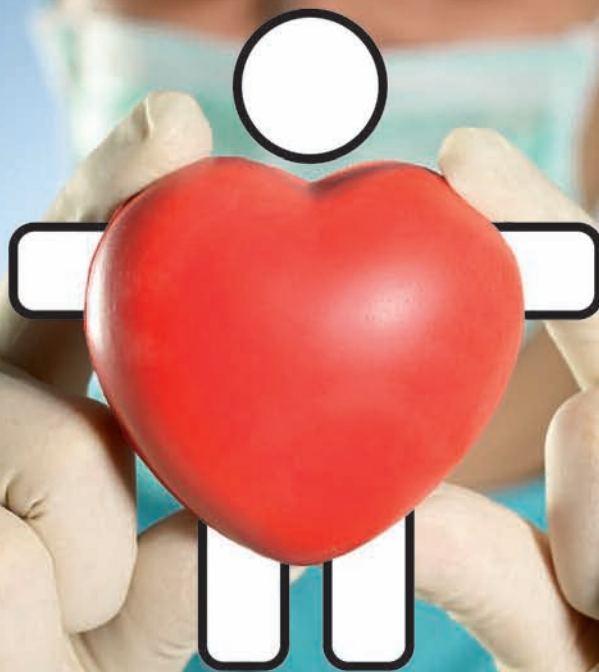


# CUORE & Salute



**Vogliamo fare di più**

ANNO  
XXIX

**N. 7-8-9 LUGLIO-AGOSTO-SETTEMBRE 2011**

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

# 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** *Luglio 2011*  
del Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

di Antonella Labellarte

**SERENA WILLIAMS E L'EMBOLIA POLMONARE**

**Wimbledon, giugno 2011: Serena Williams è stata battuta agli ottavi di finale. Lo scorso anno ha vinto il titolo di questo prestigioso torneo. Quest'anno la finale è Sharapova-Kvitova. Serena Williams perderà molti punti e, soprattutto, posti in classifica.**

**CIBO "SPAZZATURA": SI PUÒ ESSERE DIPENDENTI?** [VAI](#)

**8 CONSIGLI PER SMETTERE DI FUMARE** [VAI](#)

**LA GINNASTICA DEL MESE** [GUARDA](#)

**ALCALCOLO CALORIE** **IL VIDEO DEL MESE** **CALCOLA IL TUO RISCHIO CARDIOVASCOLARE**

**PER RICEVERE 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**

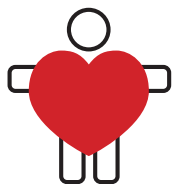
**DIVENTA SOCIO DEL CLU**

Sostieni il CLU con il tuo **5X1000**

Di che si occupa la nostra **RICERCA**

**ARCHIVIO**

**Cuore e Salute** è una pubblicazione del



## Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

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

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

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

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

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

**Presidente**  
**Francesco Prati**

**Presidente onorario**  
**Mario Motolese**

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

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

**Soci sostenitori**  
**AstraZeneca, Banca Fideuram, Banca Nazionale del Lavoro, Bayer Schering Pharma, Boehringer Ingelheim Italia, Bristol-Myers Squibb, Ferrovie dello Stato, I.F.B. Stroder, Istituto Luso Farmaco d'Italia, Italfarmaco, Medtronic Italia, Merck Sharp & Dohme, Novartis Farma, Pfizer Italia, Rcs Rizzoli Periodici, Roche, Zambon Italia.**

# n.7-8-9 **sommario** 2011

[www.centrolottainfarto.it](http://www.centrolottainfarto.it)  
[cuoreesalute@centrolottainfarto.it](mailto:cuoreesalute@centrolottainfarto.it)

**Direttore Responsabile**  
Franco Fontanini

**Vice Direttori**  
Eligio Piccolo  
Francesco Prati

**Capo Redattore**  
Filippo Stazi

**Coordinamento Editoriale**  
Marina Andreani

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

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

**Progetto grafico e impaginazione**  
Valentina Girola

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

## **Cuore e Salute**

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

Anno XXIX  
n. 7-8-9 Luglio-Agosto-Settembre 2011  
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](mailto: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

**Vogliamo fare di più** Francesco Prati 196

**Il viaggio ridiventa "serio"** Eligio Piccolo 199

**Depressione, disfunzione erettile e cuore** Filippo Stazi 201

• **Vuoi un maschietto? Scegli il nucleare!** [Filippo Stazi] 203

**La "Dieta Mediterranea" come patrimonio culturale  
dell'umanità** Cristina e Bruno Domenichelli 204

**Dal Congresso Conoscere e Curare il Cuore 2011**  
**Danni del sale: nella dieta è troppo** Paolo Verdecchia 207

**Le recidive infartuali si riducono: ruolo di statine, aspirina  
e tienopiridinici** Intervista di Filippo Stazi a Claudio Cavallini 211

**Qualche secondo di buon umore** 213

**I nostri testi** Vito Cagli 214

**Morte a Venezia?** Stefano Savonitto 217

• **Mammografia anche per i maschi?** [Eligio Piccolo] 218

**La ricerca del CLI** 219

**La palla di Tiche**  
**Ridateci la Gioconda** Franco Fontanini 221

**Food for thoughts**  
**La cardiologia in India: all'avanguardia o direttamente  
dal cuore?** 224

da  a cura di Mario Albertucci

**Lettere a Cuore e Salute** 228

- *Lo zio morto nel sonno*, Eligio Piccolo
- *Statine e dolori muscolari*, Francesco Prati
- *Ancora sul Dabigatran*, Filippo Stazi



p. 199



p. 228



p. 236



p. 246

## Conoscere e Curare il Cuore 2012

232

## Quaderno a Quadretti

236

## News

### Aggiornamenti cardiologici Filippo Stazi

244

### San Menna, il cuore che non batte. Il dopo terremoto raccontato da chi c'era (prima parte)

246

Alfredo Giordano

### L'isola Ferdinandea Salvatore Milito

251

### Aforismi

254

Pregghiera di Sir Robert Hutchinson

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

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

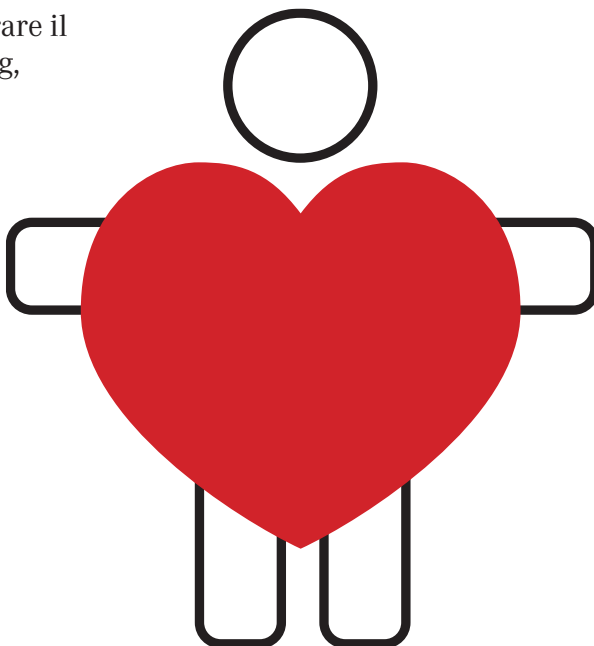
L'Editore si scusa per eventuali omissioni o inesattezze delle fonti delle immagini, dovute a difficoltà di comunicazione con gli autori.

# Vogliamo fare di più

di Francesco Prati



Chi colpisce la palla di Tiche? Personaggi illustri raccontati con ironia dal nostro direttore Franco Fontanini, ma anche e soprattutto gente comune. Talvolta soggetti con stili di vita non proprio da consigliare altre volte personaggi con una condotta sobria e lontana dagli eccessi. L'imprevedibilità del destino è ben raffigurata nella mitologia greca dalla condotta irresponsabile della figlia di Giove: chiunque può essere colpito dalla palla mortale scagliata da Tiche, anche chi ha una condotta di vita irreprensibile, persino chi non ha fattori di rischio. L'infarto del miocardio può colpire tutti, anche chi non lo merita. Non si fa fatica a ricordare storie di uomini famosi che possano esemplificare questa affermazione. Winston Churchill morì dopo i 90 anni. Amava mangiare e bere, era in sovrappeso e difficilmente si privava del suo sigaro. Soffriva di depressione ma non apparteneva a quella categoria di persone che vedono nell'esercizio fisico uno strumento per migliorare il tono dell'umore. Jim Fixx, il teorico del jogging, fu meno fortunato. Fisico asciutto, allenamenti costanti, forse uno-due fattori di rischio, ma ben controllati dalla terapia, fu stroncato da un infarto fatale dopo avere compiuto i 50 anni. Casi sfortunati come quello del signor Fixx sono eventi eccezionali? Purtroppo no.



Il registro del BLITZ effettuato dall'ANMCO fornisce una fotografia molto attendibile della prevalenza di infarto miocardico in soggetti senza fattori di rischio cardiovascolare, confermando che in oltre il 20% dei soggetti infartuati i fattori di rischio erano assenti o presenti in modo minimo.

Non vi è dubbio che l'aver individuato negli anni 50, mediante lo studio Framingham, i fattori di rischio cardiovascolare, rappresenti un traguardo per la cardiologia. Sappiamo da tempo che chi fuma ha un rischio di sviluppare malattie cardiovascolari tre volte superiore a chi si tiene alla larga dalle sigarette. Si può dire lo stesso per l'ipercolesterolemia, l'ipertensione ed il diabete e si può affermare che la coesistenza di più fattori di rischio aumenti ulteriormente la possibilità di andare incontro all'infarto, per il ruolo sinergico che questi sono in grado di generare.

Insomma se avere più fattori di rischio aumenta di molto il rischio di infarto, la completa assenza degli stessi, purtroppo, non ne annulla il rischio. Le due affermazioni non si contraddicono.

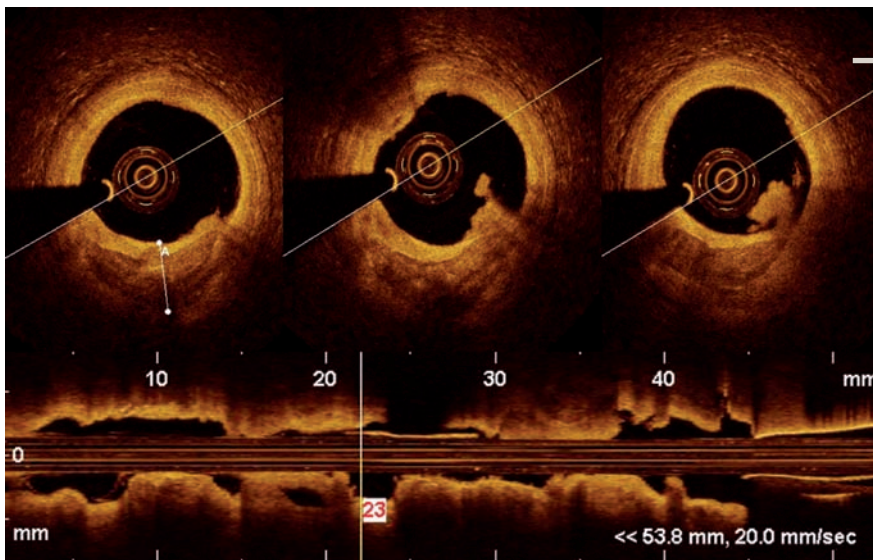
La cardiologia è in continuo progresso. La cura dell'infarto è migliorata a tal punto da potere affermare, che la morte per infarto in Ospedale è un'evenienza rara. La prevenzione delle recidive infartuali è un secondo elemento di cui andare fieri. Il secondo infarto grazie alla prevenzione farmacologica, che ha come cardine l'uso di aspirina e di statine, è oramai un'evenienza numericamente trascurabile. La vecchia affermazione che chi va incontro all'infarto ha il 50% di probabilità di presentare una

recidiva infartuale a 5 anni è oramai superata. Dati recenti circoscrivono questo evento così sfavorevole al di sotto del 10% a 5 anni.

Passi in avanti decisivi ma anche lacune da colmare; ricorrendo ad una metafora quasi ovvia un bicchiere da colmare che ovviamente vediamo come mezzo pieno. È proprio nel combattere l'insorgenza dell'infarto che vanno profusi gli sforzi maggiori nella ricerca in cardiologia. La vera scommessa della Cardiologia è nel comprendere le cause ed i complessi meccanismi che generano l'infarto. In altri termini capire per quale ragione un soggetto con colesterolo e pressione normale, e che



Jim Fixx



Esempio di immagine OCT

non subisca lo stimolo nocivo del fumo, sviluppi l'aterosclerosi e vada poi incontro all'infarto per l'instaurarsi di un trombo coronarico.

***Il Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus (CLI)*** ne è consapevole. Il robusto programma di ricerca avviato dalla Fondazione si basa proprio sulla prevenzione dell'infarto. Insieme alla Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus del gruppo ANMCO, diretta dal Prof. Maseri, il CLI sta avviando un progetto innovativo. Lo studio sviluppa un concetto originale secondo il quale dal confronto tra soggetti ad espressione fenotipica poco comune e con caratteristiche antitetiche possano scaturire osservazioni di grande interesse. Nello studio, concepito come multicentrico, verranno confrontati pazienti con recidiva infartuale precoce, espressione dell'instabilità più marcata e soggetti con angina da sforzo di lunga durata, rappresentativi di un gruppo con minima propensione verso l'infarto nonostante lo sviluppo dell'aterosclerosi. È previsto l'impiego dell'OCT, tec-

nica innovativa che studia l'aterosclerosi ad altissima risoluzione nonché l'analisi del materiale trombotico prelevato dalle coronarie e di sofisticate indagini di laboratorio su sangue periferico.

Ai progetti di ricerca si aggiunge un **programma clinico di prevenzione** molto innovativo, che pone al centro lo studio dell'aterosclerosi. La nostra Fondazione ha quasi trent'anni e si è distinta nel tempo per l'attenta divulgazione delle conoscenze in cardiologia. Riteniamo sia giunto il momento di fare qualcosa in più e personalizzare la prevenzione nel singolo individuo, attraverso nuovi percorsi assistenziali e visite di check-up. Si tratta per la fondazione del CLI di un balzo in avanti: alla divulgazione della cultura cardiologica ed alla ricerca si affianca la clinica. Lo facciamo consapevoli che sia venuto il momento di applicare in prevenzione quelle nuove conoscenze in medicina, cui abbiamo contribuito anche noi con la nostra ricerca.

Tutto questo per rendere inoffensiva la palla di Tiche.



# Il Viagra ridiventa “serio”?

di Eligio Piccolo



Nessuna critica severa né speciosa, ci mancherebbe, contro questa nobile molecola che, dopo secoli di vantate e mai provate attività afrodisiache di pozioni magiche, compreso il corno di rinoceronte e la cura Voronov, è riuscita finalmente a riportare Priapo nell'alcova dei molti depressi o inibiti. Ma non c'è dubbio che la sconfitta farmacologica della Pfizer rispetto all'iniziale intento di ottenere dal sildenafil (viagra) un valido aiuto contro l'angina pectoris, rivelandosi invece un prodigioso dilatatore dei corpi cavernosi, lo avesse declassato eticamente. Il risultato, tuttavia, fu tutt'altro che negativo, sia sul piano terapeutico della disfunzione erettile che in quello del profitto dell'azienda. D'altra parte, la sua diffusione nei tantissimi maschi che non volevano “disarmare” ha consentito di valutare che il farmaco non va a finire solamente nella zona pudenda, ma anche in molti altri distretti vascolari. Come la circolazione polmonare e forse perfino nel muscolo cardiaco.



Quel forse, ma sarebbe doveroso metterci anche il condizionale, è dovuto alla preminenza della ricerca in corso, per ora sperimentata solo nei ratti, dove il sildenafil, leggi viagra, avrebbe la proprietà di contrastare un eccessivo ingrossamento del ventricolo sinistro quando questo è sottoposto a maggiore carico, come succede sempre nella pressione alta o nelle insufficienze valvolari e coronariche. Il meccanismo con cui la “pillola celeste” riesce a fare questo miracolo è molto complicato perché si addentra nel metabolismo delle cellule muscolari e appare strettamente collegato alla genetica. Per arrivarci vicino alla comprensione ho dovuto leggere più volte questi risultati nella pubblicazione che il *JACC* (2010:56:2021) propone ai cardiologi, dopo che per anni l'argomento era stato trattato solamente dalle riviste di scienze basiche.

Se le rose fioriranno, come si dice, si sa-

rebbe trovato un antidoto contro un'eccessiva ipertrofia del cuore, a favore di un migliore adattamento dei suoi ventricoli alle malattie che li sovraccaricano e all'allontanamento della temuta conclusione, lo scompenso cardiaco. Sarebbe in fondo un ritorno alle origini della sperimentazione del viagra, quelle “serie”, che si proponevano di aiutare le malattie come l'insufficienza coronarica, invece di quelle che qualcuno considera frivole, e che talvolta si sono dimostrate rischiose proprio per coloro che hanno le coronarie in disordine.

