cardiovascolari maggiori prevalentemente attraverso una diminuzione del rischio di eventi coronarici e che il mancato effetto sulla mortalità potesse dipendere dal basso profilo di rischio complessivo delle popolazioni arruolate. A loro avviso, pertanto, i fibrati potrebbero trovare applicazione nei soggetti a più alto rischio cardiovascolare ed in quelli con dislipidemia mista. È però da segnalare che solo in uno dei trial presi in esame vi era la routinaria combinazione di statine e fibrati. (*The Lancet* 2010; 375: 1875-1884).

Dietoterapia dell'ipertensione arteriosa

di Vito Cagli

Cosa dovrebbe o non dovrebbe mangiare un iperteso? La domanda dei pazienti su questo tema è ricorrente, ma è rimasta forse in ombra in questi ultimi anni per i successi ottenibili con i farmaci anti-ipertensivi.

Ciò non ha impedito, tuttavia, che i medici del Dipartimento della Nutrizione della Harvard School of Medicine abbiano ripreso l'argomento e abbiano comunicato i loro punti di vista con un articolo sul *New England Journal of Medicine* (2010;362:2102-12). Prendendo questo contributo come guida ripercorreremo brevemente

alcuni aspetti della questione, senza trascurare quanto è ormai acquisito nella letteratura scientifica e nell'esperienza degli esperti.

Diciamo subito che non ci sono novità sconvolgenti e neppure "formule magiche" che indichino la dieta come la soluzione del problema: la dieta si offre come un mezzo per ridurre la pressione di qualche punto (al massimo intorno ai 5 mmHg per la sistolica e un po' meno per la diastolica), ma reca senz'altro un contributo più importante nella prevenzione del danno d'organo (cardiaco, cerebrale, renale, arterioso) e degli eventi patologici che possono derivarne (infarto miocardico, ictus, insufficienza renale, arteriopatie obliteranti, aneurismi).

Il dato più certo e rilevante che possediamo è che un'elevata introduzione di sodio con l'alimentazione (sale da cucina, salumi, insaccati, inscatolati, formaggi stagionati, dadi da brodo, bicarbonato di sodio, ecc.) è



No!

Sì!



fortemente correlato con lo sviluppo dell'ipertensione arteriosa (intendiamo riferirci soltanto alla forma "essenziale" che dà conto di circa il 90% delle ipertensioni). Infatti, nell'ipertensione è compromesso quel meccanismo fondamentale di mantenimento dei normali valori della pressione legato all'aumento dell'eliminazione di sodio attraverso il rene in risposta ai transitori aumenti della pressione stessa ("natriuresi da pressione"). Altri due meccanismi sono certamente coinvolti nella genesi dell'ipertensione. Anzitutto il sistema renina-angiotensina che agisce producendo un restringimento funzionale delle piccole arterie con conseguente innalzamento dei valori della pressione; si è infatti riscontrato negli ipertesi un aumento dell'angiotensina-II in diverse sedi, come il rene, la parete interna dei vasi e le ghiandole surrenali, strutture tutte che, in modi diversi, sono correlate alla regolazione della pressione. In secondo luogo, anche un aumentata attività del sistema

simpatico che può entrare in gioco nel determinismo dell'ipertensione. Tutti questi meccanismi possono essere potenziati dall'aumento di peso e dall'invecchiamento, due condizioni, peraltro, che assai spesso viaggiano insieme.

Sulla base di queste premesse è facile tracciare le principali direttive per un intervento dietoterapico. Anzitutto ridurre l'introito sodico e il peso corporeo ove questo fosse aumentato. La perdita di peso costituisce un fattore capace di moderare l'azione del sistema renina-angiotensina e del sistema nervoso simpatico.

Accanto a questi due provvedimenti fondamentali va posta un'accorta scelta degli alimenti, tra cui vanno preferiti frutta, vegetali in genere, latticini a basso contenuto di grassi, prodotti confezionati con farina integrale di grano, pollame, pesce, olio d'oliva; vanno invece molto ridotti le carni rosse, i grassi animali, i dolci e le bevande contenenti zuccheri. Insomma, siamo alla "dieta mediterranea".

Una dieta adottata sulla falsariga di quanto sopra riferito è di grande utilità anzitutto in quei pazienti oggi etichettati come "pre-ipertesi" o con "pressione normale/alta", cioè con valori di sistolica tra 120 e 139 e di diastolica tra 80 e 89. In secondo luogo l'intervento dietetico va posto come primo passo terapeutico negli ipertesi lievi e moderati che non abbiano complicazioni d'organo: un'osservazione di 3-6 mesi esclusivamente in terapia dietetica servirà a decidere se ci troviamo o no in presenza di un iperteso, e potrà, in un certo numero di casi,



dimostrarsi sufficiente ad evitare o a posporre la terapia con farmaci.

Comunque i soggetti così trattati saranno posti su di un binario che assicurerà loro - anche attraverso un adeguato esercizio fisico - un maggiore benessere e una minore probabilità di andare incontro a malattie cardiovascolari.

Se si vuole che una strategia come quella indicata venga seguita, è necessario il coinvolgimento attivo del paziente, al quale vanno spiegati chiaramente gli obiettivi dell'intervento, i mezzi per raggiungerlo, senza terrorizzarlo e senza prospettare sacrifici inaccettabili o sopportabili soltanto per un breve periodo. Bisogna raccomandare di dividere l'apporto alimentare quotidiano in almeno tre pasti, senza ometterne alcuno. Altro avvertimento pratico è quello di conce-

dere non più di una cena o un pranzo settimanale al ristorante o in pizzeria: si tenga presente che una pizza portata da sola una quantità di sodio di molto superiore a quella raccomandabile. Anche per gli alcolici sono utili alcune limitazioni: le dosi giornaliere indicate sono di circa mL 300 di birra, 120 di vino e 35 di liquori, con l'assunzione di non più di due dosi nelle ventiquattro ore per l'uomo e di una per la donna.

Dovremmo tutti avere ben presente che la disponibilità di

molti ed efficaci mezzi di cura - medici e chirurgici - per tante condizioni morbose che hanno afflitto per secoli l'umanità senza speranza di guarigione, non può diventare un alibi per demandare il mantenimento della nostra salute unicamente a farmaci e procedure più o meno invasive. Ciascuno di noi è responsabile - almeno per una parte - della propria salute e questa parte si compendia in ciò che oggi chiamiamo "stile di vita": alimentazione sana ed equilibrata, uso responsabile di molti nutrienti tradizionali (vino ed altri alcolici), astensione dall'uso di sostanze tossiche, attività fisica adeguata: non è né la ricetta della felicità, ma neppure quella dell'infelicità, come predicato da falsi profeti. È semplicemente il contributo che possiamo dare al nostro benessere e al mantenimento della nostra salute.