Ma se tutto andrà così come i ricercatori di Baltimora e di Los Angeles si augurano, si dovranno risolvere altri due problemi: quello appunto degli effetti secondari negli anginosi che fanno uso di nitrati e quello del dosaggio o di qualche modificazione della molecola onde evitare che un eccesso di performance “celoduristica” annulli i benefici di quella sui ventricoli.

tra i libri ricevuti



# Depressione, disfunzione erettile e cuore

di Filippo Stazi

“Tu lo sai, mi conosci da sempre. Non sono uno che molla facilmente, ho sempre tenuto botta, ho affrontato tutto. In qualche modo sono sempre riuscito a sopportare qualsiasi cosa, a volte meglio, a volte peggio... Ho lavorato una vita, questi quattro soldi che ho messo da parte me li sono veramente sudati.... Anche la famiglia, non è stato facile... ma l’ho tenuta insieme. Ma ora..., ora proprio non va! Si è spento tutto. Non ce la faccio, non mi va. Non mi va più! Mi sveglio la mattina ed alzarmi mi spaventa. Un po’ non ho molto da fare ed un po’ temo di non essere in grado di affrontare anche quel poco di impegni che mi sono rimasti. E allora, delle volte, quando Daniela si è già alzata, mi giro sul fianco, metto la testa sotto il cuscino e piango. Piango veramente, con tanto di lacrime. Un anno fa mi sarebbe sembrato impossibile, ma ora piango e pure spesso. A letto, davanti alla televisione, mentre leggo. L’altro giorno mi è scappata una lacrima pure mentre mi bevevo un cappuccino al bar. Mi sono vergognato come un ladro, ho pagato e sono scappato via senza attendere né il resto né lo scontrino”. Quasi a dare ancora più valore alle parole la voce di Claudio ogni tanto si incrinava, si bloccava, sembrava sul punto di evaporare per poi ricorrere a quel che restava della sua dignità residua e ripartire. Claudio, sessantatre anni ben



iStockphoto.it

portati, un passato se non proprio da sportivo per lo meno non da sedentario, un aspetto che alle donne, fino a qualche ruga fa, non era mai dispiaciuto, era seduto al tavolino di un bar in una delle più belle piazze della sua città. Roberto, l'amico di sempre, il compagno di scuola, il testimone delle sue nozze, aveva tanto insistito per quella uscita ed ora che gli era seduto di fronte si sentiva in soffocante difficoltà. Sapeva che Claudio stava attraversando un momento difficile ma non aveva minimamente immaginato quanto. Voleva aiutarlo ma non sapeva come. Erano minuti che cercava qualcosa di sensato da dire ma gli venivano in mente solo banalità e luoghi comuni. "Dai" gli sorrise "capita a tutti un momento così. Vedrai che poi passa. Scommetto che è solo la conseguenza del pensionamento.." "No, non credo. Si la pensione non è che mi abbia fatto bene, però il problema è più profondo, è più interno. E non vedo soluzione. È un piano inclinato e io sto cominciando a prendere sempre più velocità. Sai la crisi vera è cominciata dopo il licenziamento di Marina, o meglio dopo la sua mancata assunzione". "Marina tua figlia?" "Si proprio lei, la Marina che tu hai visto crescere. Erano 4 anni che lavorava a progetto in banca e le avevano assicurato che alla fine l'avrebbero stabilizzata. Le dicevano di stare tranquilla, che lei era brava, che era sopra la media, che per loro era una risorsa e balle simili. Poi sai com'è finita? È finita che è arrivata un'altra, meno brava di lei, meno preparata ma molto, molto più sveglia. Questa si è infilata prima nella stanza e poi nel letto del capo. Conclu-

sione, lei assunta e Marina a casa, a chiedere di nuovo la paghetta a mamma e papà. Ho ancora in mente la sua faccia la sera che ce lo ha raccontato. Caro Roberto mi sa che abbiamo sbagliato tutto. Stiamo lasciando un mondo molto più brutto di quello che avevamo ricevuto. Comunque sia, da quella sera sono crollato!

Claudio finì il caffè e si guardò intorno con sospetto. Più volte fu sul punto di riprendere il discorso ma fu solo con evidente sforzo e con un filo di voce che riuscì a liberarsi di quell'ultimo peso. "E poi... poi c'è pure un'altra cosa che non va più. Inutile che ti spieghi quale....! Sai all'inizio ho pensato che forse era normale, dopo tanti anni, sempre con mia moglie. Ho provato anche la pasticchina meravigliosa, ma niente... Allora ho cominciato a preoccuparmi sul serio ed ho deciso di fare un piccolo test. Di cambiare cioè l'altra metà. Oh mi raccomando con Daniela eh... Non ti fare scappare niente, conto su di te! Beh, comunque sia, niente di niente. Allora di test ne ho fatto anche un secondo. Poi ho smesso pure di fare prove.... I medici la chiamano disfunzione erettile! Noi da ragazzi la chiamavamo diversamente... ti ricordi?"

"Daniela? Ciao sono Roberto, cercavo Claudio. È in casa?" Dall'incontro al caffè erano passati due mesi. Ogni giorno Roberto si era sentito in colpa ma non aveva più avuto il coraggio di chiamare Claudio; troppo era il disagio che aveva provato quel pomeriggio, troppo il senso di impotenza, troppa la paura di diventare un giorno come lui... "Roberto..." la breve pausa sembrò lun-

ghissima, “Claudio non c’è, è in ospedale. Ha avuto un infarto dieci giorni fa. È stato parecchio male ma ora sta meglio, i medici hanno detto che è fuori pericolo...”.

La disfunzione erettile può essere causata da disturbi psicologici o da difficoltà nella relazione di coppia ma può essere anche indotta da una patologia vascolare sottostante. Per tale ragione questo disturbo è spesso associato alle malattie cardiovascolari di cui è a volte il primo segno. Anche la depressione si associa ad un aumentato rischio di morbilità e mortalità sia generale che cardiovascolare tanto nei soggetti sani che in chi ha già presentato problemi cardiaci. La depressione può poi essere causa della disfunzione erettile e questa a sua volta può causare o peggiorare una condizione di depressione. La concomitante presenza di disfunzione erettile e di disturbi del tono dell’umore determina un ulteriore aumento del rischio di morbilità e mor-

talità cardiovascolare. Una nuova conferma deriva da un recente studio dell’Università di Firenze in cui 2.303 soggetti, ovviamente di sesso maschile, in cura presso l’Istituto di Andrologia della stessa Università per disfunzione erettile sono stati seguiti per un periodo di circa cinque anni. La ricerca ha messo in evidenza una relazione direttamente proporzionale tra la gravità dei sintomi depressivi e la severità della disfunzione erettile ed ha anche ribadito che, nei soggetti con disfunzione erettile, la presenza di severi sintomi depressivi si associa con una maggiore incidenza di eventi cardiovascolari quali infarto miocardico, ictus ed arteriopatia periferica.

In fin dei conti questi 2.303 signori fiorentini non hanno fatto altro che ricordarci che amare ed essere allegri non solo rendono la vita migliore ma fanno anche bene al cuore.

## Vuoi un maschietto? Scegli il nucleare!

Nello scorso mese di giugno si è svolta in Italia la consultazione referendaria a favore o contro il ricorso all’energia nucleare. Il dibattito è stato acceso e i due fronti contrapposti, quello del sì e quello del no si sono affannati a spiegare al meglio le loro ragioni. Alla fine ha vinto il sì, però nessuno dei contendenti ci ha reso noto quanto emerso da uno studio tedesco recentemente pubblicato sulla rivista “Environmental Science and Pollution Research” secondo il quale la radioattività conseguente ai test ed agli incidenti nucleari sembra in grado di influenzare la determinazione del sesso dei nascituri. Gli autori della ricerca hanno preso in esame le nascite verificatesi tra il 1975 ed il 2007 in 39 paesi europei e negli Stati Uniti ed hanno osservato che dopo le sperimentazioni nucleari degli anni ’60 e ’70 del secolo scorso le nascite dei maschietti sono significativamente aumentate rispetto a quelle delle femminucce. Tale differenza tra i due sessi si è registrata anche a seguito dell’incidente di Chernobyl. Il recente e terribile disastro nucleare di Fukushima fornirà, purtroppo, ulteriori elementi per confermare o meno tale conclusione.

F.S.



Federico (foto dell’autore)

# La “dieta mediterranea” come patrimonio culturale dell’umanità

di Cristina Domenichelli e Bruno Domenichelli



Niente di nuovo sotto il sole. Già 25 secoli fa Ippocrate affermava infatti che: “*coloro che sono per costituzione assai grassi, muoiono più presto di coloro che sono magri*”. E quasi cinque decenni or sono le prime grandi ricerche di popolazione come il *Seven Countries Study* avevano dimostrato oltre ogni dubbio che un’alimentazione ipercalorica e ricca di grassi animali predispone alle malattie cardiovascolari, mentre sono più protette le popolazioni che fanno più largo uso di frutta, carboidrati (pane, pasta, riso), pesce ed olio di oliva. Era la tipica alimentazione dei popoli che si affacciano sulle sponde del Mediterraneo, come l’Italia, la Grecia, la Spagna e l’isola di Creta e che fu quindi etichettata come “dieta mediterranea”.

Più recentemente (dati ISTAT 2008 – volume “Noi Italia”, presentato il 12.1.2010), le statistiche hanno dimostrato che gli italiani, con una vita media di 84 anni per le donne e 79 per gli uomini, sono fra i più longevi d’Europa, insieme a Francia, Spagna, Israele e Grecia (dati *Central Intelligence Agency, USA, 2007*), grazie, molto probabilmente, anche alle loro abitudini alimentari “mediterranee”.

Una forte conferma epidemiologica di queste ipotesi è venuta recentemente da un’autorevole metanalisi effettuata da ricercatori dell’Università di Firenze (*Brit Med J 2008; 337: a1344*), che hanno riesaminato 12 importanti trial internazionali portati a termine tra il 1966 e il 2008, che hanno interessato oltre un milione e mezzo di soggetti, seguiti per un periodo variabile da 3 a 18 anni. Di tutti i soggetti erano state valutate le abitudini alimentari, con particolare riferimento al grado di aderenza ai criteri della dieta mediterranea.

Queste osservazioni dimostrano nel loro insieme che una più stretta aderenza alle regole della dieta mediterranea, corrisponde ad un significativo miglioramento dello stato di salute medio nelle popolazioni con mag-

giore aderenza alla dieta, con significativa riduzione della mortalità totale (-9%), della mortalità per malattie cardiovascolari (-9%) e per cancro (-9%), oltre che dell'incidenza del morbo di Parkinson (-13%) e della malattia di Alzheimer (-13%).

Sfortunatamente - concludono gli autori - stiamo osservando un progressivo allontanamento dalla dieta mediterranea anche da parte delle popolazioni che si affacciano sul mar Mediterraneo.

Nell'ottobre 2010 si è anche concluso un importante trial prospettico condotto in 10 paesi europei su oltre 375 mila soggetti, che dimostra che il rischio di obesità si riduce in maniera significativa nei soggetti che seguono una dieta mediterranea e che i positivi effetti della dieta sono direttamente proporzionali al grado di aderenza dei soggetti alla dieta stessa. (*Am J Clin Nutr* 2010; 92: 4: 912-921)

Ancor più recentemente, la dieta mediterranea è salita all'onore delle cronache internazionali. Il 16 novembre 2010 infatti, il *Comitato Intergovernativo dell'UNESCO* ha ufficialmente iscritto la Dieta Mediterranea nelle *liste del patrimonio culturale immateriale dell'umanità*.

La notizia potrebbe far sorridere per l'accostamento di un fatto concretamente *materiale*, come le abitudini alimentari delle popolazioni, al patrimonio culturale *immateriale* dell'umanità. Ma l'originalità dell'iniziativa dell'UNESCO sta proprio in questo ampliamento di prospettive. La dieta mediterranea viene infatti considerata dall'UNESCO non solo nel suo valore di modello nutrizionale, ma nelle sue dimensioni cul-



turali ed antropologiche.

Il senso di questo concetto traspare chiaramente dalla lettura delle motivazioni delle decisioni del Comitato dell'UNESCO, che inquadrano la dieta mediterranea come: *“un insieme di competenze, conoscenze, pratiche e tradizioni che vanno dal paesaggio alla tavola, tra cui la coltivazione, la raccolta, la pesca, la conservazione, la trasformazione, la preparazione e, in particolare, il consumo del cibo. La Dieta Mediterranea è caratterizzata da un modello nutrizionale rimasto costante nel tempo e nello spazio, composto principalmente di olio di oliva, cereali, frutta fresca e secca, verdure, una quantità moderata di pesce, latticini e carne, numerosi condimenti e spezie, il tutto accompagnato da vino o infusioni, sempre nel rispetto delle tradizioni di ogni comunità.”*

La motivazione continua affermando che: *“La Dieta Mediterranea comprende più del solo cibo. Essa promuove l'interazione sociale, poiché i pasti collettivi costituiscono il caposaldo di consuetudini sociali ed eventi festivi. Esse hanno dato origine ad un importante corpo di conoscenze, canzoni, proverbi, racconti e leggende. Il sistema è rispettoso del territorio e della biodiversità e*

*assicura la conservazione e lo sviluppo delle tradizionali attività della pesca e dell'agricoltura nelle comunità del Mediterraneo...”*

Quello dell'UNESCO va quindi recepito non solo come un'ulteriore invito alle popolazioni ad attenersi alle sane abitudini alimentari della dieta mediterranea, ma come una filosofia di vita che aiuti le popolazioni nella difficile impresa di mantenersi sane in un'epoca in cui molteplici sono gli attentati alla salute collettiva.

Accettiamo quindi il messaggio dell'UNESCO che ci ricorda come i nostri principi di lavoro, nel momento in cui raccomandiamo un regime alimentare, oltre a richiamarsi alle regole delle specifiche diete e al buon senso biologico, dovranno tenere ben presente che il termine *dieta* deriva dal greco *diaita*, nel suo senso globale di “stile di vita”. I nostri saranno quindi anche consigli di vita, capaci di andare oltre al tipo e alla quantità degli alimenti, di informarsi a modelli culturali rispettosi dei ritmi umani e di arricchirli di valori esistenziali. L'UNESCO ci suggerisce che ciò sarà meno difficile se sapremo entrare nella sfera di quel complesso patrimonio collettivo di tradizioni, di legami sociali e di modi di vivere cresciuti nel tempo intorno alle elementari necessità del mangiare.

È questo un messaggio sostanziato soprattutto di equilibrio e di armonia, rispettoso anche delle esigenze psicologiche e culturali dell'individuo che si rivolge a noi per consigli alimentari. Medico e biologo nutrizionista dovranno essere anche psicologi, sociologi ed antropologi, calandosi in una

dimensione creativa ed empatica della loro professionalità. Solo così suggerire una dieta potrà diventare un poco anche arte.

L'obiettivo di insegnare al soggetto a “mangiare meglio” sarà così vitalizzato dall'autentica alleanza fra due soggettività, allo scopo di apportare alla vita non solo benessere ma nuovi spunti di cultura.

Prevenendo nello spirito il prestigioso riconoscimento ideale dell'UNESCO alla dieta mediterranea, nel 1986 (*Am J Cardiol 1986, July 1*) Henry Blackburn, uno dei principali esperti del Seven Countries Study, dopo averne descritto le abitudini alimentari, così concludeva la sua descrizione di un ideale abitante dell'isola di Creta, in tutto il fascino della sua mediterraneità: “... *la settimana di lavoro si conclude il sabato con una felice serata e con una rilassante cena insieme ad amici e parenti. La festa culmina con un'appassionata danza di mezzanotte sotto la luna splendente...*”.

Ritornano alla mente immagini di Anthony Quinn nel suo trascinate Sirtaki.

È un ritratto, venato di poesia, che deve far riflettere chi si occupa di diete sui rapporti fra tipo di alimentazione, stili di vita e sana prevenzione. Immagini suggestive che, in campo di educazione sanitaria, valgono più di tante ricerche sperimentali ed epidemiologiche e forse le riassumono tutte.

Nel consigliare una dieta sarà allora nostro compito non solo suggerire regole alimentari, ma anche le ricette antistress che ci vengono suggerite dal ritratto affascinante dell'uomo dell'isola di Creta, armoniosamente inserito nella solare mediterraneità della sua isola.



# DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2011



CONOSCERE  
E CURARE  
IL CUORE 2011

Att.  
XXVIII Congresso del  
Comitato per la Lotta  
contro l'Ipertensione  
Arteriale  
e la Cardiopatia Coronarica  
a cura di  
Francesco Pizzi  
Firenze, 4-6 Marzo 2011

EDIZIONI URBAN

## *Danni del sale: nella dieta è troppo*



di **Paolo Verdecchia**,  
Struttura Complessa di Medicina, Ospedale di Assisi

### **Sodio e sale**

Occorre anzitutto non fare confusione tra “sodio” e “sale”. Poiché il sale è costituito al 60% da cloro ed al 40% da sodio, un grammo di sale contiene 0.4 grammi di sodio e 0.6 grammi di cloro. Per conoscere l'equivalente in sale di un alimento occorre quindi moltiplicare il suo contenuto in sodio (espresso generalmente in grammi) per 2.54. Come è noto, il sale può essere ottenuto dall'acqua di mare (sale marino) oppure dalle miniere di antichi bacini marini (salgemma). In ogni caso, dopo un procedimento di raffinazione che elimina altri sali presenti, si ottiene il sale raffinato, che può essere ‘grosso’ o ‘fino’. In commercio è anche disponibile il sale iodato, che è un sale comune al quale è stato aggiunto iodio. Il sale iodato dovrebbe diventare di uso corrente, anche perché permette di riequilibrare la carenza di iodio, frequente in molte aree geografiche. In commercio è anche disponibile il sale dietetico, nel quale una parte del cloruro di sodio è sostituita da cloruro di potassio.

Il nostro organismo contiene circa 110 grammi di sale (44 grammi di sodio) ed elimina generalmente 0.1-0.6 grammi di sodio per giorno, che sono quel-

li che dovrebbero essere reintegrati con l'alimentazione. Ne consegue che appena 0.25-1.52 grammi di sale per giorno sarebbero sufficienti in condizioni normali! Purtroppo, l'introito medio di sale in Italia, così come in Europa, è di circa 10 grammi per giorno, cioè molto superiore al fabbisogno. Vari organismi Nazionali ed Internazionali, come ad esempio l'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione ([www.inran.it](http://www.inran.it)), raccomandano un introito medio di sale per giorno pari a circa 6 grammi. Questo valore sembra poter rappresentare un buon compromesso tra il soddisfacimento del gusto medio individuale e la prevenzione dei rischi legati al sodio.

In effetti, si è visto che l'ipertensione arteriosa si osserva essenzialmente nelle popolazioni in cui l'introito medio di sale è superiore a 2.3 grammi per giorno, mentre questa è pressoché assente nelle popolazioni in cui l'introito di sale è inferiore a 1.2 grammi per giorno. Solo per fare due ben noti esempi estremi, l'ipertensione arteriosa è virtualmente assente tra le popolazioni indigene dell'America Centro-meridionale, a bassissimo introito di sale, mentre tra i Giapponesi, ad alto introito di sale, l'ipertensione arteriosa e l'ictus cerebrale sono molto più frequenti.

### **Sodio e cloro. Di chi è la colpa?**

Numerosi studi hanno dimostrato che il sodio non induce alcun aumento di pressione arteriosa (PA) se questo non è accoppiato al cloro sotto forma di cloruro di sodio (NaCl). In pratica, sebbene i meccanismi di azione non siano ancora ben noti, si pen-

sa che il cloro possa comunque contribuire alla "sodio-sensibilità", e quindi all'aumento di PA, indotto dal sodio.

### **Le fonti del sodio nell'alimentazione**

Fatto 100 l'introito di sodio medio giornaliero, questo è contenuto: (a) per il 10% allo stato naturale negli alimenti (acqua, frutta, verdura, carne, ecc.); (b) per il 35% nel sale aggiunto nella cucina casalinga oppure nei cibi portati a tavola; (c) per il 54% nei prodotti trasformati a livello artigianale o industriale, così come nel consumo fuori casa (ristoranti, etc). Tra i prodotti trasformati, la principale fonte di sale nell'alimentazione comune è rappresentata dal pane e dai prodotti da forno (biscotti, crackers, grissini, merendine, cornetti, cereali da prima colazione). È bene ricordare che questi alimenti, normalmente non considerati come ricchi di sale, ne contengono molto più di quanto possiamo immaginare. Consumiamo infatti questi alimenti in quantità generalmente maggiore rispetto ad altri alimenti (come gli insaccati, i formaggi, le conserve di pesce o le patatine fritte), che in assoluto contengono certamente maggiori quantità di sale, ma sono consumati in quantità minori. È importante ricordare che anche alcuni condimenti (dado per brodo, ketchup, etc), spesso utilizzati in sostituzione o in aggiunta al sale, sono molto ricchi di sodio.

### **Introito di sale e complicanze**

Numerosi studi epidemiologici trasversali hanno chiaramente dimostrato che quanto maggiore è il consumo di sale, tanto mag-

giore è la prevalenza di ipertensione arteriosa. Elevati apporti dietetici di sale sono anche associati con un aumento di rischio per malattie cardiovascolari e renali sia attraverso l'aumento della PA sia indipendentemente dalla PA.

Una recente meta-analisi, condotta su 17 studi clinici eseguiti su un totale di 177.836 soggetti di entrambi i sessi, di età compresa tra i 25 ed i 79 anni, ha valutato la relazione tra introito di sale nella dieta ed eventi cardiovascolari. Un elevato introito di sale si è associato con un aumento significativo del rischio di ictus cerebrale e con un aumento solo marginalmente significativo di eventi cardiovascolari in genere.

### **Effetti della riduzione del sodio nella dieta**

Come è noto, l'ipertensione arteriosa è una delle principali cause di morte e disabilità nel mondo. Questa è responsabile di circa il 62% degli stroke e del 49% degli eventi coronarici. Anche se il rischio di malattia cardiovascolare è strettamente associato con i livelli di PA, in termini assoluti la maggiore incidenza di eventi cardiovascolari fatali avviene in soggetti con pressione normale-alta (valori che si aggirano intorno ai 130/80 mmHg). Secondo le principali linee guida internazionali per la diagnosi ed il trattamento dell'ipertensione arteriosa, valori di pressione normale-alta di solito non richiedono l'inizio di un trattamento farmacologico anti-ipertensivo e le misure non farmacologiche che includono una dieta ed uno stile di vita appropriato sono l'unica opzione suggerita. In questo con-

testo, la restrizione di sodio con la dieta è uno degli approcci fondamentali a livello di popolazione per ridurre i valori di PA ed il rischio di futuri eventi coronarici e cerebrovascolari.

Vari studi hanno dimostrato che il passaggio da una dieta ad alto contenuto di sale ad una a basso contenuto di sale induce una riduzione dei valori di PA sia nei soggetti normotesi che negli ipertesi, sebbene l'effetto medio negli ipertesi sia maggiore. La già citata meta-analisi di 17 studi ha stimato che una riduzione nell'introito di sale di 3 grammi per giorno induce un calo della PA di 3.6-5.6/1.9-3.2 mmHg negli ipertesi, e di 1.8-3.5/0.8-1.8 mmHg nei normotesi, con conseguente riduzione potenziale dell'incidenza di ictus cerebrale del 13% e di cardiopatia ischemica del 10%. Un'appropriate strategia di popolazione, quindi, mirata a ridurre l'introito di sale con l'alimentazione, potrebbe incidere significativamente sul rischio di eventi cardiovascolari maggiori mediante una riduzione dei valori medi di PA.

### **Campagne per la riduzione del sodio**

Numerosi paesi europei si sono impegnati a realizzare azioni concrete per ridurre il contenuto di sale nei cibi per raggiungere l'obiettivo di non superare i 6 grammi di sale al giorno, pari a 2.3 grammi di sodio, attraverso accordi con l'industria alimentare e le altre associazioni di produttori e attraverso campagne informative. In Finlandia, una riduzione di sale nella produzione alimentare ed un'estesa campagna di

sensibilizzazione attivata negli anni '70 hanno permesso la riduzione di circa il 75% degli strokes e della mortalità coronarica, con un conseguente aumento dell'aspettativa di vita di circa 5-6 anni.

Si sottolineano, in particolare, l'obbligo per le aziende alimentari di evidenziare in etichetta se i cibi hanno un elevato contenuto di sodio e le numerose campagne informative per sensibilizzare la popolazione sull'importanza di ridurre il consumo di sodio. Come conseguenza di tutto ciò, le aziende stesse hanno volontariamente ridotto il contenuto medio di sodio nei loro prodotti. Diversi studi hanno dimostrato che l'assunzione di sodio a livello della popolazione si è ridotta nel tempo di circa un quarto.

Anche in Italia sono state avviate iniziative che vanno nella direzione dettata dai paesi europei: nel 2007 il Ministero della Salute ha avviato i lavori per un accordo, poi siglato nel 2009, con i produttori di pane (sia a livello industriale che artigianale) per diminuire il contenuto di sale del 15% entro il 2011.

### **Aspetti pratici**

Mentre è piuttosto difficile smettere di fumare o normalizzare stabilmente il peso corporeo, non è poi così difficile ridurre il consumo giornaliero di sale, soprattutto se la riduzione avviene gradualmente. Le spezie e le erbe aromatiche possono sostituire il sale o almeno permettere di utilizzarne una quantità decisamente minore, conferendo uno specifico aroma al cibo e migliorandone le qualità organolettiche.

L'aggiunta di succo di limone o di aceto permette di ridurre molto, anche fino al dimezzamento, la dose di sale, ottenendo cibi comunque saporiti e piacevoli al palato.

Alcune regole pratiche sono riportate sotto:

1. riduci progressivamente l'uso del sale, sia in cucina che a tavola;
2. preferisci il sale iodato al sale comune;
3. non aggiungere sale alle pappe per i bambini, almeno nel corso del primo anno di vita;
4. limita l'uso di condimenti alternativi ricchi di sale come il dado da brodo, il ketchup, la salsa di soia, la senape, etc;
5. per dare sapore ai cibi, usa erbe aromatiche (aglio, cipolla, basilico, prezzemolo, rosmarino, salvia, menta, origano, maggiorana, sedano, semi di finocchio) e spezie (pepe, peperoncino, noce moscata, zafferano);
6. esalta il sapore dei cibi mediante succo di limone e aceto;
7. scegli i prodotti a basso contenuto di sale (pane integrale o senza sale, frumento, marmellata, budino, miele, riso bianco, patate, farina, ogni tipo di pasta purché cucinata in acqua senza sale aggiunto, carne di manzo, pollo, pesce, uova, frutta fresca, succhi di frutta, latte, ricotta, formaggio a basso contenuto di sodio, tonno a basso contenuto di sale, etc);
8. non consumare spesso alimenti ricchi di sale (snacks salati, patatine in sacchetto, olive da tavola, alcuni salumi e formaggi);
9. durante e dopo attività sportiva, usa acqua semplice per reintegrare le perdite di liquidi con il sudore.

# DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2011



CONOSCERE  
E CURARE  
IL CUORE 2011

Att.  
XXVIII Congresso del  
Centro per la Lotta  
contro l'Infarto  
Prevenzione Online  
a cura di  
Francesco Pizzi  
Firenze, 4-6 Marzo 2011

EDIZIONI URBAN

## *Le recidive infartuali si riducono: ruolo di statine, aspirina e tienopiridinici*

Intervista di **Filippo Stazi**



**Prof. Claudio Cavallini**  
Struttura Complessa di Cardiologia,  
Ospedale S.M. della Misericordia, Perugia

### **Prof. Cavallini, i farmaci che abbiamo al momento a disposizione possono ridurre il rischio di recidive infartuali?**

Negli ultimi anni numerosi trials clinici hanno documentato la possibilità di ridurre per via farmacologica il rischio di recidive infartuali dopo una prima sindrome coronarica acuta (SCA). Queste evidenze sono state integralmente recepite dalle attuali linee guida per la prevenzione secondaria, le quali raccomandano un approccio intensivo ed aggressivo ai fattori di rischio cardiovascolare, indicando come misura cardine dal punto di vista farmacologico l'appropriato utilizzo di anti-aggreganti, tienopiridine, statine, beta-bloccanti e farmaci bloccanti il sistema renina-angiotensina.

### **Ci parli del ruolo delle statine?**

Studi prospettici di coorte hanno evidenziato una stretta associazione tra valori sierici di colesterolo e rischio di nuovi eventi coronarici in pazienti affetti da cardiopatia ischemica cronica. Successivamente, i trials di in-

tervento hanno chiaramente supportato il ruolo in prevenzione secondaria del trattamento farmacologico con statine.

Sulla base di questi risultati, le linee guida per il trattamento dei pazienti con SCA consigliano di iniziare precocemente, durante il ricovero, il trattamento con statine; il target della terapia viene indicato in valori di colesterolo LDL inferiori ai 100 mg/dl, considerando come ottimali valori inferiori ai 70 mg/dl.

Nella scelta della strategia terapeutica (aggressiva vs moderata), dei farmaci da impiegare e del target di trattamento si dovrà tenere conto del livello di rischio del paziente, dei valori di base di LDL, dell'efficacia prevedibile dei singoli medicinali e dei loro possibili effetti collaterali.

### **Che novità ci sono invece nell'ambito dei farmaci antiaggreganti?**

L'utilizzo a lungo termine di anti-aggreganti riduce significativamente il rischio di nuovo evento coronarico, stroke e morte vascolare in soggetti sopravvissuti ad un infarto miocardico.

In particolare, l'utilizzo di aspirina durante un periodo di 27 mesi permette di evitare in pazienti con precedente IM almeno 36 nuovi eventi vascolari ogni 1000 pazienti trattati. Tuttavia, nonostante i benefici mostrati dall'aspirina, la mortalità e la morbilità dopo una SCA rimangono elevate e questo ha spinto la ricerca ad identificare nuovi farmaci antiplastrinici da usare a breve e a lungo termine, da soli od in associazione all'aspirina, quali i cosiddetti tienopiridinici ossia ticlopidina, clopidogrel, prasugrel e ticagrelor.

La disponibilità di queste nuove molecole, che

hanno dimostrato di essere efficaci sia nella prevenzione degli eventi infartuali precoci (intra-ospedalieri), che di quelli più tardivi, ha notevolmente aumentato l'armamentario terapeutico nei pazienti dimessi dopo una SCA, soprattutto per coloro che hanno ricevuto un trattamento interventistico in fase acuta, con applicazione di stent.

Prasugrel e ticagrelor hanno infatti dimostrato entrambi una notevole efficacia nel ridurre il rischio di trombosi di stent (rispettivamente del 52% e del 25%): questi risultati sono verosimilmente ascrivibili sia alla maggior potenza antiplastrinica sia all'assai minor variabilità di risposta interindividuale.

La scelta di utilizzare questi nuovi farmaci nei pazienti con SCA deve sempre essere adottata soppesando i potenziali vantaggi derivanti dalla maggiore efficacia con i rischi connessi al possibile incremento delle complicanze emorragiche. La valutazione, caso per caso, del rischio ischemico e di quello emorragico rappresenta un momento fondamentale nel processo decisionale che deve precedere la selezione del trattamento antiplastrinico più idoneo nel singolo individuo.

### **In conclusione possiamo affermare di essere sulla strada giusta?**

Sicuramente. I risultati dei trials di intervento condotti in pazienti sopravvissuti ad una SCA supportano infatti in modo convincente l'utilizzo di statine, antiaggreganti e tienopiridine per ridurre il rischio di un nuovo evento coronarico ed ogni sforzo deve essere quindi rivolto a migliorare l'aderenza alle linee guida nella prescrizione di questi farmaci dopo una SCA.

# Qualche secondo di buonumore

**Abbecedario:** espressione di sollievo di chi s'è accorto che c'è anche Dario

**Allucinazione:** violento colpo inferto col ditone del piede

**Alunno:** esclamazione sfuggita a Papa Leone all'apparire di Attila

**Appendicite:** attaccapanni per scimmie

**Assillo:** scuola materna sarda

**Autoclave:** Armi automatiche dell'età della pietra

**Baccanale:** Frutto selvatico usato una volta come supposta

**Basilica:** chiesa aromatica

**Bigodino:** doppio orgasmo piccolino

**Cachi:** domanda che rivolgi ad uno chinato dietro un cespuglio

**Calabrone:** grosso abitante di Cosenza, Catanzaro o Reggio Calabria

**Calamari:** molluschi responsabili della bassa marea

**Cappuccetto Rosso:** profilattico sovietico

**Catalessi:** catalani condannati alla pentola a pressione

**Cerbottana:** cervo femmina siciliana di facili costumi

**Cervino:** domanda dei clienti all'oste romano

**Conclave:** riunione di cardinali violenti e trogloditi

**Contorsionista:** ebreo arrotolato

**Coreografo:** studioso delle mappe della Corea

**Culminare:** fare uso di supposte esplosive

**Doping:** pratica anglosassone del rimandare a più tardi

**Equidistanti:** cavalli in lontananza

**Equinozio:** cavallo che non lavora

**Eufrate:** monaco mesopotamico

**Fahrenheit:** tirar tardi la notte

**Fantasma:** malattia dell'apparato respiratorio che colpisce i forti consumatori di aranciata

**Focaccia:** foca estremamente malvagia

**Fonetica:** disciplina che regola il comportamento degli asciugacapelli



# I nostri testi

di Vito Cagli



Parliamo dei libri su cui abbiamo studiato, di quelli che stanno nella nostra biblioteca di medici, che consultiamo talora – oggi, nell’epoca di internet, meno di ieri – quando un dubbio ci assale. Non del loro contenuto, ma della loro veste, perché il mutare di questa è una spia dei grandi cambiamenti della medicina così come della società.

Qualche giorno fa, un piccolo problema di chimica inorganica mi aveva sollecitato a riprendere in mano il testo su cui mi ero preparato per superare uno degli esami del primo anno di corso. Il libro in questione è diviso in due tomi: I Chimica Generale, II Chimica Inorganica (la chimica organica si studiava su di un diverso testo). Il frontespizio del libro recava, come è regola, oltre al titolo, il nome dell’autore (Prof. Giuseppe Brunni), e la Casa Editrice (Libreria Editrice Politecnica, Milano), nonché la data di stampa (1921). Era dunque un vecchio libro trovato su di una bancarella e acquistato sia perché il passa-parola tra studenti lo accreditava ancora come valido, sia perché meno caro di un libro nuovo, ma anche più bello. E la bellezza gli veniva da un dorso in pelle color nocciola con un tassello di tinta più scura entro cui con lettere in oro erano riportati nome dell’autore e titolo. Riguardandolo a distanza di tempo, non potevo che confermare l’austera bellezza di quella le-





gatura in tela verde, con il dorso in pelle di cui ho detto, evidentemente fatta eseguire da chi prima di me aveva posseduto il volume. Possiamo immaginarlo questo primo possessore come uno studente degli anni '20, che al termine degli studi provvede a farsi rilegare i testi su cui aveva studiato. E la veste delle legature di allora era quella che ho descritto, tanto che, molto spesso, anche quando i libri acquistati non erano logori, subivano poi una sorta di mutazione che li impreziosiva, segno evidente di quanto fossero ritenuti degni di essere conservati. Il libro era qualcosa che doveva durare nel tempo, qualcosa i cui contenuti non erano votati all'effimero e la cui veste editoriale doveva rispecchiare questa sorta di desiderio di eternità. E se all'origine la loro copertina poteva essere modesta, chi li acquistava spesso provvedeva ad abbellirla, addossandosi un compito che spesso l'editore delegava silenziosamente in anticipo all'acquirente, consapevole che ciascuno avrebbe dato ai suoi libri, una legatura di un certo tipo, in accordo con i gusti e le esigenze personali, non di rado rendendoli tutti uguali fra loro o distinguendoli nella veste esteriore per tipologia di argomenti.

Sulla scorta di quanto vedevo in quel vecchio testo di chimica, andai alla ricerca nella mia biblioteca di libri pubblicati in data ancora anteriore. Gli Opuscoli di medicina clinica di Giovanni Rasori, pubblicati nel 1830 dall'editore Pirotta di Milano mi mostrarono una legatura classica, quella in pergamena, con tasselli sul dorso in marocchino rosso e scritte in oro; ma colpivano

anche la qualità della carta, il nitore e l'eleganza dei caratteri tipografici. Più modesta, ma pur sempre di pregio la rilegatura di un Potain, *La pression artérielle de l'homme à l'état normal et pathologique*, pubblicato a Parigi da Masson nel 1902: "piatto" della copertina in carta varese, ma poi dorso in pergamena, con tassello in marocchino rosso, scritte e fregi in oro.

Si potrebbe dir proprio che il libro era anche considerato una cosa che doveva essere bella, guardata e mostrata come tale, ed era dunque giustificato che chi lo possedeva gli fornisse, prima di consegnarlo agli scaffali della propria biblioteca, una veste confacente al luogo dove sarebbe stato conservato.

Testimoni di un passato ormai remoto, dirà qualcuno. Certamente sì. Ma anche testimoni del valore che si attribuiva al libro, amico silenzioso che doveva accompagnarci nel tempo: qualcosa fatta per essere consultata, magari per essere esibita, ma certo per durare.

E oggi? Oggi, come scrive Oliviero Ponte di Pino (*I mestieri del libro*, TEA, Milano 2008, p. 133-4):

*Nata come semplice protezione del blocco libro (e mantenendo ancora questa funzione così come la svolgono la sovraccoperta, la plastificazione lucida od opaca, la cellophanatura), la copertina ha via via assunto un ruolo sempre più importante: basti ricordare che un tempo i libri presentavano una rilegatura in cuoio dove le uniche indicazioni erano il nome dell'autore e il titolo sul dorso. La copertina deve colpire l'attenzione del cliente e suscitargli la curiosità e il desiderio, quando si trova nella vetrina*

*o sul bancone della libreria, circondata da decine di altre copertine.*

In questa citazione viene sinteticamente riassunto il passaggio del libro da oggetto di studio o di lettura, scelto per “affinità elettive”, al libro bene di consumo comperato – non di rado – soltanto come passatempo o come adeguamento ad una moda. Ma se questo può essere vero per i romanzi e anche, entro certi limiti, per la saggistica, fino a che punto può esserlo anche per austeri testi di medicina?