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



- **Anna Maria Accolla** di Roma
- **Ettore Albano** di Salerno
- **Carlo Almici** di Brescia
- **Amici del Cuore Onlus** di Correggio
- **Damaso Amici** di Roma
- **Giorgio Ancora** di Roma
- **Paola Arcieri Sanna** di Roma
- **Valeriano Balloni** di Ancona
- **Annibale Bandini** di Piacenza
- **Ivan Basso** di Acireale
- **Augusta Benassati Fini** di Saliceto San Giuliano
- **Roberto Berardelli** di Roma
- **Ascanio Bernardelli** di Agnosine
- **Paolo Bernardini** di Roma
- **Roberto e Famiglia Bersano** di San Marzano Oliveto
- **Angelo Biella** di Seregno
- **Umberto Bugatti** di Mercato S. Severino
- **Mario Buonasera** di Padova
- **Luigi Cancrini** di Ospitaletto
- **Angelo Carbone** di Pomezia
- **Luigi e Piera Carnaghi** di Busto Arsizio
- **Mario Carrai** di Lido di Camaiore
- **Ofelia Luisa Cecchi Vassallo** di Mogliano Veneto
- **Lanfranco Chiodetti** di Monza
- **Teresa Collica Artale** di Roma
- **Enrico Conte** di Milano
- **Renato Coscelli** di Reggio Emilia
- **Leo Cottini** di Roma
- **Felice D'Amato** di Pistoia
- **Maria Grazia De Giovanni** di Roma
- **Biagio De Pasquale** di Roma
- **Giovanni Luigi De Sanctis** di Frascati
- **Aldo Del Monaco** di Roma
- **Clotilde Di Marco** di Viterbo
- **Giuseppe D'Orlando** di Napoli
- **Carlo Durola** di Grottaferrata
- **Luigi Faenza** di Eboli
- **Ugo Fantoli** di Roma
- **Pier Luigi Ferrari** di Gorizia
- **Alberto Ferri** di Roma
- **Colombo Ferri** di Roma
- **Renato Fiorini** di Mestre
- **Giuseppe Francesconi** di Roma
- **Giuseppe Frau** di Cagliari
- **Paolo Frunzio** di Roma
- **Giacomina Gambardella** di Napoli
- **Aldo Giusti** di L'Aquila
- **Luisa Gorgerino** di Roma
- **Giorgio Gozzoli** di Marano Panaro
- **Giancarlo Iaconianni** di Roma
- **Dario Leali** di Odolo
- **Tommaso Leo** di S. Vito dei Normanni
- **Mario Levoni** di Mantova
- **Paolo Levoni** di Castelluccio
- **Vincenzo Lobrano** di Palmanova
- **Aldo Lupi** di Pavia
- **Nicola Manicone** di Matera
- **Arturo Marzatico** di Trento
- **Gianfranco Mattioli** di Rubiera
- **Elio Meloni** di Oristano
- **Antonio Menna** di S. Maria Capua Vetere
- **Nicola Mercuri** di Corridonia
- **Fernanda Miconi** di Roma
- **Marina Molinari** di Civitavecchia
- **Carmen Morandi** di Correggio
- **Maria e Ennio Morricone** di Roma
- **A. Maria Nannini Regis** di Varese
- **Luciano Negri** di Modena
- **Rodolfo Negri** di Roma
- **Gabriella Ortini Riello** di Legnago
- **Luigi Pacella** di Napoli
- **Alberto Palavisini** di Fucecchio
- **Renzo Palazzetti** di Roma
- **Sandro Paolucci** di Roma
- **Giuseppina Paton** di Portogruaro
- **Piergiorgio Paton** di Portogruaro
- **Francesco Perri** di Mangone
- **Maurizio Pietrangeli** di S. Felice Circeo
- **Giuseppe Pinto** di Arezzo
- **Pier Vincenzo Plazzi** di Parma
- **Alberto e Signora Primavera** di Roma
- **Giorgio Rabitti** di Roma
- **Giacoma Ranieri** di Torre A Mare
- **Rodolfo Reyes** di S. Maria La Longa
- **Salvatore Rivitti** di Roma
- **Francesco Romeo** di Catania
- **Laura Sabbatelli** di Firenze
- **Mario Sannito** di Civitavecchia
- **Mario Scaloni** di Ancona
- **Maria Schottler Schwalb** di Gardone Riviera
- **Anjel Seriacopi** di Abbadia S. Salvatore
- **Antonio Sinatora** di Mestre
- **Pirro Stipa** di Ascoli Piceno
- **Emidio Tarquini** di Pescara
- **Varo Tazza** di Roma
- **Italo Testa** di Campobasso
- **Onfredo Torri** di Marina di Carrara
- **Vito Varrese** di Mestre
- **Giovanni Verga** di Pavia
- **Domenico Zappavigna** di Roma

Conoscere e Curare il Cuore 2011

Firenze, Palazzo dei Congressi

4 - 5 - 6 marzo 2011

Coordinamento
Francesco Prati

Segreteria
Alessandra Tussis

VENERDÌ 4 marzo

9.00 - 13.00 • CORSO DI FORMAZIONE IN CARDIOLOGIA
(in fase di accreditamento ai fini ECM) • Palazzo degli Affari

I SESSIONE

MODERATORI MARIO MOTOLESE, ROMA • MARINO SCHERILLO, BENEVENTO

8.00 Registrazione

8.45 Saluto ai partecipanti

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

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

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

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

10.00 Discussione

10.30 Intervallo

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

II SESSIONE

MODERATORI MARIO ALBERTUCCI, ROMA • GIANCARLO PIOVACCARI, RIMINI

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

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

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

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

12.30 Discussione

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

III SESSIONE

MODERATORI DAVID ANTONIUCCI, FIRENZE • PIERA ANGELICA MERLINI, MILANO

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

IV SESSIONE

MODERATORI FULVIO CAMERINI, TRIESTE • PIETRO DELISE, CONEGLIANO - TV

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

SABATO 5 marzo

9.00 - 13.00 • CORSO DI FORMAZIONE IN CARDIOLOGIA
(in fase di accreditamento ai fini ECM) • Palazzo degli Affari

V SESSIONE

MODERATORI ANGELO BRANZI, BOLOGNA • MARIA GRAZIA MODENA, MODENA

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

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

Fiorenzo Gaita, *Asti*

10.00 **Discussione**

10.30 **Intervallo**

11.00 - 11.30 **LETTURA** **Scompenso: cambia l'epidemiologia si evolve la terapia**
Luigi Tavazzi, *Cotignola - RA* • Introduzione di Gian Francesco Mureddu, *Roma*

SIMPOSIO

LUCI ED OMBRE NELLA PREVENZIONE DELL'INFARTO

MODERATORI RAFFAELE DE CATERINA, *CHIETI* • ATTILIO MASERI, *FIRENZE*

11.30 **Ci sono nuove acquisizioni sulla genesi dell'infarto?**

Filippo Crea, *Roma*

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

Giuseppe Di Pasquale, *Bologna*

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

Claudio Cavallini, *Perugia*

12.15 **Il progetto "outliers".**

Attilio Maseri, *Firenze*

12.30 **Discussione**

VI SESSIONE

MODERATORI GIAN FRANCO GENSINI, *FIRENZE* • FRANCESCO VERSACI, *ROMA*

15.00 **Diagnosi e cura dell'amiloidosi cardiaca.**

Claudio Rapezzi, *Bologna*

15.15 **Televisione e obesità.**

Vito Cagli, *Roma*

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

Giulio Guagliumi, *Bergamo*

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

Eloisa Arbustini, *Pavia*

16.00 **Discussione**

16.30 **Intervallo**

VII SESSIONE

MODERATORI ENRICO AGABITI ROSEI, *BRESCIA* • ALESSANDRO DISTANTE, *PISA*

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

Pietro Delise, *Conegliano - TV*

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

Bruno Trimarco, *Napoli*

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

Cesare Greco, *Roma*

17.45 **Perché il diabete ha più aterosclerosi?**

Raffaele De Caterina, *Chieti*

18.00 **Discussione**

DOMENICA 6 marzo

VIII SESSIONE **MODERATORI** FRANCESCO PRATI, *ROMA* • PATRIZIA PRESBITERO, *PAVIA*

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



SCHEDA DI ISCRIZIONE

(da compilare in stampatello ed inviare a: *Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus* • Viale Bruno Buozzi, 60 - 00197 Roma)

Cognome Nome

Codice Fiscale

Via n.

CAP città prov.

Tel. (.....) Cell

e-mail

Data e luogo di nascita

TUTTI GLI ISCRITTI AVRANNO DIRITTO AD ACCEDERE ALL'AUDITORIUM FINO AD ESAURIMENTO DEI POSTI; SARÀ CURA DEL PERSONALE INDIRIZZARE I RESTANTI CONGRESSISTI ALLA SALA VERDE (PALAZZO DEI CONGRESSI, II° PIANO) E ALLA SALA MOZART (PALAZZO DEGLI AFFARI, I° PIANO). NELLE SUDETTE SALE IL CONGRESSO POTRÀ ESSERE SEGUITO TRAMITE COLLEGAMENTO TELEVISIVO A CIRCUITO CHIUSO SU GRANDE SCHERMO.