Per rispondere a questa domanda siamo ricorsi allora alla consultazione di una collana e delle diverse edizioni di un testo, pubblicati nello spazio di parecchi anni. La collana è intitolata *Handbook of Hypertension* (pubblicata da Elsevier a cura di Birkenhäger W.H. e Reid J.L. ) e il suo primo volume, del 1983, è rilegato in cartone marrone attraversato da sottili venature che vorrebbero dargli l'aspetto del cuoio, mentre scritte e fregi, sul piatto e sulla costa, hanno un color giallo paglierino che arieggia a quello dell'oro. Insomma la veste esteriore del libro strizza l'occhio agli antichi tomi: non ne può riprendere integralmente la tipologia (per motivi di costi, supponiamo) ma cerca di discostarsene il meno possibile. La collana prosegue con la stessa veste fino al volume 22, uscito nel 2004, cioè conserva la veste iniziale per 21 anni. Poi con il volume 23, pubblicato nel 2006 tutto cambia e resta immutato sino al volume 25, ultimo uscito nel 2008: il piatto della copertina – sempre cartonata – è colorato con toni sfumati di rosa e di viola, mentre le scritte sono in bianco e la costa è in tela rossa con scrit-

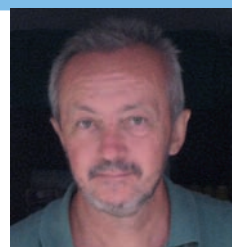
te in oro che richiama i vecchi libri in cuoio e oro. L'impressione è quella di una maggiore vivacità, visibilità e modernità.

Il testo è il noto manuale *Clinical Hypertension* di Norman M Kaplan (pubblicato da Williams & Wilkins). Il primo volume in nostro possesso è la quarta edizione del 1986: rilegatura in tela fitta, color cuoio, con scritte in oro: un preciso “ammiccamento” ai testi di anni prima. Nella sesta edizione, del 1994, il distacco è netto: copertina di colore viola intenso con scritte argento e con la comparsa di un fregio al centro che assume riflessi argentei sotto particolari incidenze della luce. Infine, nella nona edizione (2006), la copertina si presenta con molti colori tra loro intrecciati, verde, azzurro, giallo, rosa, viola e scritte in bianco, in giallo e in nero. Anche qui, come per l'*Handbook of Hypertension*, (cui rassomiglia molto) un netto stacco dal passato e l'accoglimento di quel messaggio di cui alla citazione che abbiamo sopra riportato in cui alla copertina viene assegnato il compito di attirare l'attenzione del cliente.

Soltanto che, nel caso dei libri medici, il compratore non sceglie andando a curiosare e a sfogliare qualche pagina sul bancone del libraio, ma sa in anticipo ciò che vuole, quasi sempre in modo preciso e determinato. E dunque questo cambiamento che abbiamo voluto segnalare ci pare soltanto il frutto, non di una necessità o di una strategia commerciale, ma soltanto un portato dello spirito dei tempi. Uno spirito che non vorremmo fosse quello di trasformare anche il libro scientifico in un bene di consumo.

# Morte a Venezia?

di Stefano Savonitto



I gabbiani assassini picchiavano su Perro in punta ai piccioni sul Cannaregio nella mattina umida e ancora tiepida di inizio novembre. A quell'ora della domenica mattina, immune dalle orde turistiche, sono in giro solo i padroni dei cani, per la passeggiata mattutina, qualche jogger inglese in turtina nera e anziane signore che vanno a Messa. Attraversato il giardino di San Geremia, eravamo sbucati sulle Fondamenta Venier, ampie sopra il canale, con la spontanea miscela di palazzi nobili e civili, le molte barche ormeggiate in silenzio, quasi senza beccheggio. Io godendomi la pace e Perro turbando i piccioni scendemmo lungo il canale, attraversammo il ponte dei Tre Archi davanti a Ca' Foscari, per poi risalire le Fondamenta Cannaregio verso il Canal Grande, fino a che un parlare concitato e il gracchiare di una radio trasmittente giù nelle barche non ci costrinsero ad affacciarci.

Un uomo giaceva esanime in una barca, e su quella di fianco, più grande, semi-coperta e con la scritta "idromedica" sulle fiancate, un uomo e una donna in divisa arancione del 118 stavano comunicando il ritrovamento alla Centrale: "c'è un uomo privo di conoscenza... non risponde alla chiamata...sembra che respiri ancora...venite subito!"



Poco dopo, svegliato dal frastuono, il moribondo iniziò a muoversi, si mise a sedere alquanto disorientato, e alla vista delle due ombre in divisa tentò più volte di alzarsi nella barca che iniziò ad ondeggiare in maniera preoccupante. E in effetti, sembravano alquanto preoccupati i due del 118: “stia giù...stia giù che cade...adesso l'aiutiamo noi”, ma non si azzardavano a scendere nella barca pericolante, né il moribondo sembrava capire la lingua.

Nel frattempo, oltre al turista mattiniero con cane che iniziava ad abbaiare come segno di partecipazione al dramma, si erano aperte alcune finestre e fioccarono i commenti. Sulla soglia della bottega era apparso un fornaio al termine del lavoro notturno: in giacca da lavoro bianca, braghe a quadratini grigi e bianchi un tempo usate per ballare, ciabatte bianche, cappellino a bu-

stina anch'esso bianco e sigaretta di traverso, si godeva con sorrisetto sarcastico la scena, appoggiato al montante della porta. Comunque, poca fiera finché il potente motoscafo del 118 entrò a sirene spiegate nel Cannaregio, in derapata dal Canal Grande, sollevando scie bianche nell'acqua grigia sotto il Ponte de le Guglie, rompendo il silenzio del sestiere e facendo ondeggiare tutti i natanti del canale, inclusa la barca in cui ancora tentava di alzarsi il moribondo. Sulla prua, ritta due metri sopra le acque si stagliava una tuta arancione con braccio teso a indicare la sede del dramma. Finché il moribondo, sconvolto dal beccheggio, si affacciò sul bordo del proprio rifugio notturno e vomitò tutto il vino che aveva ancora in corpo. Alle mie spalle, il fornaio emise la propria sentenza: “quanto casin per un 'mbriago!”.

## Mammografia anche per i maschi ?

Da tempo la medicina è d'accordo con il grande patologo tedesco Rudolf Virchow, il quale affermava che l'uomo ha l'età delle sue arterie. Quanto più sono compromesse e tanto meno si vive. La compromissione consiste ovviamente nell'indurimento, nella calcificazione e in tutte le altre anomalie che caratterizzano l'arteriosclerosi. Naturalmente le arterie sono presenti in ogni organo e l'esperienza clinica ci ha insegnato che spesso la malattia colpisce prima o dopo più distretti. Così, ad esempio, un infarto costringe a verificare nel tempo le condizioni dell'aorta, delle carotidi e degli arti inferiori. Non sorprende quindi che il gruppo del dottor Schnaltz (Obstet Gynecol, febbraio 2011) abbia osservato che il riscontro di calcificazioni nelle arterie mammarie durante mammografia possa essere la spia di futuri guai coronarici. Egli lo ha verificato seguendo 1500 donne per 5 anni: quelle con mammarie in qualche modo calcificate rischiavano la cardiopatia cinque volte di più rispetto a quelle con le arterie normali.

Non sappiamo invece se l'uomo, che peraltro rischia più della donna in questa patologia, possa beneficiare di un così semplice esame, avendo anche lui le mammarie, benché non predestinate alla secrezione latte. Alla luce dei dati femminili forse qualcuno proporrà la mammografia periodica anche ai maschi dopo una certa età.



Mammografo digitale

E.P.

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

*Percutaneous Coronary Intervention of Unprotected Left Main Coronary Artery Disease as Culprit Lesion in Patients With Acute Myocardial Infarction*



*Angioplastica percutanea del tronco comune della coronaria sinistra in pazienti con infarto miocardico acuto*

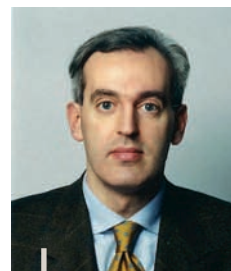
*(J Am Coll Cardiol Intv 2011;4: 618-26)*

Alessandro Pappalardo, Mamas A. Mamas, Fabrizio Imola, Vito Ramazzotti, Alessandro Manzoli, Francesco Prati, Magdi El-Omar

Intervista di **Filippo Stazi**

**Dott. Pappalardo, Lei ed il Prof. Prati avete appena pubblicato su JACC Interventions un interessantissimo studio sul trattamento con angioplastica del tronco comune della coronaria sinistra in corso di infarto miocardico. Ci può dire che cos'è il tronco comune e quanto spesso è responsabile di un evento cardiaco acuto?**

Il cuore riceve il suo nutrimento attraverso le arterie coronarie che sono due, destra e sinistra e che originano dal tratto iniziale dell'aorta. La coronaria sinistra dopo un primo tratto che è appunto detto tronco comune, si divide nell'arteria discendente anteriore e nell'arteria circonflessa che nell'insieme sono responsabili dell'irrorazione di una gran parte del cuore. È quindi intuitivo che una stenosi o peggio un'occlusione del tronco comune equivale ad un problema di entrambe le sue biforcazioni e mette quindi ad alto rischio una grande porzione del muscolo cardiaco. Questa terribile evenienza è rara ma si osserva comunque tra il 4% ed il 7% dei pazienti con infarto. A conferma della gravità della situazione questi soggetti si presentano in genere in shock cardiogeno, quella condizione, cioè, in cui il cuore non riesce più a pompare in circolo una quantità di sangue rispondente alle esigenze dell'organismo, ed hanno spesso una prognosi infausta.



Dott. Alessandro Pappalardo



Prof. Francesco Prati

### **Dott. Pappalardo quale è l'usuale trattamento di questo tipo di pazienti?**

La comune strategia di trattamento prevede il ricorso ad un by-pass aortocoronarico d'urgenza, intervento che però in queste condizioni presenta elevati tassi di morbilità e mortalità. Il ricorso a procedure di angioplastica percutanea in urgenza (angioplastica primaria) è stato tradizionalmente considerato controindicato per l'alto rischio di occlusione acuta dell'arteria, di restenosi e di necessità di reintervento. Osservazioni più recenti hanno però messo in discussione questo orientamento. Purtroppo in letteratura vi sono ancora pochi studi che abbiano valutato il problema e non è quindi possibile avere certezze al riguardo.

### **Quale è stato l'obiettivo del vostro studio?**

Abbiamo appunto cercato di colmare questa lacuna presente in letteratura valutando quali sono i risultati sia a breve che a lungo termine dei soggetti con infarto miocardico causato da malattia del tronco comune trattati in urgenza con angioplastica percutanea. A tal fine abbiamo isolato tra i 5.261 pazienti che tra il 2005 ed il 2008 sono stati sottoposti ad angioplastica primaria per infarto presso l'*Ospedale San Giovanni Addolorata di Roma* e la *Manchester Royal Infirmary di Manchester* (GB) i 48 soggetti in cui l'evento cardiaco era secondario ad un'ostruzione del tronco comune.

### **Che risultati avete osservato?**

L'età media dei nostri pazienti è stata di 70 anni e il 45% di loro si è presentato con un sopraslivellamento del segmento ST o con un blocco di branca sinistro non preesistente. Il 45% dei soggetti era all'arrivo in

ospedale in shock cardiogeno e nel 71% dei casi l'ostruzione era a livello della porzione distale del tronco comune. È da sottolineare che il successo procedurale è stato ottenuto nel 92% dei casi. La mortalità ospedaliera, a riprova della gravità di questa condizione, è stata del 21% ma in quelli che si erano presentati in shock cardiogeno questo dato è ulteriormente salito al 32%. Il 25% dei malati, infine, ha comunque presentato eventi cardiaci, i cosiddetti MACE (major adverse cardiac events), ossia morte, reinfarto, trombosi dello stent o necessità di una nuova procedura di rivascularizzazione. A distanza di un anno coloro che erano stati dimessi vivi dall'ospedale avevano un tasso di mortalità di 10,5% con un rischio di MACE del 18,4%. La sopravvivenza ad un anno in coloro che avevano superato la difficile fase del ricovero era quindi eccellente attestandosi infatti all'89,5%.

### **Prof. Prati che conclusioni trarre dai risultati del vostro studio?**

I nostri dati confermano che i pazienti in cui l'infarto è dovuto ad un'ostruzione del tronco comune costituiscono un sottogruppo ad alto rischio e ad elevata mortalità specie se si presentano in shock cardiogeno. Dal nostro studio, però, emerge anche, e questo è l'elemento nuovo ed importante, che l'angioplastica percutanea in questo tipo di pazienti costituisce un trattamento fattibile, con risultati accettabili e senz'altro paragonabili a quelli ottenuti con la terapia cardiocirurgica. L'altro aspetto da sottolineare, infine, è che in coloro che superano la fase acuta la prognosi è buona con una sopravvivenza ad un anno che raggiunge quasi il 90%.

# 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.*

## *Ridateci la Gioconda*

La Gioconda, capolavoro di Leonardo, superstar del Louvre, come molti sanno è stata protagonista di un'avventura eccezionale: fu rubata e venne recuperata solo due anni dopo quando l'eccentrico ladro, un'emigrante italiano sentimentale, la restituì. Non si è mai saputo chi fosse la bellissima donna del ritratto, l'attribuzione del Vasari lascia non pochi dubbi, perchè era un critico valentissimo, ma frettoloso, aveva anche detto che la giovane dama, altrettanto affascinante del sarcofago nel duomo di Lucca era Ilaria del Carretto senza documentazione affidabile e ormai considerata da tutti bufala storica.

Leonardo la chiamò Lisa e, a suo dire, si preoccupò soprattutto di toglierle quel velo di malinconia che spesso traspare nei ritratti. Mobilità persino comici e musicanti per farla sorridere durante le lunghe pose.

Numerose le altre attribuzioni fantasiose e addirittura ridicole; c'è chi ha detto che era una depressa, una donna incinta sofferente di asma, un amante omosessuale di Leonardo, un'afflitta da stenosi mitralica e altre ancora, senza mai portare alcuna prova. È stato scritto che Leonardo dipinse la Gioconda solo per sé stesso, dandole il volto della sua bellissima madre. Nel centesimo anniversario del suo ritrovamento, le cronache dei giornali parlano ancora di lei. Il comitato nazionale per la valutazione dei beni artistici sta raccogliendo le firme per portarla agli Uffizi, ma il direttore è di parere contrario. Quello del Louvre, inizialmente favorevole sta diventando sempre più contrario per paura di qualche danno. Altri gruppi sono alla ricerca della sua tomba, altri vorrebbero erigerle un monumento. È pro-



babile che rimarrà al Louvre dove è collocata con gli onori di una sovrana.

La clamorosa notizia del furto si diffuse in tutto il mondo il 22 agosto 1911, un lunedì mattina, giorno di chiusura del museo, dopo che un anziano copista di capolavori notò il vuoto nella parete del Salon Carré sotto la “Cena in casa di Simone” della scuola del Veronese: era scomparso il ritratto della bellissima donna dal sorriso enigmatico che la tradizione vuole fosse Monna Lisa, moglie di Francesco del Giocondo. Non fu nemmeno sfiorato dall’idea di un furto, ma corse subito ad informare il capo dei custodi. Le ricerche furono inutili. Il quadro non era nel laboratorio fotografico né in quello del restauro, venne inutilmente frugato ogni angolo del Louvre mentre la febbre cominciava a salire.

In un sottoscala venne ritrovato il vetro che proteggeva il dipinto, nessuno riusciva a crederci, ma non c’erano dubbi: la Gioconda era stata rubata.

Il direttore Homolle, raggiunto in vacanza, esortò a tenere segreta la notizia, venne convocato Bertillon, lo scopritore delle impronte digitali, ma la sola impronta ritrovata sulla cornice non apparteneva a nessuno dei sospettabili.

Grosse somme vennero promesse in premio a chi avesse fornito informazioni utili, l’“Information” raccolse in pochi giorni 40 mila franchi fra i propri lettori, il Governo rinunciò alle vacanze.

Ci furono molti arresti inutili fra i quali anche Picasso nel cui studio vennero ritrovate alcune statuette di dubbia provenienza, e Apollinaire sospettato di complicità.

La polizia si coprì di ridicolo a più riprese, nel Salon Carré, al posto della Gioconda venne messo il ritratto assai meno seducente, di Baldassarre Castiglione di Raffaello.

Due anni e mezzo dopo, all’antiquario fiorentino Geri arrivò una lettera da Parigi col nome del mittente, il quale si dichiarava autore del clamoroso furto e intenzionato a restituirlo all’Italia, senza chiedere alcun compenso.

Il Geri, incredulo, mostrò la lettera al dottor Poggi, direttore delle gallerie fiorentine e grande esperto, il quale, altrettanto incredulo, lo esortò a fissare un appuntamento.

Il ladro si presentò come convenuto la sera del 10 dicembre 1913; era un giovanotto piuttosto in malarnese che, senza alcun preambolo, fece una completa confessione e disse di aver portato con sé il quadro.

All’indomani mattina il Geri, accompagnato dal Poggi che presentò come possibile acquirente, arrivò alla pensione *Tripoli e Italia*, dove il giovane alloggiava.

Nella camera con la porta chiusa a chiave e le tende tirate, l’imbranato giovanotto, il cui nome era Vincenzo Peruggia nato a Domenza vicino a Varese, tirò fuori da sotto il letto il quadro mostrandolo ai trasecolati Poggi e Geri che, nonostante l’emozione ne riconobbero l’autenticità senza bisogno di controllare il bollo del Louvre.

Il Peruggia glielo consegnò e disse che non intendeva vendere il quadro e non chiese compensi. Sembra che il Geri offrisse 500 mila lire che Peruggia rifiutò.