L'ISCRIZIONE È RISERVATA AI SOCI IN REGOLA CON LA QUOTA ASSOCIATIVA PER L'ANNO 2011 (€ 180,00) CHE ABBIANO INVIATO LA PRESENTE SCHEDA. L'ISCRIZIONE DÀ DIRITTO A PARTECIPARE AI LAVORI SCIENTIFICI, AL MATERIALE CONGRESSUALE E AL VOLUME DEGLI ATTI.

Lettere a Cuore e Salute

D. **La sauna fa bene a tutti i mali?**

All'inizio dell'estate ho fatto un viaggio di quindici giorni in Norvegia, paese che ho trovato piacevole da ogni punto di vista.

In più occasioni sono stato invitato a fare una sauna che i miei ospiti esaltavano come un vero toccasana, indispensabile per stare bene. La tentazione è stata forte, ma ho resistito. Ho 67 anni, sto bene, ma da due anni devo prendere un betabloccante per un innalzamento della pressione. Ho fatto bene oppure è stata una paura eccessiva?

Mi è rimasta la voglia di avere una sauna in casa, che secondo i miei ospiti norvegesi mi farebbe bene, tanto da abbandonare la cura che sto praticando che mi procura senso di stanchezza. Adesso mi pento di non aver voluto provarla: ho fatto male?

Virginio M., Meda

R. **La nostra esperienza in materia è piuttosto scarsa, ma pensiamo che abbia fatto bene a non fare bagni che quasi certamente non avrebbero giovato alla Sua pressione. La sauna è considerata benefica e salutare dagli abitanti dei paesi nordici da vari secoli.**

A Pietro il Grande venne chiesto che cosa intendeva fare per migliorare le condizioni di salute del suo popolo. La sua risposta fu sintetica: "Non c'era bisogno di niente perché la mia gente dispone della sauna, il mezzo di cura e prevenzione delle malattie più efficace al mondo".

Ovviamente la fiducia riposta nelle proprietà salutari della sauna da quel tempo è molto diminuita e non è più il toccasana per ogni malattia, nondimeno il rituale bagno di vapore si è continuamente diffuso.

Otto finlandesi su dieci fanno la sauna una volta alla settimana convinti che l'eliminazione di molte sostanze tossiche prodotte dal catabolismo, attraverso il sudore sia alla base del loro benessere.

Bisogna però osservare con attenzione le osservazioni fatte sulle conseguenze non tutte positive della sauna.

L'elevata perdita di calore del corpo nell'atmosfera satura di vapore e l'ipertermia, con rilevante aumento della gettata cardiaca e della frequenza che può arrivare a 150 e più battiti al minuto, non va trascurata. Questi effetti rendono possibili conseguenze dannose anche perché durante la sauna vengono non raramente registrate aritmie e turbe



dell'elettrocardiogramma di tipo ischemico reversibili. La letteratura non è però univoca e fra le diverse casistiche vengono ritrovate diversità solo in parte spiegabili con le differenze di durata e di temperatura della sauna.

Fissare la temperatura e la durata non è utile per valutare l'effetto stressante in quanto le variazioni individuali della risposta al calore sono male determinabili preventivamente e, in qualche caso, la sauna presenta più un tentativo di sforzarsi a tollerare un calore estremo piuttosto che un bagno. Inoltre, se la temperatura dell'ambiente supera le capacità del corpo di perdere calore, può insorgere febbre che contribuisce ad aumentare ulteriormente l'ipercinemia.

Neppure sulle alterazioni elettrocardiografiche ritrovate vi è accordo: alcuni le attribuiscono alla tachicardia, altri sono di diverso avviso perché queste modificazioni insorgono più spesso nella sauna che durante le prove da sforzo. Non è stata ritrovata una sufficiente spiegazione del diverso

comportamento elettrocardiografico con frequenze cardiache simili, se non nel fatto che lo sforzo muscolare e lo star seduti nella sauna sono situazioni assai diverse e pertanto anche la risposta cardiovascolare può essere differente.

Nonostante la possibile insorgenza di alterazioni elettrocardiografiche di tipo ischemico, in Finlandia i casi di attacco cardiaco durante la sauna sono estremamente rari. La maggior parte dei soggetti che hanno superato un infarto ritornano a far la sauna e i casi di morte improvvisa sono rarissimi.

Nonostante questi rilievi tranquillizzanti, l'ipercinemia provocata dalla sauna deve essere considerata una limitazione per individui con malattie cardiache, la pratica è sconsigliabile ai sofferenti di angina pectoris, agli ipertesi e agli ammalati con scompenso cardiaco. Anche coloro che hanno superato favorevolmente un infarto è bene che si astengano. In ogni caso, il preventivo e accurato controllo cardiaco è sempre indispensabile.

F.F.

2^a lettera a Cuore e Salute

D. Prova da sforzo negli anziani

Gentile Prof. Piccolo,
un cordiale saluto da un lettore di Marina di Grosseto. Mi sono permesso di scriverle a *Cuore e Salute*, non essendoci più la posta del compianto Prof. Prati, sulla validità dell'ECG sotto sforzo al cicloergometro.
Io ho 60 anni. Giorni fa mi sono sottoposto a una prova da sforzo per controllo. Nel momento di massimo sforzo (150 watt) sono arrivato a 161 battiti e 200/110 di pressione (all'inizio 120/80, che ho recuperato dopo la fine dello sforzo). Vorrei chiederle: 1) A questa età è utile sottoporsi periodicamente ad un controllo sotto sforzo? 2) Forti aumenti pressori, nello sforzo massimale, a 60 anni, possono avere controindicazioni a livello vascolare, o in un soggetto sano ciò non deve preoccupare?

Domenico F., Marina di Grosseto

R. Caro Signor Domenico,
Le rispondo con doppia motivazione, la prima per poterle chiarire i dubbi e la seconda per il piacere che questo messaggio raggiunga la Maremma "che nel cuor mi sta" (come per Carducci la Versilia), dove ho lavorato per qualche anno.

La prova da sforzo è un esame molto utile, specie da quando la si fa con l'ECG in contemporanea con l'impegno fisico (ciclette o tappeto mobile); non come nel vecchio metodo di Master nel quale l'ECG veniva registrato subito dopo un piccolo sforzo. Ma, come per quasi tutti gli esami, anche il test ergometrico non è l'occhio di Dio. E oltretutto,



come Lei ha giustamente sospettato, non è in assoluto privo di rischi. Per quest'ultima ragione deve essere praticato solo in ambiente ospedaliero e prescritto dal medico.

Gli scopi per i quali si consiglia questo esame sono vari: mettere in evidenza una insufficienza coronarica, provocare un'aritmia, valutare il comportamento della pressione o della frequenza cardiaca sotto sforzo, verificare l'effetto di certi farmaci ecc. Scopì che non sempre si possono raggiungere a causa di molti fattori, compresa la capacità del paziente di raggiungere lo sforzo massimale. Per questi motivi, quando il medico ritenga di dover andare più a fondo, specie nel sospetto che le coronarie siano malate, ricorre ad altri esami provocativi o alla coronarografia.

Venendo alle Sue richieste, la prova da sforzo, nei soggetti come Lei che non hanno avuto malattie cardiovascolari, è certamente utile a qualsiasi età, specie in coloro che praticano una qualche attività sportiva, anche non agonistica. Ma, attenzione, non con la certezza assoluta, qualora la prova sia negativa cioè normale, di non avere sotto sotto i presupposti per un accidente vascolare. Le probabilità si riducono ovviamente ma non si azzerano. Diverso è il discorso per i malati coronarici o con altri problemi, dove le attenzioni del cardiologo esigono una competenza caso per caso. Circa la Sua seconda domanda, relativa al rischio vascolare per l'aumento di pressione durante lo sforzo, anche qui vale il giudizio del medico che prescrive e di quello che sta eseguendo la prova, giudizio che si basa in genere sull'età, sui valori pressori che si sviluppano durante lo sforzo e sui dati clinici del soggetto.

Nel suo caso mi pare che tutto sia sotto controllo.
Complimenti, con i più cordiali saluti.

E.P.

Ennio Morricone: genio, footing e premio Nobel

di Franco Fontanini

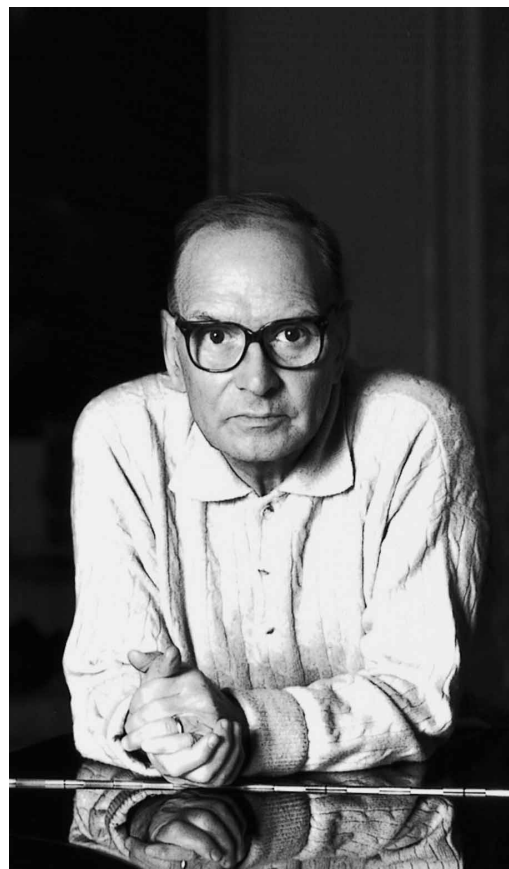
Ennio Morricone è la più convincente dimostrazione che era nel giusto Giovanni Papini quando sosteneva che geniali si nasce e geni si diventa. Morricone è un genio della musica ed è arduo parlare di un genio che non si comporta come tale e, per mancanza di consuetudine è la prima volta che converso con un Nobel.

È modesto, simpatico, cordiale, ma si avverte chiaramente che al di là delle apparenze, è un uomo fuori dal comune.

Lo rivela soprattutto l'intensità dello sguardo penetrante, che intuisce il pensiero dell'interlocutore prima ancora che nasca. Vive in un olimpo tutto suo, al quarto piano di un palazzo cinquecentesco, nel quale si è trasportati da un ascensore celato fra enormi colonne. Di fronte si ammirano la scalinata di Santa Maria in Ara Coeli e il colle del Campidoglio, mentre Roma, come d'incanto, appare lontana, inverosimilmente silenziosa.

È nato in Trastevere dove i suoi nonni arrivarono dalla terra dei Volsci, come l'avvocato Cicerone e il Cavalier d'Arpino la cui straordinaria attitudine ad impadronirsi degli stili e ad elaborare una raffinata poetica, ora facile, ora classica che colpì Caravaggio, induce il sospetto che fra il musicista contemporaneo e il pittore secentesco, ultimo esponente del manierismo romano, possa esserci qualche comunanza genetica arpinate, con la differenza che Morricone è salito sempre più in alto, mentre Cesari non conservò sempre il fervore inventivo iniziale.

Il padre, un apprezzato suonatore di tromba, scoprì prestissi-



mo il talento di Ennio, l'avviò al Conservatorio e gli vietò di sottrarre tempo allo studio, anche quando qualche occasionale guadagno avrebbe fatto comodo al bilancio familiare. Qualche volta suonò nascosto fra le quinte.

Studiò tutto quello che si poteva studiare, si diplomò con 9,75: il quarto di punto negatogli da un insegnante puntiglioso, fece arrabbiare il maestro Petrassi che l'apprezzava moltissimo e lo considerava assai più di una promessa. A Petrassi rimase devotamente affezionato per tutta la vita: era nel letto, prossimo ai cento anni e Morricone, ogni volta che aveva un po' di tempo libero andava a trovarlo in via Germanico.

Vinse per concorso il posto di arrangiatore alla RAI che lasciò al primo giorno di lavoro, quando seppe che era vietato trasmettere musiche di un dipendente.

Come arrangiatore fece la fortuna di alcune case discografiche, firmando con vari nomi fino al 1970, quando ritornò a comporre musiche con destinazione concertistica, alcune delle quali vennero giudicate già allora dei capolavori.

Le sue colonne sonore ebbero un successo strepitoso e Morricone venne considerato l'ideatore del genere. In precedenza, salvo qualche rara eccezione come l'Aleksandr Nevskij di Prokofiev, le colonne sonore erano scarsamente considerate, poco più del pianista del muto.

Morricone rivoluzionò tutto, spesso la musica prevalse sulle immagini.

Il successo internazionale arrivò inatteso con un film di Sergio Leone, suo compagno

di scuola alle medie, che non gli era piaciuto e del quale aveva firmato la colonna sonora con lo pseudonimo Don Savio.

Leone, convinto che il pubblico, in particolare statunitense, fosse stufo degli sbiaditi western televisivi con i cow-boy vittime degli indiani, i loschi avventurieri senza scrupoli, i soldati blu con la carica finale indispensabile per il lieto fine, oltre all'immane giustiziere misterioso: storie che poco avevano a che fare con la storia degli States.

Aveva reinventato tutto con leggende epiche, iperboliche, eccessive, violente, narrate con perfezione barocca e tinte da colori forti, che piacquero molto agli yankee inurbati ai quali faceva piacere riconoscere i propri antenati e che ottennero enorme successo.

Guardati inizialmente con distacco, considerati anacronistici tentativi di spettacolarità, ironicamente soprannominati "spaghetti western", ottennero impreveduti apprezzamenti anche dalla critica.

Leone aveva ragione: l'epopea del West era ancora appassionante, con le musiche di Morricone sono diventati indimenticabili capolavori moderni. Gli estimatori più entusiasti propongono accostamenti fra il romantico mito wagneriano del Reno e quello neobarocco del Rio Bravo.

Il sodalizio fra i due amici non fu purtroppo di lunga durata. Leone, portatore di una cardiopatia congenita, morì improvvisamente d'infarto mentre preparava "L'assedio di Stalingrado" che sognava di farne il suo capolavoro.

Le innovazioni musicali di Morricone

aggiunsero intensità, drammaticità ed emozioni a innumerevoli film: registi di tutto il mondo gli chiedevano colonne sonore. Ne ha composte quasi cinquecento; molti film sono ricordati solo per il commento musicale.

Mentre legge una sceneggiatura o vede i primi spezzoni, Morricone sente nascere dentro di sé le musiche che enfatizzeranno la vicenda, anche se ha sempre sostenuto che la musica deve essere al servizio del regista e non deve distrarre lo spettatore.

Secondo lui la suggestione di una musica spesso non dipende tanto dalla scrittura, quanto dagli strumenti che la eseguono. Inventò suoni nuovi, inusitati, coinvolgenti: il lamento solitario di un coyote divenne il *leitmotiv* di un film tragicomico, un mandolino e un pianoforte stonati accompagnarono le scene iniziali di un dramma psicologico, il piffero di un pastore, simile a quello di Pan, e le campane di una chiesetta sperduta diffusero nostalgia, malinconia, serenità sulle praterie senza fine. Ricorse a suoni elettronici, a nenie funebri, al canto gregoriano, a suoni ispirati ad antiche musiche cinesi o a raga indiani.

Da arrangiatore lavorò per giorni intorno al rumore di un barattolo preso a calci per trasformarlo in musica evocativa di un cuore ripetutamente ferito: del disco vennero vendute oltre 300 mila copie, un numero inverosimile per quel tempo, in seguito ha ricevuto 27 dischi d'oro e 7 di platino.

Come re Mida trasformava in oro tutto ciò che toccava, così Morricone rende



musicale qualsiasi rumore. Se il suono voluto non c'era, lo inventava. Musicò il silenzio di una strada nell'attesa di un agguato, il sibillare del vento sulle dune, la serenità di una montagna innevata.

A Sergio Leone piacevano i fischi lontani, Morricone gliene ha forniti a ripetizione, tutti diversi, dolci, tristi, ironici: era il solo al quale non riusciva a dire di no; non ama i suggerimenti, lavorava volentieri con Pasolini che gli diceva "faccia Lei", il più gradito attualmente è Tornatore.