La moglie confessò in seguito che il Peruggia era stato tentato di chiedere un premio in denaro, un compenso di 50 mila lire,



ma non ebbe il coraggio di farlo. Geri e Poggi portarono il quadro in Questura, e dopo una mezz'ora Peruggia venne arrestato. Aveva in tasca una lira e 75 centesimi. In Questura raccontò tutta la storia. Era un povero emigrante a Parigi che per vivere faceva l'imbianchino, non era del tutto privo di cultura, abbastanza spesso veniva chiamato a pulire le pareti del Louvre e amava morbosamente alcuni quadri. Era al corrente che molte opere esposte erano state fatte in Italia. Nel gabinetto delle stampe l'aveva colpito un'incisione con carri trainati da buoi che portavano in Francia i quadri sottratti da Napoleone nelle gallerie italiane e da molto tempo covava il proposito di vendicare quei furti. Cambiando il vetro della Gioconda decise la sua scelta, quel quadro celeberrimo, una tavoletta di piccole dimensioni che poteva essere portata via senza difficoltà, sarebbe stata la sua grande vendetta di italiano. Quel lunedì mattina nel Salon Carré non c'era anima viva, Peruggia staccò il quadro, scese dalla scaletta a chiocciola, lasciò la cornice nel sottoscala e con la tavoletta sotto il camice da imbianchino se ne andò per la porta da dove era entrato mezz'ora prima senza che nessuno lo notasse. Arrivò nella cameretta dove viveva col cuore in gola, avvolse la tavola in un drappo di velluto rosso che teneva pronto, la chiuse in una cassetta e la nascose sotto il letto. In tribunale quando fece questa confessione, con enfasi e orgoglio disse: "Volevo ridare la Gioconda agli italiani". Il presidente del tribunale interruppe energicamente gli applausi del pubblico e

condannò Peruggia ad un anno e quindici giorni di reclusione mentre il pubblico contestava la sentenza.

La Gioconda venne esposta per due settimane negli Uffizi, per quattro giorni a Roma, per due a Brera, poi ritornò a Parigi. Peruggia, che non era evidentemente nato sotto buona stella, uscì di prigione nel 1915, venne subito rimpatriato, fu richiamato, nella ritirata del Piave finì prigioniero degli austriaci.

Durante la detenzione a Parigi D'Annunzio, suo grande ammiratore, andò a trovarlo perché intendeva fare un film sulla sua vicenda. Il film non venne realizzato e quando Peruggia, nonostante l'antipatia per i francesi, tornò a Parigi, nessuno più si ricordava di lui.

Ogni tanto, mescolato alla folla, con una certa emozione andava al Louvre per ammirare il quadro che per due anni e mezzo aveva tenuto nascosto nella sua camera. L'8 ottobre 1925 fu colpito da infarto e morì verso sera mentre su Parigi cadeva una grigia pioggia autunnale.

Al suo funerale, nel sobborgo di Saint Maur, c'erano solo la vedova e la sua bambina di due anni.

Solo allora i giornali si ricordarono di lui. Disse la moglie in un'intervista: "Vincenzo era un uomo candido e ingenuo. Portò via la Gioconda per restituirla all'Italia unicamente per amor patrio e per giustizia. Non si riproponeva di trarne vantaggi, ma neppure di essere messo in galera".

Il suo gesto velleitario e romantico affascinò moltissima gente. Per D'Annunzio fu sempre il "ladro sublime".

# Food for Thoughts

a cura di **Mario Albertucci**



Un racconto interessante di una giornata di un cardiologo in India. Una vignetta che ci aiuta a capire una realtà molto lontana dalla nostra, ma poi non così .... diversa! Articolo tratto da JACC.

## La Cardiologia in India: all'avanguardia o direttamente dal cuore?

“Il Kapi è pronto, alzati” strillava mia moglie. Il Kapi, il nome del caffè nello stato di Kerala, è una tradizione popolare da generazioni. Kerala è lo stato più a sud dell’India ed è definito “ il paese di Dio”. È lo stato più colto dell’India con una percentuale di alfabetizzazione del 100% ed il miglior standard sanitario della nazione che si traduce in una mortalità infantile di 12/1000 nati vivi contro la media indiana di 53/1000. La voce possente di mia moglie e l’aroma del caffè del sud dell’India mi hanno svegliato, anche se ancora un po’ stordito dalle molteplici chiamate ricevute dalla terapia intensiva cardiologica che mi informavano durante tutta la notte sulle condizioni del mio paziente con scompenso cardiaco. Mentre prendevo il caffè chiamavo la terapia intensiva per conoscere le condizioni del mio malato: “Sta meglio” mi dice lo specializzando, “ma i familiari lo vogliono

portare a casa perché non possono più permettersi di tenerlo in terapia intensiva ora che sono già passati tre giorni”. In India, incluso questo stato molto avanzato dal punto di vista sanitario, l’assicurazione medica è ancora un concetto nuovo e molto vago. Con più del 90% dei pazienti senza alcuna forma di assicurazione sanitaria la famiglia deve farsi carico dell’intero costo del trattamento e pagarlo subito. Era quindi facile per me capire il motivo della “strana” richiesta dei familiari.

Lo studio CREATE pubblicato su Lancet nell’aprile 2008 ha valutato i risultati ottenuti nel trattamento delle sindromi coronariche acute in 14 stati dell’India e in 89 ospedali. Solamente l’8% dei pazienti è stato trattato con un’angioplastica primaria e solo il 5% raggiungeva l’ospedale con l’ambulanza. “E gli altri come sono arrivati in ospedale? A piedi?” Mi chiedeva un collega in-



glese. Il fatto è che il 42% dei pazienti raggiungeva l'ospedale con i mezzi pubblici. "Puoi vedere un paziente al pronto soccorso prima di fare la visita in terapia intensiva? Vuole vedere solo te perché dice che hai curato molti membri della sua famiglia". L'irritazione nella voce del collega del pronto soccorso era palpabile. Lo capivo, dovendo prendersi cura di incidenti stradali, traumi, emergenze chirurgiche e mediche, aveva ragione di essere irritato dovendo fare da intermediario per me.

La scena del pronto soccorso era agghiacciante. Tutti i 22 letti erano pieni e non si contavano i pazienti lasciati sulle barelle. In un angolo era seduto un uomo di 42 anni: "Ho dei problemi allo stomaco e molto bruciore da stanotte perché ho mangiato molto saporito..... il bruciore mi è arrivato fino alla mandibola!". Il paziente si è avvicinato un po' e con voce melliflua aggiungeva "I medici di oggi vogliono fare solo test e non visitano i pazienti. Appena arrivato il medico voleva farmi subito un elettrocardiogramma, ma io lo so che è solo bruciore di stomaco, per questo ho detto al medico che avrei fatto solo gli esami che avrebbe ordinato lei!". Angina e dolore irradiato alla mascella ... "Elettrocardiogramma urgente!" ho gridato. L'elettrocardiogramma evidenziava un infarto anteriore esteso. Il paziente è stato trasferito subito in terapia intensiva cardiologica. Conoscevo la famiglia, sono dei pescatori da generazioni. Non possono permettersi l'angioplastica o il tPA. (farmaco trombolitico di alto costo, n.d.r.) "Diamogli la streptokinasi (farmaco trombolitico di basso costo, n.d.r.)".

Il Sistema Sanitario Indiano è incentrato sulla persona, il paziente ha fiducia del medico, non del sistema. Un paziente con dolore toracico preferisce aspettare il suo medico di fiducia piuttosto che precipitarsi al pronto soccorso. Questo sistema molto antico era una volta sostenuto dai medici stessi per ragioni quasi esclusivamente commerciali.

La visita in terapia intensiva cardiologica è stata tranquilla, l'unità di terapia intensiva consiste di 15 letti completamente attrezzati, di una sala di emodinamica ed un laboratorio ecocardiografico dotati di attrezzature dell'ultima generazione. Dei sei pazienti ricoverati per infarto acuto due hanno meno di 45 anni. Questa non è una sorpresa, infatti circa il 30 % dei pazienti con infarto acuto in India sono giovani. La maggior parte dei pazienti giovani o ha il diabete pre-clinico o è dislipidemico (aumento moderato delle LDL, dei trigliceridi e basse HDL).

Vent'anni fa, quando ero all'inizio della mia carriera i figli dei pazienti con infarto aspettavano fuori della terapia intensiva per chiedere come procedeva il decorso dei loro padri dopo l'infarto.

Oggi i padri ansiosamente aspettano notizie dei loro figli colpiti da infarto. Che inversione di tendenza!

Sono le 11 e sono già in ritardo per l'ambulatorio; i miei giovani specializzandi raccolgono accuratamente le storie dei

pazienti, che in maggioranza sono qui per la visita di routine dopo l'infarto, ed io istruisco gli specializzandi sul da farsi. Le ricette sono compilate, gli elettrocardiogrammi fatti e gli ecocardiogrammi programmati, tutte cose routinarie.

Un paziente su due ha il diabete, in India ci sono circa 40 milioni di diabetici che quasi raddoppieranno nei prossimi 15 anni. L'infermiera si precipita a ricordarmi che non devo perdere tempo ad insegnare ai miei giovani colleghi le linee guida della terapia antitrombotica dopo la fibrinolisi, perché a questo ritmo passeremmo tutto il giorno in ambulatorio, visto che ci sono 60 visite. L'infermiera mi conosce da più di 10 anni e sa quanto mi faccia piacere insegnare; ma è lei che deve confrontarsi con lo scontento dei pazienti che aspettano. Seguo il suo consiglio e vado avanti più spedito. La monotonia delle visite è interrotta dagli squilli intermittenti dei cellulari che per suoneria hanno le ultime canzoni Indi, e dall'uscita repentina dei pazienti che escono dalla sala d'attesa per rispondere al telefono.

Una signora dice di volermi vedere, ma non per una visita..... Dico all'infermiera di farla attendere perché la riceverò tra un paziente e l'altro. Riconosco la signora, mi ricordo che ha avuto un brutto infarto, ma è una delle poche fortunate che si è potuta permettere un'angioplastica primaria. Suo marito è un diabetico amputato. La signora era accompagnata da una giovane ragazza, "dottore, questa è mia figlia che vuole diventare medico, domani ha gli esami di ammissione all'università, l'ho portata qui per la sua benedizione". Eseguo quin-

di il rituale indiano di benedizione che consiste nel toccarle i piedi. Il mio collega inglese è perplesso da questa scena e se la ride sotto i baffi.

L'infermiera guarda sconsolata l'orologio. È l'una e mezza e ci sono ancora 22 malati da vedere.

Dopo aver concluso la sua visita una paziente mi dice "Dottore, questo è mio figlio, lui lavora al Technopark". I Technopark sono dei centri di alta tecnologia informatica che sono spuntati come funghi in molte città indiane. I ragazzi che lavorano lì sono ingegneri informatici molto in gamba, che guadagnano bene, ma che hanno obiettivi di lavoro ed orari molto esigenti. Basta uno sguardo e li potresti riconoscere subito. Questo ragazzo era il classico stereotipo: obeso, occhiali spessi...ecc.

"Dottore io gli dico sempre di non lavorare troppo - dice la madre - è sempre così debole. Gli ho dato delle medicine aiurvetiche, ma ora sta mettendo su peso. E poi si addormenta anche guardando la televisione". Mi suona il campanello d'allarme. Chiamo l'infermiera e le dico "Faccia il prelievo per un TSH, il cortisolo e richiediamo uno studio del sonno per escludere che abbia un'apnea ostruttiva durante il sonno." Al controllo degli esami la tiroide era normale, ma il cortisolo era basso. L'endocrinologo ha diagnosticato un problema da assunzione di steroidi esogeni, probabilmente i farmaci aiurvetici che il ragazzo prendeva. Un lavoro di Tachjian pubblicato quest'anno su JACC evidenziava chiaramente i problemi associati con l'uso di farmaci a base di erbe. Molti dei preparati più noti come l'aglio ed il ginseng hanno interazioni

significative con i farmaci tradizionali. Purtroppo tra gli indiani con scarse risorse economiche le medicine alternative sono molto popolari. Infatti sono poco costose e c'è la credenza popolare che siano prive di effetti dannosi, al contrario delle "medicine inglesi" che sono ritenute dei veleni.

Mi ricordo di aver letto un paio di anni fa su Lancet un articolo che sconsigliava con forza la pratica di offrire consigli medici "accidentali". Ma in India per un medico anche un bar è un "ambulatorio". Se avessi chiesto a quel ragazzo di venire a vedermi per una visita formale, ci avrebbe messo settimane, e ancora di più per convincerlo a farsi gli accertamenti necessari. La scorciatoia è più vantaggiosa.

È pomeriggio inoltrato e arrivo a casa. Il mio autista mi prende la borsa. Il guardiano mi saluta e il giardiniere se ne va dopo aver tagliato l'erba del giardino. Una delle cameriere sta aiutando mia moglie a preparare il tavolo per la cena. In India non c'è bisogno di essere miliardari per permettersi questi lussi. Uno stipendio mensile di 100.000 o 200.000 rupie ( 2000 - 4000 dollari) è piuttosto basso per gli standard statunitensi, ma consentono in India una vita molto comoda.

Per i pazienti il costo delle cure mediche è alto per gli standard indiani, ma molto basso per quelli occidentali. Un elettrocardiogramma costa 100 rupie (2 dollari), un ecodoppler 1000 rupie (20 dollari). D'altra

parte i costi dei macchinari sono gli stessi in India, in America e in Europa... Niente sconti. Quindi gli apparecchi devono lavorare 50 volte di più per valere l'investimento iniziale, ma il grosso flusso di pazienti è garanzia perché questo avvenga. Il Sistema Sanitario offerto dal governo è superaffollato e manca delle professionalità adeguate.

Molte prestazioni negli ospedali governativi sono a costo zero per i cittadini, ma non le procedure più complesse come le angioplastiche coronariche. Un angiografia coronarica costa circa 10.000 rupie (200 dollari) ed un angioplastica con stent 150.000 rupie (2500 dollari). Gli ospedali privati sono in genere di piccole o medie dimensioni. I grandi ospedali privati sono di proprietà di gruppi internazionali e per ovvie ragioni commerciali non sono presenti nelle piccole città.

Il mio ambulatorio a casa inizia alle 18:30 e con 20 pazienti da vedere ci vorranno circa 3 ore.

Il mio collega americano mi chiede quale sia la parcella per una visita. "200 o 250 rupie" (5 dollari) rispondo. Non mi è possibile riportare la risposta del mio collega americano.

Ma alla fine della giornata sei felice. Non è per il denaro che guadagni, ma perché la maggior parte dei medici indiani gode di un rispetto enorme, forse molto superiore a quello che meriterebbe.

*Con più di un miliardo di potenziali pazienti che tipo di cardiologia viene praticata in India.... All'avanguardia o direttamente dal cuore ? "food for thoughts"*

# Lettere a Cuore e Salute

## D. **Lo zio morto nel sonno**

Ho 45 anni e li porto abbastanza bene, non fumo, il peso è sotto controllo, così come il colesterolo e gli altri esami del sangue. Non faccio molta attività fisica, non certo i 6 km al giorno che voi consigliate, ma cerco di camminare il più possibile, anche perché ho la fortuna di vivere a Venezia, città di ponti e calli. Due anni fa ho fatto anche una prova da sforzo che è risultata normale. Non ho alcun disturbo, ma avvicinandomi alla cinquantina si fa sempre più strada un rovello: un mio zio materno proprio a 50 anni in perfetto benessere e senza vizi particolari si coricò perché stanco e non si risvegliò più. Il fatto ci sconvolse tutti, fu accettato come un infarto e non fu ritenuta necessaria l'autopsia. Le domande che le pongo sono due: può essere stato effettivamente un infarto, così senza alcuno dei fattori di rischio che voi ci elencate e senza nessuna avvisaglia nei giorni precedenti? E visto che voi insistete molto sul fatto che un precedente familiare con infarto ha valore solo se compare in età giovane, che rischio corro io nel mio caso? Mi rendo conto che una risposta precisa non me la può dare, ma le sarei grato se mi dicesse cosa dicono a questo proposito le "sacre scritture".

Roberto F., Venezia

## R.

**Caro Signor Roberto,**  
la sua chiosa finale sulle sacre scritture, ossia le nostre più modeste ricerche mediche, mi tranquillizza perché mi fa capire che ha sufficiente humor e poca ansia, come si conviene a un veneziano DOC. Alla sua prima domanda la risposta è **SI** perché statisticamente possono avere un infarto anche i cinquantenni apparentemente sani e senza alcun disturbo pregresso. A ciel sereno, come si dice. Il meccanismo è quello di una placca di grasso, magari isolata, che sfortunatamente si è infilata in una coronaria, si è rotta e ha provocato la sua chiusura, determinando un'improvvisa assenza di ossigeno nel muscolo del cuore; il quale è andato in tilt, ossia in fibrillazione ventricolare e si è fermato. Ho detto statisticamente perché questa non è la regola ma la sua eccezione. E non essendo la regola altre ipotesi sono possibili, come la rottura dell'aorta, un'aritmia maligna in un cuore danneggiato da una miocardite (vedi il calciatore Curi del Perugia) o da una miocardiopatia misconosciuta (vedi altri atleti caduti durante il gioco) o un ictus cerebrale o una malattia dei canali



Papa Giovanni Paolo I, morto il 28 settembre 1978, dopo soli 33 giorni di pontificato.

ionici. Quest'ultima è più attuale come scoperta, ma ancor più rara se non vi sono stati altri casi di morte improvvisa nell'albero genealogico. La sua seconda domanda ci riporta in un'area statistica ancora più ristretta e non lo dico per tranquillizzarla, ma perché se una malattia

come quella coronarica o cardiovascolare in genere ha bisogno di molti fattori di rischio per essere sospettata, dico sospettata non presunta, la presenza di uno solo di essi e in un soggetto, qual'è lei, perfettamente in ordine ha lo stesso valore di prendere un cinese a caso e vedere se la sua coronarografia è normale o patologica. Abbandoni quindi, caro Signor Roberto, il suo "rovello" e viva felice, magari con qualche verifica in più negli anni futuri. Con i più cordiali saluti.

Eligio Piccolo



## D. **Statine e dolori muscolari**

Sono a chiedere un'informazione: nell'aprile del 2006 ho avuto un infarto lieve, e sono stato sottoposto ad angioplastica con l'impianto di 2 stent medicati. A tutto oggi prendo Plavix 75, la mattina, Cardirene 160mg a pranzo e Pravaselect 40mg la sera.

Da un po' di tempo ho dolori a gambe (non cosce) e ginocchia con relative fitte e alle giunture delle anche, su consiglio del medico curante ho sospeso il Pravaselect e da quasi subito i dolori e le fitte sono quasi scomparsi e posso camminare più sciolto. Può davvero essere la pasticca che può dare questi disturbi? In attesa ringrazio sentitamente.