Poiché molti registi, anche grandi come Fellini, parlano di musica a sproposito, ha eletto la moglie Maria a giudice inappellabile.

Dopo tanti anni gli dà fastidio essere ancora definito "mago delle colonne

sonore”, afferma che non esistono musiche “cult” e musiche da film, ma soltanto musiche belle e musiche brutte.

Grazie ai film un musicista può rivolgersi a platee sterminate, avvicinare la gente di tutto il mondo e farsi capire in ogni parte, senza confini.

Con modestia afferma che “bisogna avere tutte le carte in regola per scrivere una sinfonia, ma se serve una canzone da cantautore gliela scrivo”.

È un compositore “a tutto campo”, sul quale qualcuno inizialmente fece qualche riserva, ma con gli anni è diventato un mito per tutti: oltre a donare musiche meravigliose, ha fatto amare Mozart agli amanti del jazz e ai fanatici del pop.

È il compositore più famoso e il più premiato: 8 Nastri d’Argento, l’Oscar alla carriera dopo 5 nominations, il Leone d’Oro sempre alla carriera, si potrebbe andare avanti per pagine e pagine.

Quest’anno gli è stato consegnato il *Polar Music*, il Nobel della musica, assegnato dalla *Royal Swedish Academy*. A fine agosto ha dovuto vincere la sua reticenza e volare a Stoccolma dal re Carlo XVI Gustavo di Svezia. Dice la motivazione: “Le sue composizioni hanno innalzato la nostra vita a un livello superiore”.

L’assegno di un milione di corone, probabilmente, gli avrà fatto tornare in mente, quando spese tutto quello che aveva guadagnato nell’olimpio esclusivo dell’Ara Coeli, mille metri quadrati dai quali ha ricavato il percorso coperto dove ogni mattina all’alba, quando Roma è ancora addormentata, fa footing per

una buona mezz’ora.

Si alza prestissimo, di norma alle quattro e mezzo, fa mezz’ora di ginnastica. Quand’era più giovane dopo andava a fare una partita di tennis. Avversario abituale il direttore della RCA che batteva regolarmente. Gli subentrò il figlio Marco che lo mise ko e gli fece appendere al chiodo la racchetta.

È un igienista che per sua ammissione rasenta talvolta l’ipocondria; i risultati sono invidiabili.

È ancora un bell’uomo asciutto, agile di fisico e di mente al quale i medici del *King’s College* londinese, propugnatori dell’età biologica che giudicano molto più importante e informativa di quella anagrafica, darebbero quindici anni in meno.

Alla sua cartella clinica di ottantaduenne, il cui compleanno verrà festeggiato in Campidoglio il 20 novembre, si può aggiungere senza esitazione il quarto di punto che venne tolto dal suo diploma di compositore, privandolo del dieci.

La sera del 31 agosto nella sala del Teatro Skandia di Stoccolma dove veniva proiettato il film “Gli intoccabili”, candidato all’Oscar 1988 per la musica, Morricone ha concesso un’intervista a Camilla Lundberg di un’ora.

Il pubblico ha continuamente applaudito le sue risposte brillanti, acute, divertenti e soprattutto l’ironia con cui ha parlato di sé. Un uomo straordinario, un genio della nostra epoca, che il *Centro per la Lotta contro l’Infarto* è orgoglioso di annoverare fra i suoi adepti.

(Ha collaborato Rosalba Presta)

Passi avanti nel piede diabetico

Intervista a Cesare Ambrogi

di Mario Albertucci

Dott. Ambrogi, Lei dirige il Centro di Radiologia Vascolare ed Interventistica dell'Ospedale San Giovanni di Roma. In primo luogo, che cosa è la radiologia interventistica?

La radiologia interventistica è una branca della comune radiologia che esegue interventi invasivi (angiografie; drenaggio di raccolte addominali, biliari, urinarie; protesi carotidiche aortiche ed in genere interventi sui vasi) con il supporto di macchinari radiologici (ecografia, angiografia, TAC e Risonanza Magnetica).

Come può essere d'ausilio questa nuova branca della medicina nella patologia diabetica?

Il diabete è una malattia metabolica che interessa in Italia circa 3 milioni di persone, di queste una percentuale considerevole ha complicazioni che interessano il sistema vascolare con microangiopatie retiniche, renali, cardiache e degli arti inferiori. In questi distretti le tecniche endovascolari recentemente sviluppate si possono vantaggiosamente utilizzare come nuova opzione terapeutica.

Quali sono queste nuove tecniche?

Sono tutte le tecniche endovascolari di angioplastica, cioè la dilatazione con palloncini in lattice delle arterie



ostruite o gravemente stenotiche, ed il posizionamento di protesi vascolari. In effetti le tecniche non sono “nuove” perché praticate già dagli anni '80, ma “nuovi” sono i materiali che l'industria ci ha messo a disposizione quali microcateri da dilatazione con palloncini che possono agire su vasi di 1,5 mm di calibro e guide angiografiche, sottili fili metallici che “navigano” nel sistema arterioso ed hanno diametro infinitesimale (0,35 mm). Tutti prodotti impensabili appena 3 anni fa e per di più in continuo rinnovamento, tale da garantire nuove scelte terapeutiche.

Gli interventi come e dove vengono eseguiti?

Nelle sale angiografiche utilizzando la via per cutanea in anestesia locale. Sotto la guida di un ecografo viene inserito un catetere ed una guida metallica. La “navigazione” di questi materiali viene garantita dall'impiego di un apparecchio angiografico di altissima qualità. Appare ovvio che per visualizzare cateteri e guide metalliche di ridottissimo spessore i macchinari usati debbano essere particolarmente sofisticati, con massima risoluzione visiva e minima dose di raggi, erogata anche perché tali interventi richiedono tempi lunghi.

Perché un tempo elevato può tradursi in maggiore fastidio per il paziente?

Facciamo un esempio. La patologia più frequente è l'arteriopatia degli arti inferiori; il paziente arriva alla nostra osser-

vazione inviato da diabetologi, medici di base e chirurghi vascolari quando le comuni terapie non rispondono in alcun modo ed il paziente si presenta con una ischemia critica che si traduce clinicamente in una grave claudicatio (ridottissima capacità di camminare), ulcere trofiche dei piedi ed infine il rischio concreto dell'amputazione. In tali casi la visualizzazione dei vasi della gamba eseguita sia con la Risonanza Magnetica che con angiografia mostra l'ostruzione o la stenosi serrata pluri-distrettuale. Si interviene sia sui grossi vasi che su quelli piccoli, cercando in ogni modo di riaprirne quanti più possibile, fino a giungere alle arcate plantari e metatarsali, che vengono dilatate con i cateteri a palloncino. Chiaramente lo studio e la cura di tante arterie comporta un elevato tempo d'esame anche da parte dell'operatore, più esperto.

Quali esperienze deve avere il medico che esegue tali interventi?

Il progresso di queste metodiche vascolari è tale che ha preso in “contropiede” il management ospedaliero, spesso lasciando alla libera iniziativa la leadership del campo. Il medico che esegue queste procedure deve avere una perfetta conoscenza dei materiali a disposizione, delle apparecchiature radiologiche ed ecografiche, ma soprattutto una conoscenza clinica dei problemi da affrontare. Infatti l'oggetto del trattamento non è tanto una determinata arteria quanto il paziente nel suo insieme. Dovrebbero

essere monitorati il numero di interventi eseguiti per anno, le eventuali complicanze occorse e i risultati a medio e lungo termine.

Questo mi sembra attualmente difficile da realizzare, in breve quali sono le strutture alle quali si deve rivolgere il paziente?

Un paziente dovrà rivolgersi ad una struttura ospedaliera che abbia un grande numero di pazienti, dotato di attrezzature radiologiche idonee, con servizi di radiologia vascolare, di chirurgia vascolare e, possibilmente, di ambulatori di diabetologia e di angiologia. La cura del paziente è infatti pluridisciplinare.

Può farci un esempio di questo concetto?

Per la cura dei diabetici esistono in Ospedali specializzati, unità che si occupano del cosiddetto “piede diabetico”, cioè di tutto quell’insieme di rilievi clinici causati dal diabete con difficoltà di deambu-

lazione, di ulcere cutanee e lesioni necrotiche delle dita. Fanno parte di queste unità i diabetologi, gli ortopedici, i chirurghi plastici, capaci di eseguire interventi utili ad evitare amputazioni maggiori, infettivologi, radiologi vascolari e chirurghi vascolari. In questa maniera le esperienze di ciascuna disciplina concorrono a fornire in maniera mirata al paziente le migliori risposte terapeutiche.

Che cosa ci porterà il futuro?

Sicuramente in primo luogo l’uso di materiali sempre più sofisticati ed il miglioramento di sale angiografiche con software capaci di realizzare navigazioni simulate riducendo decisamente l’erogazione di raggi. In secondo luogo la creazione di una nuova figura di medico, che potremo definire “endovascolare”, capace di riassumere in sé le capacità del radiologo e del chirurgo vascolare. Penso che questi saranno gli elementi capaci di dare la migliore soluzione terapeutica ai danni vascolari creati dal diabete.

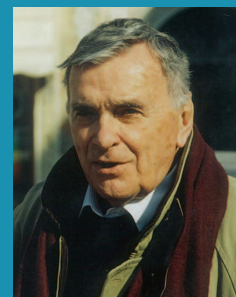
Hanno inviato contributi per la ricerca cardiologica

- *in ricordo di Claudio Pasqualotto di Mestre: gli amici più cari*



Foto di Stefano Di Carlo

Quaderno a Quadretti



di Franco Fontanini

LE DELUSIONI DI SIR PERCIVAL

Fino all'ottocento il medico era un soggetto eteronomo, cioè che riceveva tutte le norme per il proprio comportamento dall'autorità civile o religiosa, molto spesso da entrambe. I colleghi medici inglesi iniziarono allora ad aspirare all'autonomia da ingerenze esterne.

Cominciarono a disciplinare i rapporti fra i medici per salvaguardare la rispettabilità della categoria alla quale tenevano moltissimo: era proibito denigrare l'operato dei colleghi, disputare in presenza degli ammalati e contrattare gli onorari.

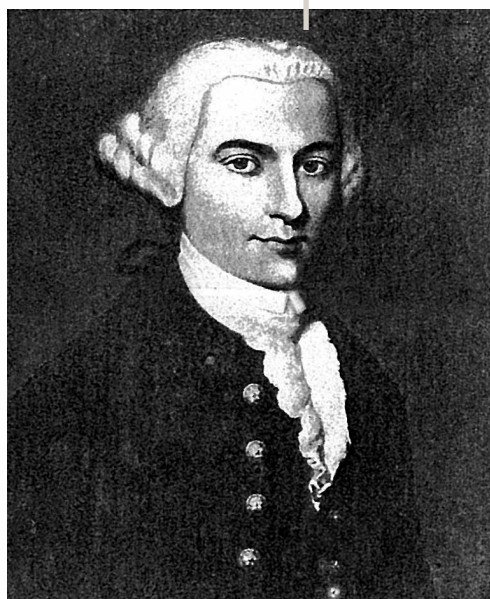
Suggerirono anche l'abbigliamento, la terminologia, la riservatezza, la segretezza: niente doveva essere rivelato all'ammalato, né ai colleghi. Alcune disposizioni sapevano più di società segreta che di ordine professionale.

Molte metodiche diagnostiche e terapeutiche erano monopolio di pochi, alcune, come l'uso del forcipe, venivano tramandate di padre in figlio. Questi ostetrici indossavano un ampio mantello col quale celavano la propria opera.

Molti medici cominciarono ad avvertire il disagio per questi comportamenti da maghi e stregoni e non da uomini di scienza.

Incaricato di formulare una nuova condotta fu il dottor Thomas Percival di Edimburgo, uomo "molto pio e molto dotto" che pubblicò nel 1783 i due volumi della prima Etica Medica redatti, per modestia, sotto forma di consigli al figlio.

Thomas Percival



Nutrivano un'incondizionata stima dei medici, che considerava "gentlemen al di sopra di ogni sospetto che ad altro non aspiravano che a migliorare la loro opera".

La sua opera riscosse approvazione e ammirazione, ma Percival da quel momento ebbe la vita afflitta da amarezze e delusioni senza fine.

L'ANDROPAUSA DELL'ALBATROS

La maggioranza dei medici è convinta che l'andropausa non esista, la maggioranza degli zoologi è sicura che l'albatros non sia l'unico animale ad andare in andropausa.

I ricercatori del CNR e dell'Università di Bourgogne, dopo anni di studi, hanno scoperto che l'albatros delle isole Crozet nell'Oceano Indiano, molto simile all'uccello delle tempeste, tra i dieci e i quarantanove anni, presentano cambiamenti di comportamento ascrivibili al climaterio.

Non si sa molto di questo uccello bellissimo, con un'apertura di ali che può arrivare a quattro metri, perché è schivo e soprattutto perché passa gran parte della sua vita librato nei cieli oceanici e scende a terra solo per la nidificazione.

Abilissimo nello sfruttare i venti, compie viaggi di migliaia di chilometri, dorme sulle onde galleggiando come un sughero,

si nutre di pesce e di rifiuti delle navi ed è capace di digiunare per un mese e più.

Fa vita sociale solo al tempo degli amori, quando fa le danze di corteggiamento, diventa premuroso e molto fedele, a differenza della compagna, che è meno bella, distratta e non disdegna i corteggiatori.

Il maschio, molto vanitoso, è goffo nel camminare e perde tutto il suo fascino con i richiami amorosi simili ai ragli di asino.

Mentre la femmina non presenta nessun segno di climaterio, l'andropausa del maschio si annuncia con cambiamenti di comportamento diversi da quelli della normale vecchiaia: diventa sempre più schivo, litigioso, insofferente della compagnia, pigro anche nel procurarsi il cibo, meno resistente al volo, indifferente a tutto.

Non sono stati rilevati cambiamenti negli ormoni sessuali mentre salgono nel sangue gli ormoni dello stress che presentano picchi ad ogni ritorno a terra. Qualche zoologo ha definito la scoperta sconvolgente: le ricerche proseguono.

IL TOPICIDA CHE SALVÒ EISENHOWER

C'è un episodio nella vita di Eisenhower, un po' comico, poco noto, sicuramente autentico, del quale fu testimone il Prof. Storti, nostro insigne ematologo che si

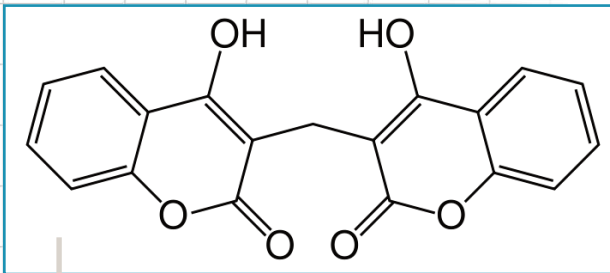


Washington, 1 Novembre 1956: Eisenhower in ottima forma, durante la campagna per l'elezione a presidente degli Stati Uniti. Era stato curato con il Warfarin per una trombosi coronarica.



trovava negli Stati Uniti, ospite di Dameshek, il maggiore ematologo statunitense che lo aveva invitato a tenere una relazione al Congresso Panamericano di Ematologia.

Nel settembre il Presidente Eisenhower fu colpito da infarto a Denver, nel Colorado. La prima diagnosi fu di ulcera duodenale, con molta perplessità, per cui venne chiamato White, il più autorevole cardiologo d'America che individuò l'infarto. Sui giornali in quel periodo si parlava molto di una nuova sostanza, il dicumarolo, che rende incoagulabile il sangue e che poteva essere vantaggiosamente impiegato in molte gravi malattie, causate da trombosi come l'infarto, l'ictus, l'embolia polmonare.



Dicumarolo

Le scarse conoscenze sui meccanismi della coagulazione e il timore di una tossicità molto elevata avevano sempre frenato gli studi clinici che erano stati autorizzati dalla FDA solo da pochi mesi dopo molti anni di titubanze.