Luciano G., Firenze

## R.

**Si, gentile Sig. Luciano, è proprio quella pasticca a causare i fastidiosi disturbi muscolari che ci racconta. L'astenia e i dolori muscolari, prevalentemente agli arti inferiori rientrano tra i più comuni effetti collaterali della terapia con statine, una classe di farmaci che è in grado di ridurre in modo marcato la sintesi del colesterolo. Il suo è un problema molto comune.**

**Venti anni fa, quando l'uso delle statine e dell'aspirina non veniva esteso a tutti i pazienti con precedenti infartuali, il rischio di un nuovo infarto era molto alto. Più o meno del 50% a cinque anni. Ora è una evenienza molto rara.**

**Portare il colesterolo a livelli molto bassi significa allontanare di molto il rischio di nuovi eventi infartuali e probabilmente ridurre le componenti lipidiche (quelle più pericolose) dell'aterosclerosi. Significa in altri termini stabilizzare l'aterosclerosi impedendo che in un qualche punto dell'albero coronarico una placca si rompa improvvisamente causando un infarto.**

**Insomma abbassare il colesterolo fa bene e dati recenti sottolineano che l'impiego di statine più potenti, di ultima generazione, in grado di ridurre di molto il colesterolo, migliora ulteriormente la sopravvivenza.**

**Come talvolta capita in medicina, l'efficacia di questa classe di farmaci è andata ben oltre le aspettative e tutt'ora ci si interroga se l'effetto sia ascrivibile alla semplice diminuzione del colesterolo o ad un generico effetto anti-infiammatorio.**

**Se il suo fastidio è davvero intollerabile ne prenda in considerazione la sospensione, se è solo un disagio non ceda alla tentazione di interromperne l'assunzione. Si consoli pensando che il suo infarto, brillantemente superato, è stato solo un incidente di percorso, uno sgradevole evento che molto difficilmente si ripresenterà.**

**Cordiali saluti.**

Francesco Prati



## D. Ancora sul dabigatran

Spett. Cuore & Salute,

sono un Vostro fedele ed appassionato lettore da circa 30 anni. Recentemente sono stato colpito dall'articolo "E se ci liberassimo dell'INR?" apparso sul numero di marzo-aprile 2010 di Cuore & Salute. In esso si prospettava l'uso di dabigatran al posto di warfarin. Potete, cortesemente, farmi sapere com'è attualmente in Italia la questione? C'è la reale possibilità di passare dal warfarin al dabigatran in tempi ravvicinati? L'uso del dabigatran può portare, oltre che a minori controlli ematici e relativo minore stress, ad una maggiore sicurezza della terapia anticoagulante orale? Ringrazio anticipatamente e saluto cordialmente.

Mario De L., Pescara

## R.

Gent.mo Sig. Mario,

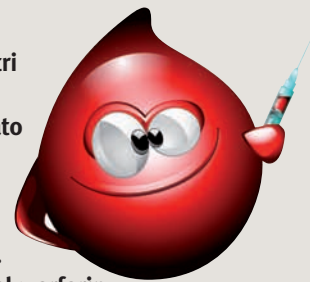
la novità costituita dal dabigatran ha suscitato un vivo interesse tra i nostri lettori come dimostrato dalle numerose lettere sull'argomento che continuano a giungere in redazione. Per tale motivo, pur avendo già parlato di tale farmaco sia nell'articolo a cui Lei ha fatto riferimento sia nella sintesi della relazione tenuta dal Prof. Gronda al congresso "Conoscere e Curare il Cuore 2011" che è apparsa nel numero di marzo-aprile 2011 di Cuore & Salute, abbiamo ritenuto utile la pubblicazione della Sua lettera.

Il dabigatran è un nuovo farmaco anticoagulante orale che a differenza del warfarin, sia per un differente meccanismo d'azione sia perché non influenzato dalla concomitante assunzione di alimenti od altri farmaci, non necessita del costante monitoraggio del livello di coagulazione del sangue ossia del famigerato INR. Il dabigatran, cioè, a differenza del warfarin, fornisce un prevedibile e costante livello di scoagulazione del sangue e ciò si dovrebbe tradurre nella pratica in una maggiore efficacia e in un altrettanto superiore profilo di sicurezza. Ricordiamo infatti che quando il valore di INR è inferiore a 2 la capacità di prevenire la formazione di coaguli (che costituisce l'obiettivo della terapia anticoagulante) si riduce mentre per valori di INR maggiori di 3 si assiste ad un aumento significativo del rischio di emorragie. Gli studi attualmente disponibili in letteratura sembrano effettivamente confermare tale vantaggio.

Il dabigatran non è attualmente disponibile in Italia mentre il suo utilizzo è stato recentemente approvato in USA e Canada. Le uniche difficoltà all'introduzione di tale farmaco anche nel nostro paese sono solo di natura economica essendo ovviamente il dabigatran molto più costoso del warfarin. Alla luce però delle evidenze scientifiche è ragionevole supporre che il Ministero della Salute ne approverà comunque l'utilizzo nell'arco dei prossimi mesi, eventualmente cercando di limitarne l'uso tramite il ricorso alle famose note.

Cordiali saluti.

Filippo Stazi



# Conoscere e Curare il Cuore 2012

Coordinamento  
Francesco Prati

Segreteria  
Alessandra Tussis

## VENERDÌ 16 marzo

**I SESSIONE**                      **MODERATORI**    Diego Ardissimo, *Parma* • Mario Motolese, *Roma*

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

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

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

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

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

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

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

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

## III SESSIONE

### MODERATORI

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

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

Bruno Trimarco, *Napoli*

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

Corrado Tamburino, *Catania*

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

Pietro Delise, *Mestre-VE*

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

Alessandro Capucci, *Ancona*

**16.00** **Discussione**

**16.30** **Intervallo**

## IV SESSIONE

### MODERATORI

Gian Franco Gensini, *Firenze* • Imad Sheiban, *Torino*

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

Ugo Limbruno, *Grosseto*

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

Alessandro Boccanelli, *Roma*

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

Fiorenzo Gaita, *Asti*

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

David Antonucci, *Firenze*

**18.00** **Discussione**

## SABATO 17 marzo

## V SESSIONE

### MODERATORI

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

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

Cesare Greco, *Roma*

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

Ottavio Alfieri, *Milano*

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

Orazio Valsecchi, *Lecco*

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

Massimo Volpe, *Roma*

**10.00 Discussione**

**10.30 Intervallo**

**11.00 LETTURA**

**Ablazione nella fibrillazione atriale: cura o lifting?**

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

**VI SESSIONE**

**MODERATORI**

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

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

Gianni Casella, *Bologna*

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

Raffaele De Caterina, *Chieti*

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

Gianfranco Sinagra, *Trieste*

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

Maddalena Lettino, *Pavia*

**12.30 Discussione**

**SIMPOSIO "La placca instabile"**

**MODERATORI**

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

**15.00 Lo studio OPPOSITES.**

Francesco Prati, *Roma*

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

Gian Piero Perna, *Ancona*

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

Claudio Cavallini, *Perugia*

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

Filippo Crea, *Roma*

**16.00 Discussione**

**16.30 Intervallo**

**VII SESSIONE**

**MODERATORI**

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

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

Roberto Violini, *Roma*

**17.15 Il miocardio non compatto.**

Claudio Rapezzi, *Bologna*

**17.30 Il BNP: dal laboratorio alla pratica clinica.**

Angela Beatrice Scardovi, *Roma*

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

Paolo Camici, *Milano*

**18.00 Discussione**

## DOMENICA 18 marzo

### VIII SESSIONE

### MODERATORI

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

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

*L'iscrizione al congresso e le modalità di pagamento seguono procedure diverse rispetto agli anni precedenti.*

*Per informazioni e dettagli (scheda di iscrizione) consultare il sito [www.centrolottainfarto.it](http://www.centrolottainfarto.it) e cliccare su "Congresso Conoscere e Curare il Cuore".*



## Quaderno a Quadretti

di Franco Fontanini

### Tutto è relativo

Non molto tempo fa un giovanotto di buona famiglia era capace di prendere a pugni chi avesse insinuato qualche dubbio circa la virtù di sua madre. Lo stesso giovane avrebbe sorriso con indulgenza alla notizia di sua nonna che aveva ammesso qualche peccatuccio con un importante uomo politico ed è verosimile che si sarebbe vantato se una sua antenata avesse goduto delle attenzioni del re.

L'antica spiegazione che tutto è relativo, valeva soprattutto per ogni situazione del genere.

Un po' più indietro nel tempo c'era la "nobiltà di letto", variamente commentata ma molto ambita.

In tutte le più famose famiglie dell'alta aristocrazia di ogni Paese c'è sempre un'antenata che conquistò così il titolo: nessun padre si è mai opposto agli amori nobiliari delle figlie e le madri facevano di tutto per propiziarli.

Nessuno le condannava, neppure l'autorità religiosa "Il vostro amore mi ha ridato la verginità" disse al re di Francia una mondana religiosissima, non rare in passato, che aveva raggiunto il suo letto.

Sono rimaste celebri, secondo l'abate Soullaine, le acrobazie oratorie funebri della Pompadour nella cappella del convento dei Cappuccini in cui la favorita e la regina vennero unite in comune elogio come due sante gloriose, mentre Luigi XV, inginocchiato sul pavimento, pregava in lacrime.

Giovanna Du Barry



Il re era religiosissimo, ma conciliò sempre il libertinaggio con la religione. Sovente pregava a letto insieme alla favorita. Superò bene il dolore della sua morte, perché all'indomani era già alla ricerca della sostituta con l'aiuto di tutti i cortigiani in gara. Stravinse con facilità, nella sorpresa generale, Giovanna Du Barry che, a differenza di tutte le favorite precedenti, non era di origini nobili, non era colta, ma una prostituta fin dall'adolescenza che aveva frequentato postriboli, non si interessava di politica, era solo di conturbante bellezza, vivace, maestra di piaceri, proprio come il re la voleva.

Dopo la morte di Luigi XV proseguì imperturbata la sua vita collezionando amanti fra cui anche Luigi XVI, suo successore anche sul trono.

L'ultimo amante, il solo al quale fu fedele, fu il duca di Cossé-Brissac, un cacciatore solitario e malinconico che incontrò una mattina nella foresta di Fontainebleau. La leggenda dice che vedendolo la Du Barry arrossì per la prima volta in vita sua e per le successive tre ore restò in un silenzio ammirato, cosa che non aveva mai fatto. Morì insieme a lui piuttosto contrariata, dicendo che non capiva perché dovesse morire sulla ghigliottina, solo per essere stata amante di un re.

Nella storia dei regi costumi sessuali figurano anche i "favoriti", numerosi in Russia dopo la morte di Pietro il Grande, quando regnarono consecutivamente quattro zarine, tutte appassionate collezioniste di amanti. La più intraprendente fu Caterina II alla quale sono stati attribuiti ottantadue amanti, senza tener conto degli

occasionalisti, tutti promossi a titoli nobiliari, anche se in origine contadini.

Il più celebre, il feldmaresciallo Grigorij Potemkin, che dopo aver contribuito al colpo di stato che portò sul trono Caterina II, dopo la morte di Orlov, divenne favorito della zarina, amministratore dei nuovi territori della Russia meridionale, fondò Sebastopoli unico insuccesso, non realizzò il sogno di diventare re di Polonia.

Il più grande parco di amanti viene considerato quello del Duca Filippo di Orléans, reggente di Francia per ben otto anni, il quale per distrarsi e riposarsi delle faticose giornate al Palais Royal, dette vita al Parco dei Cervi per le sue orge notturne.

Intelligente, colto, politico molto abile, fu il protagonista di maggiore successo negli anni d'oro delle amanti regali. Fu molto ammirato anche in questo, una schiera di favorite nel Settecento erano d'obbligo per un regnante, in mancanza sarebbe stato considerato un eccentrico poco affidabile.

## Il calcio cambia

Nel nostro Paese, irriducibilmente tradizionalista, poche cose nel corso di un secolo sono cambiate quanto il gioco del calcio.

In una fotografia di cento anni fa si vede un giovanotto dall'aria inquieta tra i pali della porta che rassomiglia ad un martire risorgimentale in attesa di essere giustiziato in una fredda alba invernale, assai più che a Gigi Buffon.

È il portiere e capitano del Genoa Cricket and Football Club, un inglese di nome Spensley, di professione medico, arrivato in Italia da poco come un missionario. Il calcio parla bri-



La squadra del Genoa Cricket and Football Club.  
1° Campione d'Italia nel 1898

tannico: sei degli undici titolari della squadra che in quei giorni vincerà il primo campionato, sono di origine inglese.

La foto è stata scattata in occasione della finale in cui i genoani batterono l'Internazionale Torino per 2 a 1, dopo i tempi supplementari, il 6 gennaio 1898 davanti ad un pubblico definito "eccezionale": oltre 100 persone per un incasso record di 197 lire compresi i 23 ingressi a metà prezzo per i soci e il supplemento di una lira per le 84 sedie numerate.

Nonostante l'atmosfera pionieristica, ci furono accese zuffe con diversi feriti, è la sola cosa che non è cambiata.

Il campionato, circoscritto alla Lega Setteentrionale, era stato molto breve: durò poche settimane, le quattro squadre finaliste, arrivarono a Genova in treno la domenica mattina di buon'ora, e ripartirono in serata.

Gli incontri eliminatori si svolsero alle 9, alle 11 e alle 15.

L'eliminazione della lega dell'Italia Centrale fra Pisa, Lucca, Livorno e Lazio, si tenne a Pisa e costrinse i laziali ad un tour de for-

ce: incontri alle 10, alle 14 e alle 16,30, che vinsero tutti e tre. Gli scontri tra i tifosi lucchesi e quelli pisani durarono fino a notte inoltrata sui monti Pisani.

A Genova il calcio, che era chiamato "folber", per deformazione di foot-ball, palla per i piedi, era stato esportato dagli inglesi.

All'inizio veniva considerato, come in Inghilterra, uno sport volgare, che non si addiceva ai ceti sociali elevati, ma molto affascinante. I tifosi aumentarono in continuazione anche se la Regina seguì a stringere la mano solo ai campioni del rugby.

L'egemonia del Genoa finì nel 1901, quando il Milan divenne campione della Lega Setteentrionale.

La discesa verso sud fu lenta, la prima squadra campione al di sotto del Po fu il Bologna, che era stato fondato nel 1909.

A Roma lo scudetto a girone unico arrivò solo nel '41-42, i laziali e gli antiromanisti lo definiranno "campionato del duce", come gli antifascisti che attribuirono al duce i mondiali del '34 e quelli del '38.

Nel frattempo erano sorti i primi stadi "per centomila", i giornali esclusivamente sportivi aumentavano le tirature, arrivarono le radiocronache di Niccolò Carosio con il microfono infisso sul terreno al margine del



campo di gioco. Le sue radiocronache fecero epoca: c'è ancora qualche nostalgico che dice di aver "visto" più calcio nelle sue radiocronache che nelle telecronache attuali. I radiocronisti divennero sempre più invadenti, i calciatori invece stentaronο ad acquisire disinvoltura con il microfono in mano.

A Bologna, in occasione del debutto nel nostro campionato di due assi venuti dal nord, Haller e Nielsen, venne intervistato Bernasconi, centromediano della Sampdoria e della Nazionale, che aveva dovuto contrastare i due fuoriclasse.

"Ci vuol dire come giudica Haller?" gli chiese il radiocronista.

Bernasconi, dopo una breve esitazione rispose sicuro: "Si muove bene", poi confermò: "Si muove bene", consapevole che il suo giudizio era molto importante.

L'intervistatore cambiò la domanda. "Nielsen come lo giudica?"

Bernasconi rifletté nuovamente, poi rispose anche questa volta con grande sicurezza: "Si muove bene", senza bisogno di ribadire.

Un po' di imbarazzo colpì il cronista, che chiese: "Fra Haller e Nielsen, chi giudica più pericoloso?"

Bernasconi rifletté più a lungo, poi concluse: "Si muovono bene tutti e due".

Con la TV uscimmo dalla fase preistorica con le telecronache: molti calciatori divennero ottimi telecronisti, la trasmissione con più audience fu il "processo" di Biscardi che raggiunse livelli altissimi di litigiosità e di umorismo involontario.

Un presidente concluse un dibattito affer-

mando che al mondo c'è chi può e chi non può, "io può", affermò categorico.

Un giornalista tecnico sentenziò: "Bisogna credere nella forza delle idee e soprattutto portarle avanti con i piedi".

Di Biscardi, i colleghi invidiosi del suo successo, dicevano che sbagliava i congiuntivi anche quando pensava.

L'umor più raffinato fu quello di Manlio Scopigno, il solo trainer laureato in filosofia. Ai festeggiamenti per lo scudetto inaspettatamente vinto dal suo Cagliari, premise: "Nessuno dimentichi che io sono l'uomo che ha fatto di Martiradonna un campione d'Italia."

Quando gli chiesero se lo scudetto era la più grande emozione che aveva provato, rispose



Il portiere Spensley, un medico inglese, capitano del Genoa missionario del calcio in Italia

sintetico: “Neppure da paragonare con quella di aver visto Niccolai per via satellite.”.

Niccolai, di nome Comunardo, per chi non lo ricordasse, ma credo che siano pochi, un simpatico livornese difensore del Cagliari e per ben tre volte della Nazionale, è stato autore dei più spettacolari autogol della storia del calcio, nessun attaccante ha fatto gol paragonabili nella porta avversaria, “nessuno ne vedrà mai più”, assicurò Scopigno.

Troppe sono state le metamorfosi nel mondo del calcio perché si possa elencarle tutte.

Non ci sono più presidenti come Ancinetti e Rozzi che firmavano contratti sui tovaglioli nei bar, oggi ci sono vertenze legali a tutti i livelli, c'è “calciopoli” che durerà anni ed è difficile capire esattamente cosa c'è stato. Troppo presto per parlarne.

Il fenomeno più recente è l'avvento delle escort calcistiche: una categoria nuova di prostitute, eleganti, spregiudicate, riservate, astute, riescono ad infiltrarsi nei ritiri di serie A mirando a coniugati, sudamericani, dirigenti che paragonano, non si sa perché, ai direttori di banca.

Stanno prendendo quota, infine, i calciatori-divi, indossatori, amici degli stilisti, la cui aspirazione principale è apparire, partecipare a programmi televisivi, sponsorizzare apparecchi per mantenere la forma, diete e creme di bellezza.

Viene la nostalgia dei partecipanti ai dibattiti di Aldo Biscardi che nella foga citavano stormi di pirañas, greggi di rondini e allevatori di vini.