Va detto che il dicumarolo, potente veleno per il topo, era largamente impiegato nella derattizzazione. Nessuno propose la nuova medicina, fu lo stesso Eisenhower,

uomo di rapide decisioni, a chiedere a White che gli venisse data.

Per monitorizzare il tempo di protrombina venne convocato Dameshek, il quale si fece accompagnare dal Prof. Storti già largamente noto per i suoi studi sulle malattie emorragiche.

Tutto partì, ma con generale sconcerto venne constatato che, nonostante il dicumarolo, che già si chiamava Warfarin dalle iniziali della fondazione che finanziava le ricerche, il tempo di protrombina non mostrava alcun cambiamento, neppure dopo un aumento della posologia. L'arcano venne svelato quando il timore e lo sconforto stavano prendendo i quattro autorevolissimi consulenti.

Un infermiere, disobbedendo agli ordini dei suoi superiori del Memorial Hospital, confessò che in quei quattro giorni, per paura, nessuno aveva osato somministrare il veleno per topi al Presidente.

Chiarito il mistero, il decorso fu buono, il Presidente venne dimesso dopo sette settimane, durata media della degenza per infarto, l'anno successivo venne eletto per la seconda volta e il Warfarin entrò nella terapia dell'infarto come il farmaco che aveva salvato Eisenhower.

Le extrasistoli

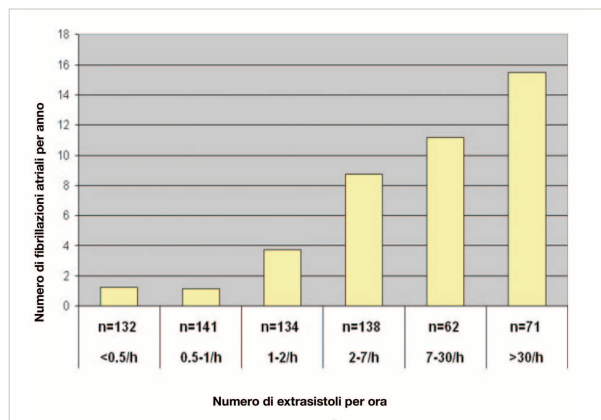
di Eligio Piccolo

Nell'immaginario collettivo esse sono un disturbo del cuore, o meglio del suo ritmo, e fino a qui siamo in perfetto accordo con le conoscenze scientifiche e con la medicina ufficiale. Ma alla domanda se le extrasistoli sono anche un sintomo e un segno di malattia la risposta è: sì e no.

E qui inizia una lunga storia di allarmi a fasi alterne sia dei malati che dei medici i quali, a seconda dei progressi delle loro conoscenze assicurano o si preoccupano. A complicare il tutto si inserisce il fatto che il sintomo c'è o non c'è, l'extra viene o no avvertita dai pazienti. Ve ne sono alcuni che ne avvertono anche una nelle 24 ore, si svegliano perfino nel sonno, chiamano magari il medico, oggi non più perché non risponde nemmeno di giorno. Insomma si angosciano e quando vanno alla visita riferiscono che il cuore si ferma o fa un brutto salto. Altri invece, quelli che non vorrebbero mai verificare, tengono duro e se arrivano dal cardiologo non troppo tardi ne mostrano di frequentissime o a gruppi, in genere pericolose.

L'uomo è fatto così, alcuni sentono la palpitazione o l'angina, altri si accorgono solo dei disturbi più importanti e talvolta rischiano. A tranquillizzare però tutti, anche coloro che a questo punto si fossero lasciati prendere dall'ansia, dirò che se il paziente non ha una malattia di cuore documentata dai comuni esami, il novantanove virgola novantanove per cento delle sue extrasistoli è innocente, benigna.

Un'altra distinzione però va fatta, ma la decide solo l'elettrocardiogramma, che registra le extra-



L'aumento della extrasistoli sopraventricolari all'Holter fa aumentare il rischio di fibrillazione atriale



Extrasistoli ventricolari



Bernard Lown

“Medicine is the art of engagement with the human condition rather than with the disease.”

Bernard Lown, MD

sistoli in due grandi gruppi: le sopraventricolari, quelle che hanno origine negli atri e che si riconoscono in genere perché somigliano a un battito normale, e le ventricolari, che nascono appunto nei ventricoli e sono deformate come un blocco di branca. Questa differenziazione è di per sé importante, nel senso che le sopraventricolari raramente sono pericolose, mentre le ventricolari possono in qualche caso essere spia di una cardiopatia severa e anche di rischi mortali.

A questo punto, sgomberato il campo dalle sopraventricolari, che definirei benigne poiché, se non c'è sotto una malattia di cuore importante, la loro pericolosità è legata al fatto di essere solo in qualche caso segno premonitore di una tachicardia parossistica o di una fibrillazione atriale. Valutiamo invece con più attenzione le ventricolari, che sono anche loro quasi sempre "innocenti" se a generarle è un'eccitazione da pressione alta, da cibi o farmaci più o meno dopanti, ma per dare loro la patente di banalità il medico è costretto ad andare più a fondo. Perché se fossero la spia, faccio per dire, di una miocardite o di

una cardiomiopatia, coronarica o di altra origine, esse potrebbero scatenare l'irreparabile o quasi.

Circa 30 anni fa un benemerito della Cardiologia, il Premio Nobel Bernard Lown, tentò di classificare le extrasistoli ventricolari secondo un loro presunto grado di rischio. Fu una lodevole impresa, ma che non raggiunse lo scopo principale, quello di come prevenirle con i farmaci.

Quando lo si tentò si ottenne l'effetto contrario e fu un ribaltone, seguito da un rimescolamento delle carte sia per il medico che per la ricerca. Studi successivi hanno da un lato confermato la modesta utilità degli antiaritmici e dall'altro hanno precisato meglio le forme a maggior rischio. Ma soprattutto si è confermata una volta di più l'importanza della cardiopatia sottostante. Così, mentre una semplice ipertensione con sporadiche extrasistoli non dà in genere preoccupazione alcuna, la scoperta invece di una cardiomiopatia ipertrofica, di una miocardite o di una malattia coronarica deve farci allarmare e ricorrere alle cure più efficaci.

Il bello di tutto ciò, visto naturalmente dalla parte del medico che con orgoglio guarda ai risultati della ricerca scientifica, è che sempre meno dobbiamo assistere impotenti alle aritmie pericolose e che sempre di più possiamo dare ai nostri malati la certezza della cura o mettendogli una mano sulla spalla liberarli dicendo che le loro extrasistoli sono "un'innocente follia del cuore".

aforismi

Nessuno ti ascolta fino a quando non dici una boiata.

> **A. Block**

La sostanza sta nelle sfumature.

> **A. Morandotti**

Nella vita, come sul tram, quando ti siedi è il capolinea.

> **C. Sbarbaro**

Diffida di chi inserisce nel *post-scriptum* i saluti a tua moglie.

> **N. Tommaseo**

Se le sue labbra sono infuocate e lei trema fra le tue braccia, è la malaria.

> **J. Kannon**

Storia d'amore: paroline prima, parolone durante, parolacce dopo.

> **Detto popolare**

Una volta si diceva: "Ti amerò per tutta la vita", ma la vita media era di quarant'anni. Oggi è meglio non sbilanciarsi.

> **L. De Crescenzo**

Non tollerava di essere secondo; non frequentò mai prostitute per il timore che qualcuna ci sapesse fare più di lui.

> **F. Fontanini**

Quando ti morde un lupo, pazienza. Quello che secca è quando ti morde una pecora.

> **A. Block**

Cambiare sesso è un'operazione di transizione.

> **W. Luxuria**

Niente è più facile di scrivere difficile.

> **F. Popper**

I peccati della carne spesso fanno bene allo spirito.

> **F. Fontanini**

È un brutto colpo scoprire a 7-8 anni che in un mondo di Gary Cooper tu sei l'indiano.

> **J. Baldwin**

Felice l'uomo che ha una moglie che gli dice che cosa deve fare, e una segretaria che lo faccia.

> **Lord Marcroft**

Le rivoluzioni proletarie hanno successo quando riescono a creare una classe media.

> **M. Missale**

Fare due sessi diversi è stata un'ottima idea che dovremmo cercare di conservare.

> **F. Fontanini**

L'arte dell'arredamento consiste nel mettere nelle case degli altri quello che non si sognerebbe mai di mettere nella propria.

> **Le Corbusier**

Una regola cardinale della politica è non farsi mai trovare a letto con un uomo vivo o con una donna morta.

> **Anonimo**

Fra l'ippopotamo e la mosca c'è, forse, una certa rassomiglianza, ma fra voi e me proprio non la vedo.

> **S. Dalì**

La lussuria è il più forte ostacolo all'emancipazione della donna.





> **R. Wilkinson**

Le leve dell'ingiustizia sono sempre nelle mani giuste.

> **J. S. Lec**

Sostenete e diffondete Cuore e Salute

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

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



MODULO PER ISCRIVERSI ALLA FONDAZIONE O PER ISCRIVERE UN AMICO

DESIDERO: ISCRIVERMI RINNOVARE L'ISCRIZIONE ISCRIVERE UN AMICO AL

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

IN QUALITÀ DI ADERENTE

IN QUALITÀ DI MEDICO

COGNOME NOME

CODICE FISCALE

VIA CAP CITTÀ

PROV. NATO A IL

E-MAIL CELL

(*) nominativo di chi offre l'abbonamento

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

VERSAMENTO SUL C/C POSTALE N. 64284003

BONIFICO BANCARIO IBAN IT 56 Y 01005 03213 000000012506

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

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

CARTA DI CREDITO CIRCUITO VISA: N. CARTA SCAD

NOME E COGNOME DEL TITOLARE DELLA CARTA

AI NOSTRI LETTORI

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

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

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



 Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Capire per prevenire

 *Newsletter Settembre 2010*
del Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus



**L'ESERCIZIO FISICO:
PICCOLO GLOSSARIO SEMPLIFICATO**

Bentornati dalle vacanze e ben trovato a chi non ha potuto spostarsi e godere di un sano riposo per mente e cuore! Si riprendono le attività, a dire il vero spesso con fatica. Riprendere è un po' dura.

Anche riprendere una sana e costante attività fisica costa un po' di fatica, appassionati a parte. Ma l'esercizio fisico costante e ben condotto fa bene all'apparato cardiovascolare. Eccoci qui a parlarne e a spiegare in modo semplificato dei termini che si usano frequentemente quando di attività fisica si parla.



- Esercizio fisico aerobico
- Trasporto e consumo di ossigeno
- Cosa comporta un esercizio aerobico?
- Frequenza cardiaca massima ed esercizio aerobico



[VAI](#)

LA RECESSIONE AUMENTA IL GIOVITA [VAI](#)

LEGAME TRA MALATTIA PERIODONTALE E PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI [VAI](#)

CALCOLO CALORIE 

CALCOLA I TUOI RISCHIO CARDIOVASCOLARE 

GINNASTICA QUOTIDIANA 

PER RICEVERE GRATIS LA NEWS LETTER OGNI MESE [CLICCA QUI](#)

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

Se non desideri più ricevere le nostre newsletter CLICCA QUI

DONA
ORA

DIVENTA
SOCIO DEL
CU

Sostieni il CU
con il tuo
5X1000

Di che si
occupa
la nostra
RICERCA

ARCHIVO NL

“ Fate come me, sostenete il **Centro per la Lotta contro l'Infarto!** ”

Pochi sanno che l'infarto uccide più del cancro. Il vostro contributo alla ricerca cardiologica ci aiuta a capire, prevenire, verificare nuove terapie. Investite nella ricerca cardiologica, sostenete il CLI.

Ennio Morricone

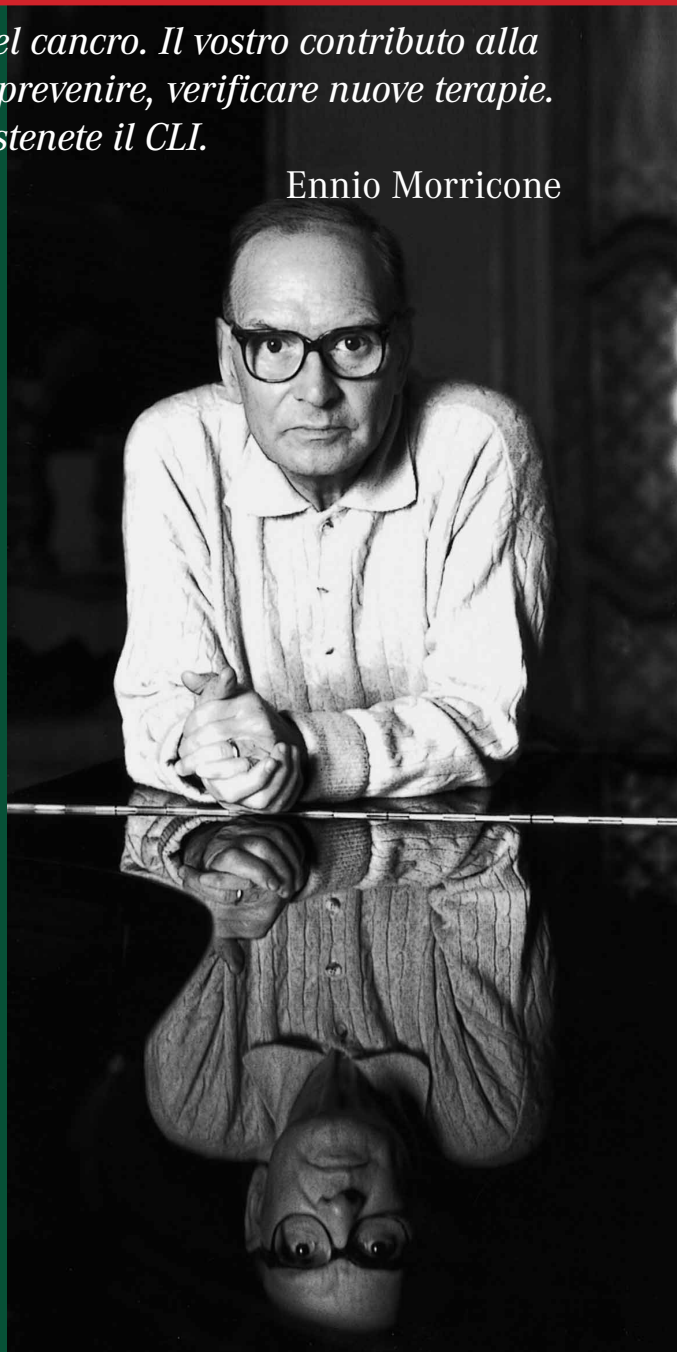
Puoi farlo destinando: una libera donazione a tuo nome, una donazione natalizia a nome di una persona cara che riceverà per tutto il 2011 la rivista *Cuore e Salute* (offerta minima € 20), un lascito, un legato, una donazione in memoria, e ancora: offrendo come dono natalizio il libro *Lettere a Prati* (offerta minima € 25), destinando al CLI il 5x1000 all'atto della dichiarazione dei redditi.

MODALITÀ DI VERSAMENTO

I versamenti vanno intestati a: *Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus*

- c/c postale n. 64284003
- bonifico bancario IBAN IT56 Y 01005 03213 000000012506 c/o Banca Nazionale del Lavoro, Agenzia n. 13, Viale Bruno Buozzi 54, 00197 Roma;
- assegno non trasferibile;
- carta di credito - Circuito VISA (comunicando il numero e la scadenza);
- presso la nostra sede.

Vantaggi fiscali: in quanto Onlus, la tua donazione al Centro per la Lotta contro l'Infarto è fiscalmente deducibile nella misura del 10 per cento del reddito dichiarato e, comunque, per un importo massimo di 70.000 euro (art. 14 D.L. 35/2005 trasformato in DL 80/05). Per avvalersi di tali benefici è necessario conservare la ricevuta di versamento.



Centro per la Lotta contro
l'Infarto - Fondazione Onlus

Capire per prevenire