Meglio concludere ricordando l'uomo che più di ogni altro ha contribuito all'evoluzione del nostro calcio in un'epoca in cui

non c'erano i “maghi”, senza ricorrere ad acrobazie tecniche e verbali. Era un capitano degli alpini, capace di gioire e di piangere con i giocatori: Vittorio Pozzo.

Fu commissario unico per oltre vent'anni, vinse il campionato mondiale di Roma, le olimpiadi di Berlino e il mondiale di Parigi, senza prendere un soldo di stipendio, solo il rimborso delle spese. Ha sempre rifiutato di essere furbo, si giustificava dicendo che al mondo esistono premi più gratificanti dei soldi.

Era un uomo sereno che credeva nella religione dell'onestà in un mondo in cui, già allora, diceva di aver conosciuto “grandi galantuomini e grandi canaglie”.

### Anche gli uomini piangono

Una volta a piangere erano solo le donne, l'origine delle lacrime era ritenuta culturale e non biologica, perché in tutte le società i maschi dovevano commuoversi il meno possibile e non far trasparire le loro emozioni: guai se piangevano. Nell'antichità hanno pianto pubblicamente solo alcuni eroi omerici.

Un uomo che piangeva veniva disprezzato, i piagnoni fiorentini del XV secolo erano antipatici a tutti, durarono poco, e Savonarola, la loro guida, venne tolto di mezzo presto.

Per parecchi secoli si è imposto il costume albionico che era categorico nel vietare le lacrime pubbliche al maschio, non perché l'inglese non abbia un cuore come tutti gli altri abitanti dell'Europa, ma perché un “vero” uomo non deve piangere in nessuna circostanza ed avvezzare i figli a non

piangere mai.

Gli occhi lacrimosi sono un segno di fragilità che non fa onore e va lasciato alle donne. I fisiologi sostengono che gli occhi sono uguali negli uomini e nelle donne, ma queste hanno le ghiandole lacrimali meglio funzionanti.

Le lacrime accrescono la femminilità, le madri di una volta raccomandavano alla figlia che andava sposa di non discutere con il marito, ma di mettersi a piangere.

Per le donne il pianto è una protezione; gli psicologi in passato affermavano che le donne erano meno colpite dagli attacchi cardiaci perché piangevano: lo sfogo del pianto è liberatorio, allevia l'ansia, attenua il tono simpatico, abbassa la pressione del sangue, riduce il lavoro del cuore.

L'università dello Iowa qualche decennio fa dimostrò che le donne, allora, piangevano in media sei volte più spesso dei maschi e la durata del pianto muliebre era più che doppia rispetto a quella maschile.

La capacità tutta femminile di piangere a comando era giudicata un modo di difendersi più agevolmente dai conflitti affettivi o quanto meno di disarmare l'antagonista maschio, quasi sempre il marito.

Dopo secoli di osservanza, gli inglesi sembrano venir meno ai loro principi e ricerche recenti hanno dimostrato che anche l'uomo piange e che le lacrime non sono più segno di debolezza. Neppure per gli uomini politici, per i manager e per gli atleti non è più disdicevole farsi vedere in pubblico con le lacrime agli occhi.

Il pianto mascolino, a lungo represso, ha cominciato a guadagnare terreno.



Edmond Muskie venne eliminato in partenza dalla corsa alla Casa Bianca per aver pianto davanti ai giornalisti, ma a Bill Clinton le lacrime hanno giovato: salutandogli gli statunitensi con gli occhi pieni di lacrime recuperò prestigio e dette una spinta elettorale alla moglie Hillary.

Le femministe preconizzano che l'uomo piange perché è in crisi d'identità, sostengono che si piange addosso e le più dure dicono che piange sulle proprie spoglie, vittima dell'obsolescenza virile, come ha previsto Margaret Mead poco prima di morire, perché il ruolo del maschio è sempre più incerto, sempre meno definito e, forse, neppure più necessario.

Cindy Chopak, specialista in lacrimazioni, meno tragicamente, sostiene che il pianto sempre più facile del maschio, egoista immutato, sia solamente un'arma per fare

breccia sulle donne: piange per farsi portare a letto.

Non c'è dubbio che il pianto dell'uomo, il solo fra i primati a lacrimare per cause emotive, sia in crescita anche da noi. La TV ci ha fatto vedere Occhetto piangente quando il PCI cambiò il nome, Brugnetti quando vinse la gara di marcia alle Olimpiadi di Atene, Cofferati quando lasciò la CGL, Clint Eastwood quando venne premiato al Festival di Venezia, Quasimodo quando vinse il Nobel, Barresi quando sbagliò un rigore, D'Amato quando commemorava il padre, Pertini per molti diversi motivi, e perfino Berlusconi alla sua ennesima vittoria elettorale.

Il cinema capì per primo che le lacrime facevano cassetta con William Hurt, biondo sex symbol, bellissimo, che balzò ai primi posti della popolarità grazie al lacrimone che gli solcò il viso di fronte ad una ragazza stuprata, anche se si seppe poi che la grossa goccia di pianto veniva da una boccetta di collirio.

C'è un aspetto nuovo ignorato: sembra che alla donna faccia piacere che il suo uomo sia capace di piangere, a patto che non lo faccia troppo spesso, altrimenti addio a quel poco che resta nella differenza dei ruoli. Meglio se piange per le cose piccole e tenere, che per quelle gravi. Qualche psicologo si è addirittura dichiarato dubbioso del cambiamento: uno studio nordamericano ha recentemente concluso che l'uomo di oggi piange più di quello del passato e, più della donna quando viene abbandonato, ma la donna piange ancora molto più del maschio. La più celebre piagnona della storia rimane Caterina I di Russia. Secondo gli storici nessuna donna è mai riuscita a produr-

re, a comando, altrettante lacrime per tempi tanto prolungati.

Tutti coloro che ebbero l'occasione di vederla piangere rimasero sbalorditi, anche perché era una contadina solida e rozza di Livonia, cresciuta nelle guarnigioni militari. La grande prova di bravura la dette alla morte del marito Pietro il Grande.

Le cose si erano messe male per Caterina, qualche tempo prima, quando lo zar scoprì la sua tresca con il ciambellano Moens de la Cruz. Fece decapitare il giovane e portò la consorte a vedere la sua testa infissa su una picca.

La sorte di Caterina era ancora indecisa quando Pietro si ammalò e in poco tempo morì. Nei giorni della sua agonia Caterina, che aveva versato "fiumi di lacrime", scelse come favorito e amante Mencikof, al quale lo zar aveva affidato le sue disposizioni testamentarie. In attesa di essere nominata zarina, inondò letteralmente la reggia di lacrime. Opponendosi con ogni sua forza alla chiusura del feretro sommerse di lacrime la salma. Durante il corteo funebre durato due ore, sostenuta da Mencikof e da Aproksin, irrigò la strada per "una buona mezza lega francese", cioè per più di due chilometri.

Secondo Villebois "non ci si immaginava che si potesse trovare una tale riserva d'acqua nel cervello di una donna".

Moltissimi diplomatici, nobili e sudditi si recarono a corte unicamente per vedere piangere la Grande Caterina.

Un ambasciatore francese che ci andò senza soste ogni giorno per quaranta giorni, scrisse che aveva superato in fatto di la-

crime tutte le interpreti di “Andromaca” messe insieme.

### Revival della glossolalia

Glossolalia è un vocabolo fuori uso, ormai sconosciuto, scomparso anche dai dizionari. In passato ha avuto vari significati sui quali i linguisti non hanno mai trovato accordo. Per alcuni era un linguaggio mistico ormai dimenticato, per altri un semplice vocalizzo, oppure un “nonsenso”, giochi di parole belle, dal bel suono, ma senza senso.

La maggioranza è del parere che, oltre che di significato, manchi di semantica e di ogni sintassi.

Eravamo convinti che fosse morta e sepolta e che non valesse la pena parlarne, se non che, in periodo preelettorale, in TV, non

avessimo ascoltato un esempio perfetto di glossolalia.

Paolo Franchi, del Corriere fece una domanda ad un candidato, astro in ascesa, sul programma del suo nuovo partito.


L'intervistato risponde con eleganza e ricercatezza, con un discorso tutt'altro che sintetico, ma difficile da decifrare.

Anche Paolo Franchi fu costretto a confessare di non aver capito e ripeté la domanda in modo maggiormente circostanziato.

La risposta fu altrettanto ermetica, tanto da scoraggiare il giornalista.

Per me è stato un esempio perfetto di glossolalia come la interpretava San Paolo: parlare strano, apparentemente corretto e colto, ma privo di contenuto che esercita un'invincibile attrazione sugli stolti.



 Centro per la Lotta contro  
l'Infarto - Fondazione Onlus

*In uno dei momenti  
più importanti  
della nostra vita,  
abbiamo deciso  
di donare agli altri  
la speranza  
in un futuro migliore*

*Gianluca ed Enrica  
17 Settembre 2011*

I più affettuosi auguri a  
**Gianluca ed Enrica** che,  
in occasione del loro matrimonio,  
hanno inviato al *Centro*  
un generoso contributo  
per la ricerca cardiologica.

# Aggiornamenti cardiologici

di Filippo Stazi



**Coronarografia per via radiale o femorale? Lo studio RIVAL:** Nell'ambito degli interventi coronarici percutanei l'accesso radiale sembra ridurre le complicanze vascolari ed emorragiche rispetto a quello femorale. Per meglio chiarire questo aspetto lo studio RIVAL ha randomizzato 7.021 pazienti con sindrome coronarica acuta sottoposti a coronarografia ed eventuale angioplastica ad accesso radiale (3.507) o femorale (3.514). L'end point primario, una combinazione a 30 giorni di morte, infarto, ictus e sanguinamento maggiore non cardiocirurgia dipendente, è stato raggiunto nel 3,7% dei pazienti del gruppo radiale e nel 4% dei soggetti del gruppo femorale ( $p = 0,5$ ). La combinazione di morte, infarto od ictus a 30 giorni si è verificata nel 3,2% dei pazienti in entrambi i gruppi. Sanguinamenti maggiori a 30 giorni non connessi con la cardiocirurgia si sono verificati rispettivamente nello 0,7% e nello 0,9% ( $p = 0,23$ ) dei due gruppi. Il gruppo trattato per via radiale ha però presentato una riduzione significativa della comparsa di ematomi estesi (42/3.507 vs 106/3.514,  $p < 0,0001$ ) mentre pseudoaneurismi che hanno necessitato di chiusura si sono verificati in 7 pazienti del gruppo radiale ed in 23 soggetti del gruppo femorale ( $p = 0,006$ ). La conclusione è che entrambi gli approcci, radiale e femorale, sono efficaci e sicuri. La minore incidenza di complicanze vascolari locali potrebbe però far preferire la via radiale. (*The Lancet online 4 Aprile 2011*).

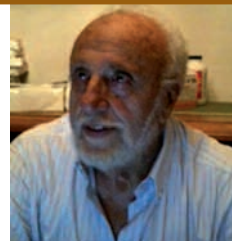
**By-pass e disfunzione ventricolare sinistra: Lo studio STICH:** Per approfondire il ruolo del by-pass aortocoronarico nella terapia dei pazienti con coronaropatia e scompenso cardiaco 1.212 soggetti con malattia coronarica aggredibile chirurgicamente e FE ventricolare sinistra < 35% sono stati randomizzati a terapia combinata (medica e chirurgica) o alla sola terapia medica. La mortalità totale rappresentava l'end point primario mentre la morte cardiovascolare e la combinazione di mortalità totale ed ospedalizzazione per motivi cardiovascolari costituivano gli end points secondari. La durata del follow up è stata di circa 5 anni. L'end point primario si è verificato nel 36% dei pazienti trattati chirurgicamente e nel 41% di quelli sottoposti alla sola terapia medica ( $p = 0,12$ ). Per quanto riguarda gli end points secondari la mortalità cardiovascolare si è verificata rispettivamente nel 28 e nel 33% dei soggetti ( $p = 0,05$ ) mentre l'end point combinato si è verificato nel 58% dei pazienti bypassati e nel 68% di quelli non operati ( $p < 0.001$ ). La conseguente conclusione degli autori era che in pazienti con coronaropatia e disfunzione ventricolare sinistra, l'aggiunta della rivascolarizzazione chirurgica alla terapia medica, sebbene non riduca la mortalità totale è però in grado di diminuire la mortalità cardiovascolare e la combinazione di mortalità totale e ricovero per cause cardiovascolari. (*New Engl J Med 2011; 364: 1607-1616*).

**Vitalità miocardica e sopravvivenza in pazienti con disfunzione ventricolare ad eziologia ischemica (ancora STICH):** Una comune prassi terapeutica consiste nel sottoporre a by-pass aortocoronarico quei soggetti con disfunzione ventricolare sinistra che abbiano segni di vitalità miocardica. Per validare questo tipo di condotta un sottostudio dello studio STICH ha sottoposto a SPECT e/o eco-dobutamina 601 pazienti con malattia coronarica aggredibile chirurgicamente e FE ventricolare sinistra < 35% che sono stati poi randomizzati a terapia medica ( $N = 303$ ) od a terapia medica più by-pass aortocoronarico ( $N = 298$ ). Al termine dei circa 5 anni di follow up il 37% dei soggetti con vitalità ed il 51% di quelli senza vitalità andava incontro al decesso ( $p = 0.003$ ). Tale differenza non manteneva però significatività statistica dopo aggiustamento per le altre variabili di base ( $p = 0.21$ ) e soprattutto non vi era alcuna relazione significativa in termini di mortalità tra il tipo di trattamento e la presenza o meno della vitalità miocardica ( $p = 0.53$ ). La conclusione dello studio è quindi stata che in pazienti con ridotta funzione ventricolare sinistra e malattia coronarica la presenza di vitalità miocardica non identifica un sottogruppo destinato a beneficiare maggiormente della terapia chirurgica rispetto a quella medica. (*New Engl J Med 2011; 364: 1617-1625*).

# San Menna, il cuore che non batte

## Il dopo terremoto raccontato da chi c'era

di Alfredo Giordano



I quotidiani di quei giorni di Aprile del 2008 pubblicavano planimetrie dell'area terremotata e individuavano in quella zona il centro dell'epicentro del sisma.

Mauro e Claudio furono i primi a venirmi incontro su quel campo da rugby a duecento metri dalle case di quella minuscola frazione, San Menna, del comune di Lucoli a 15 chilometri da L'Aquila. Uno alla sinistra e uno alla destra di un omino "in borghese", sembravano al suo confronto giganteschi nella loro ruvida divisa scura, resa ben visibile per gli inserti gialli e luminescenti che ornavano sia i pantaloni che il giubbotto. Non so perché mi dettero l'idea di due carabinieri che stavano accompagnando un "fermato".

Eppure la scritta stampigliata sul giubbotto e il simbolo ben visibile che tutti, nel mondo, conoscono e rispettano li identificava chiaramente: *Croce Rossa Italiana*. E più a lato: *Volontario*.

L'alta statura dei due energici ed attivissimi cinquantenni, o giù di lì, contrastava nettamente con quella appena sotto la media "dell'arrestato" imbacuccato con cinque o sei maglioni che lo coprivano fino al mento.





Un coloratissimo cappuccio di lana calato fin sugli occhi completava l'armatura anti-freddo.

Malgrado il caldo relativo che si era accumulato in quella valletta durante la giornata e nonostante i panni non riusciva a frenare i brividi per la febbre alta. Erano le sedici di un mercoledì di aprile e neanche quarantotto ore prima, alle tre e trentadue del lunedì, era stato costretto dal terremoto a saltare dal letto in pigiama. Quella precipitosa uscita notturna non programmata era la causa del mal di gola. Solo di lì a qualche ora avrei scoperto sulla mia pelle che da quelle parti il caldo relativo del giorno scomparire rapidamente al calar del sole e la temperatura della notte scende oltre ogni prevedibilità. Malgrado la tenda, pur avendo indossato i quattro maglioni che avevo in valigia e nonostante l'unica coperta che era stata distribuita a tutti in serata, alle tre di notte fui costretto a trasferirmi in macchina. Con motore e riscaldamento accesi.

"Oh ...finalmente un medico!" Era stato il saluto di Mauro. E aveva subito aggiunto: "Sto ragazzino ha la febbre alta e il mal di gola. Che possiamo fare per lui?" Il ragazzino imbacuccato aveva non meno di quaranta anni, gli occhi chiari e lucidi per la febbre. Deglutiva a stento anche la saliva e parlava a fatica per un vistoso gnocco bianco-giallastro di pus sulla tonsilla sinistra. Malgrado questo riusciva a sorridere con cordialità e simpatia. Sarebbe stato facilissimo curarlo disponendo di una farmacia aperta e un letto caldo.

Mancavano entrambe le cose.

"Che possiamo fare per lui?" Bella do-

manda! L'unica risposta possibile in quelle condizioni mi sembrò quella di rispolverare le antiche "pennellature" in gola che, nel 1946-47, i genitori mi facevano da bambino con la tintura di iodio o con l'acqua ossigenata. Gli antibiotici erano di là da venire, almeno in Italia, e in mancanza dei due disinfettanti si usava il succo di limone puro o l'aceto. Gli offrii quell'unica possibilità che avevamo prima del mattino successivo visto che "si vociferava" che la farmacia avrebbe riaperto. Non avendo alternative e continuando a sorridere concludo che "....se non si può fare altro...".

Tutti e quattro raggiungemmo la tenda in cui Alessandra, validissima infermiera ospedaliera e anche lei in divisa da Volontaria CRI, stava tentando di catalogare i farmaci, prevalentemente campioni per i medici, arrivati alla rinfusa non si sa da dove in quattro o cinque scatoloni.

"Acqua ossigenata?". "No". "Tintura di iodio?" "Sì". "Una pinza chirurgica con cui tentare di costruire un tampone faringeo?" "No". "Qualcosa di simile e utilizzabile?" "No". "Un cotton-fiocchetto?" "Sì. Anche più d'uno".

Con quanto disponibile e la santa pazienza dell'imbacuccato riuscimmo in quella operazione fastidiosa e ormai in disuso, ma sempre valida. L'attivismo e l'occhio esercitato dalla professione di Alessandra riuscirono a scovare nel mucchio di campioni medicinali anche un collutorio e le compresse dell'antibiotico necessario. Il campione ridotto conteneva solo quattro compresse, ma assumendone una ogni otto ore c'era di che andare avanti almeno fino all'indomani. Ci dem-

mo appuntamento all'aperto per la mattina successiva e salutandolo gli dissi che qualche pezzetto di ghiaccio da sciogliere in bocca avrebbe attenuato il dolore alla deglutizione. Sempre che fosse riuscito a trovarlo. Uscendo dalla tenda dopo la pennellatura del mattino seguente incontrò Claudio che stava tornando da uno dei suoi inarrestabili giri per il campo. Lo ringraziai per quei cubetti di ghiaccio che era riuscito a portare alla sua tenda poco prima delle ventidue scovandoli chissà dove.

Prima di cena ebbi modo di sapere che ascoltando la radio un po' prima delle sette del lunedì mattina Mauro aveva avuto notizia del sisma delle tre e mezza della notte e aveva dato la sua disponibilità a partire anche immediatamente. Insieme a Claudio, di cui è fraternamente amico oltre che collega, erano riusciti a decollare da Viterbo poco prima delle dieci a bordo di un'ambulanza stracarica di attrezzature e tende da campeggio. Avevano raggiunto la loro destinazione poco dopo mezzogiorno. All'atterraggio su quel campo sportivo avevano montato la tenda della Croce Rossa a metà del campo di gioco aiutati dai più volenterosi dei giovani locali e aiutando come potevano i primi "sfollati" che arrivavano. Un drappello di giovani militari stava già montando le sei file di tende allineate come soldatini. Per la sera ne avevano tirate su una cinquantina da sei posti ognu-



na, ma mancavano all'appello una trentina di brande e i relativi materassi. I volontari della Protezione Civile locale avevano montato le tende necessarie per le "vettovaglie". Per la sera di quel mercoledì fu servita una "cena in piedi" e "fai da te". Una minestra calda fu disponibile solo per i bimbi e per

i più anziani costretti a letto. Le donne provvidero a trasportare ai loro familiari quei piatti usa e getta. Per tutti gli altri era stato preparato un lungo tavolo stracarico di fette di pane, di formaggi vari e di affettati di maiale. Acqua e frutta ce n'erano a volontà e per tutti. Per chi non sapeva farne a meno c'era anche un bicchiere di vino. Tutti si limitavano a prendere solo quanto ritenuto necessario per non lasciare qualcuno a becco asciutto. Avanzò il pane, ma non il vino.

In quel pomeriggio, oltre a qualche medicazione, l'unico caso degno di attenzione mi sembrò quello di una signora sui cinquanta anni. Operata negli anni precedenti ad entrambi gli arti inferiori per varici, controllava in ospedale fino al momento del disastro il persistente gonfiore. Sapeva tutto sul linfo-edema che l'affliggeva, sui temibili pericoli trombotici potenziali e sulla necessità di una terapia anticoagulante da controllare ogni quindici giorni.

L'ultimo controllo di laboratorio risaliva a più di venti giorni prima e la terapia la continuava "a occhio". Le era stata assegnata una

tenda, ma mancavano le brande di cui avrebbe avuto bisogno, oltre che per dormire, anche per consentire alla sua circolazione venosa di “scaricarsi”. Anche a casa sapeva, ormai da anni, di doversi sdraiare per un’ora al mattino e una durante il pomeriggio nel suo letto-culla con il materasso sollevato di un palmo dal piano della rete dalla parte dei piedi. Si apprestava a passare la seconda notte dormendo in auto con il marito un po’ per il freddo e un po’ per la mancanza di una branda nella tenda assegnata. Passava il giorno praticamente in piedi e le gambe continuavano a gonfiarsi.

Né i crocerossini, né io riuscimmo a convincerla ad accettare il prestito per la notte di una delle brande per noi disponibili. Utilizzò per un paio d’ore il lettino da visita che c’era nella tenda-ambulatorio. Il marito si sarebbe accontentato di dormire anche a terra pur di vederla comoda e “in cura”.

Di fronte all’altra giovane donna che il mattino successivo venne a chiedere “...se potevo andare a dare un’occhiata al padre quasi ottantenne...” confesso che pensai ad un banale raffreddamento. Non sembrava affatto preoccupata e dava l’idea che il malato non avesse nulla di grave. Era una bella figura di quarantenne, energica, decisa, distinta, senza un filo di trucco e, malgrado le precarie condizioni da campeggio, ordinatissima. Con il marito e i figli “abitava” nella tenda accanto ai genitori. Orgogliosa e schiva, ma sorridente e cordiale come solo certe donne d’Abruzzo sanno essere non riusciva a nascondere la contrarietà per esser costretta a chiedere aiuto.

Il mio “...sono a sua disposizione...andiamo” alleggerì il suo imbarazzo. Riuscì anche a farla ridere uno dei crocerossini, non ricordo chi, che in romanesco-viterbese aggiunse: “Certo che arivamo. Mica semo venuti a pettina’ le bambole... .Vie’ dotto’... t’accompagno”. E insieme raggiungemmo la tenda a venti metri dalla nostra.

L’anziano signore a cui serviva “un’occhiata” respirava a fatica e il colorito del viso e delle labbra era troppo acceso per una lieve, ma evidente cianosi. Un’asportazione di venti anni prima dell’arto inferiore destro per motivi vascolari ne limitava la mobilità. I successivi insulti vascolari cerebrali ostacolavano, senza annullarla, la mobilità del braccio destro. Non era lucidissimo e non era facile capire le parole che biascicava in qualche modo. A metà della settimana precedente era finito nel reparto di terapia intensiva dell’Ospedale per una polmonite che ne impegnava i lobi inferiore e medio del polmone di destra. Grazie alle



cure ospedaliere si era rapidamente ripreso e nel pomeriggio della domenica, appena migliorato, era stato trasferito in corsia con gli altri malati, ma con tanto di copertura antibiotica e di ossigenoterapia a permanenza. Alle tre e trentadue del lunedì il terremoto lo aveva sloggiato dal suo letto caldo ed era finito sotto una tenda, fuori dall'abitato e al centro di un campo da rugby. Malgrado l'unica stufetta elettrica del campo e l'allaccio pirata a chissà quale cavo elettrico di servizio effettuato di contrabbando dal duo Mauro-Claudio in quella tenda faceva meno freddo che nelle altre, ma di certo non si sudava.

Un'occhiata non bastava. La polmonite era ancora al suo posto. La farmacia non era ancora riuscita a riaprire i battenti, ma ormai Alessandra aveva ordinato i farmaci disponibili e le fiale dell'antibiotico necessario erano pronte e in fila come soldatini. Per la visita della sera, ovviamente, non era cambiato nulla, ma al mattino successivo mi sembrò di notare un lieve miglioramento. Quel signore malandato, magrissimo e avanti negli anni aveva la resistenza di una roccia anche se la cianosi, sia pur lievissima, era ancora ben visibile.

La sveglia del venerdì fu data all'alba dai mezzi pesanti dei Vigili del Fuoco e della Protezione Civile della Val d'Aosta. Per le otto del mattino erano tutti all'opera.

I gruppi elettrogeni dei Vigili consentirono a tutte le tende di avere per la sera la corrente necessaria ad alimentare una stufa elettrica. I valdostani arrivati con mezzi eccezionali e una trentina di persone non

meno eccezionali riuscirono a stupire tutti. Per l'ora di pranzo la grande tenda con l'efficientissima cucina da campo riuscì a sfornare non meno di trecento pasti caldi. La ventina di addetti al montaggio della enorme "tenda da refezione" si mise al lavoro con passo apparentemente lento e "da montanaro", ma senza fermarsi un attimo. Coordinava il gruppo, affiatato ed evidentemente allenatissimo, un quasi settantenne alto, energico e asciutto la cui divisa era identica a quella degli altri. Quel che lo distingueva e lo rendeva più visibile era il cappello con la penna da alpino da cui, mi è sembrato di capire, non si staccava neanche per andare a dormire.

Nel pomeriggio di quello stesso venerdì finalmente riaprì la farmacia anche se ormai ci eravamo attrezzati a sufficienza. Fu il farmacista a correggermi quando, parlando, nominai *Santa Menna*. I cartelli stradali indicavano il posto con una esse puntata seguita da quel nome mai sentito, ma Menna, mi spiegò, era il nome di un uomo del posto che qualche secolo prima si era guadagnato la santità per non so quali meriti.

Alle venti di quella sera, in una tenda gigantesca trovarono posto quaranta tavoli da otto posti ognuno, un enorme televisore e, all'ingresso, una lunga tavola di distribuzione dei pasti dietro cui mettersi in fila per ricevere un piatto caldo egregiamente preparato. L'impianto di riscaldamento della grande tenda garantiva una temperatura più che gradevole. La possibilità di pranzare comodamente seduti, al caldo e insieme agli altri facilitò il dialogo e la "conoscenza" reciproca.

*Fine Prima Parte*

# L'isola Ferdinanda

di Salvatore Milito



Sciacca, provincia di Agrigento: il 18 giugno 1831, festa di San Calogero, protettore della città, gli abitanti vengono assai turbati da sobbalzi del terreno. Al largo, il Rapid, bastimento della flotta di Sua Maestà britannica, fatica a tenere la rotta nonostante il mare sia piatto, come se una mano, sott'acqua, menasse ceffoni alla carena.

Poi più niente.

Una mattina dei primi di luglio, i pescatori Alfio e N'Zino, usciti in mare quando albeggia appena, vedono a breve distanza dalla loro barca un tappeto di pesci inerti galleggianti tra milioni di bolle scoppiettanti. Alfio ne prende alcuni in mano: sono tutti lessi e puzzano di zolfo. N'Zino immerge un braccio nell'acqua: scotta. Tasta la pece del fasciame: il dito vi lascia la sua impronta. *“Cose di diavoli sono!”*, gli scappa detto tremando, e i due, spaventati a morte, issano le vele e virano di bordo.





Isola Ferdinandea

canica che, in tutta la sua rabbiosa bellezza, tuona e lancia in aria materia arroventata e riversa sulle sue falde lingue di lava infuocata.

Lo spettacolo cessa di colpo ai primi di agosto. Rimane solo un pennacchio un pò stranito. Le Autorità fanno le loro mosse: re Ferdinando, giunto a Palermo con mezza flotta

Qualche giorno dopo, nello stesso posto, il capitano Francesco Trefiletti nota, a qualche bracciata dal suo brigantino, alti getti schiumosi e sbuffi di fumo e, tutt'intorno, pesci morti e pomice nera. Tornato a Girgenti fa rapporto.

Due giorni dopo il capitano Giovanni Corrao, di passaggio lì vicino, è colto da pelle d'oca: dirà poi che ha assistito, in un tripudio terrificante di lapilli e immani schizzi d'acqua, "alla nascita di una nuova isola".

In quei giorni Sciacca viene avvolta da un pulviscolo grigiastro che sa di zolfo. I suoi vicoli, fatti i conti delle case lesionate, cominciano a spopolarsi. L'unica osteria rimasta aperta sforna piatti marinari a prezzi stracciati.

Infine, i rombi e i rintroni cessano. Ma la sera del 16 luglio mezza Sciacca è sulla spiaggia, gli occhi fissi sugli immensi fasci di steli ardenti che proiettano il loro riverbero arancione sulla battaglia. I timorati di Dio si chiedono di che cosa, *bedda matri santissima*, è urgente pentirsi. I cantastorie improvvisano *cunti* che sanno di prodigi, di tragedia greca e di opera buffa.

Infine, a giorno fatto, tutti possono vedere con occhio atterrito la neonata isola vul-

per i festeggiamenti di Santa Rosalia, invia a Sciacca la corvetta "Etna". Vengono prese le misure dell'isola: quattromilaottocento metri di circonferenza. Il capitano Senhouse sbarca dal cutter "Hind" battente bandiera britannica, mette piede sull'isolotto, vi pianta l'Union Jack e lo nomina "Isola di Graham", in onore di un diplomatico che s'era fatto stimare presso la corte borbonica. Re Ferdinando non sta a guardare: annette l'isola alla Corona, le impone il nome "Ferdinandea" e promette agli inglesi di ridurre i dazi sui loro commerci con la Sicilia purché si tolgano dai piedi.

La gente di Sciacca vuol essere della festa: si porta a poche miglia dalla secca del Corallo su una flottiglia allestita alla buona e poi torna in piazza a stordire gli amici con resoconti iperbolici.

Ma dai primi di settembre lo scoglio dà segni di noia e comincia ad abbassarsi. Una spedizione del re di Francia Filippo d'Orléans arriva sul posto quando ormai la circonferenza dell'isolotto s'è ridotta a soli settecento metri, vi pianta la bandiera e lo nomina "Julie", l'isola essendo nata in luglio. Alla fine di ottobre lo scoglio si riduce fino

a diventare un misero grumo di pomice nera affiorante di qualche spanna e acciambellato intorno ad una pozza gorgogliante.

A metà dicembre il mare lo inghiotte, costringendo gli strateghi a rimuginare sull'occasione persa. Svaniscono le mire inglesi su quella che poteva diventare una testa di ponte per l'occupazione della Sicilia, sogno covato fin dai tempi in cui Napoleone minacciava i loro navigli.

Il 5 febbraio del 2000, il Times di Londra scriveva: "Un'isola britannica sta riemergendo al largo della Sicilia", ribadendo così il dominio inglese su un piccolo vulcano spuntato fuori quasi due secoli prima e inabissatosi dopo pochi mesi. Ma la riemersione annunciata non avvenne.

Non si seppe mai chi scoprì per primo questa isola effimera ma rimasta impressa a lungo nella mente dei siciliani come uno di quegli eventi che, nella loro terra, figlia prediletta di Madre Grecia, finiscono per assumere i contorni del mito.

Nel marzo del 2001, con una cerimonia solenne, alcuni sub deposero sullo scoglio sommerso una lapide con su scritto: "Questo lem-



bo di terra, una volta Isola Ferdinanda, era e sarà sempre del popolo siciliano".

Qualche tempo dopo la lapide venne distrutta da ignoti.

Oggi il vulcano si trova ad appena qualche metro sotto il pelo dell'acqua. Alcuni fenomeni tellurici premonitori di un suo possibile riaffioramento sono stati così riportati dal Corriere della Sera del 4 agosto 2002: "Scosse sismiche ad Agrigento: l'Isola Ferdinanda potrebbe riemergere. La contesa rischia di riaprirsi".

## tra i libri ricevuti



# aforismi

La vera adulazione è dire ad una quello che pensa di sé stessa.

> **O. Wilde**

Se metti un bicchiere di vino in un barile di mondezza oppure, se metti un bicchiere di mondezza in un barile di vino, ottieni sempre mondezza.

> **Detto popolare**

Meglio tirare a campare che tirare le cuoia.

> **G. Andreotti**

Ci sono bugie generose e verità grette.

> **M. Vassalle**

La chiarezza è la buona educazione dello scrittore.

> **J. Renard**

La prima metà della vita viene rovinata dai genitori, la seconda metà dai figli.

> **A. Dazzow**

I grandi pensatori sono quelli che non hanno altro da fare.

> **A. Casiraghi**

Al boia maldestro s'annoda il capestro.

> **Bertoldo**

I regali che fai a tua moglie, non sono azzeccati mai quanto quelli che il tuo vicino fa a sua moglie.

> **A. Block**

Possibile che non ci sia neppure una cosa in cui sia l'Europa a doversi adattare all'Italia.

> **F. Fontanini**

Sono uno dei pochi cretini che sappiano di esserlo. Di più non posso fare.

> **P. Caruso**



Se le sue labbra sono infuocate e lei trema fra le vostre braccia: ha la malaria.

> **J. Kennon**

È spesso difficile distinguere fra uno intelligente e uno che ti dia ragione.

> **G. Monduzzi**

A un pettegolezzo si perdona che non possa essere vero, ma non che non sia piccante.

> **M. Vassalle**

Il sesso a una certa età è come i soldi: non dà la felicità, ma calma i nervi.

> **F. Fontanini**

A una donna sia che conceda i suoi favori, sia che li neghi, fa piacere che gli vengano chiesti.

> **Ovidio**

Il rimpianto è un passatempo per i buoni a niente.

> **O. Wilde**

Siamo un popolo di rivoluzionari che vorrebbe fare le barricate con i mobili altrui.

> **E. Flaiano**

Mi stimi molto, lo so che pretenderesti più di trenta dollari.

> **S. J. Lec**

È un uomo soddisfatto di sé, bello, bravo, intelligente, che ha fatto tutto da solo.

> **F. Fontanini**

L'ingegnosità ha una fresca innocenza a cui bisogna offrire un sorriso di simpatia

> **M. Vassalle**

# Sostenete e diffondete Cuore e Salute

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

- ☺ La quota minima annuale per ricevere **Cuore e Salute** in qualità di **Aderente** è di € 20,00.
- ☺ Con un contributo di € 30,00 anche gli **Aderenti** alla Fondazione, possono richiedere il volume degli Atti del Congresso o gli Atti online.
- ☺ Coloro che desiderano offrire **Cuore e Salute** ai loro amici, debbono fornire l'indirizzo del destinatario unitamente al versamento della quota d'iscrizione. Sarà cura della segreteria informare dell'avvenuto omaggio (\*).



## MODULO PER ISCRIVERSI ALLA FONDAZIONE O PER ISCRIVERE UN AMICO

DESIDERO:  ISCRIVERMI  RINNOVARE L'ISCRIZIONE  ISCRIVERE UN AMICO AL

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

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 **Cuore e Salute** .....

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

- VERSAMENTO SU C/C POSTALE N°64284003
- BONIFICO BANCARIO IBAN IT 56 Y 01005 03213 000000012506  
c/o BANCA NAZIONALE DEL LAVORO - Ag.13 - V.LE BRUNO BUOZZI 54, ROMA
- ASSEGNO NON TRASFERIBILE
- CARTA DI CREDITO CIRCUITO VISA (COMUNICANDO NUMERO E SCADENZA).

## AI NOSTRI LETTORI

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

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

# LA NOSTRA RICERCA HA BISOGNO DEL TUO SOSTEGNO

I nostri studi mirano ad acquisire maggiori e migliori conoscenze sui fattori di rischio che determinano l'infarto allo scopo di mettere a punto tecniche diagnostiche e terapie sempre più personalizzate. Sappiamo infatti quali sono i fattori che favoriscono la comparsa di un infarto, ma questi non possono dirci se l'evento si svilupperà tra un mese, tra un anno, dieci anni o mai, perché non conosciamo ancora gli stimoli che fanno precipitare la situazione. Le cause che possono determinare un improvviso passaggio da una situazione di stabilità della malattia coronarica verso l'instabilità, e quindi l'infarto, sono verosimilmente molteplici.

**La loro individuazione rappresenta attualmente un nostro obiettivo di ricerca strategica cruciale per sviluppare nuovi, specifici ed efficaci strumenti di prevenzione e terapia. È quanto ci prefiggiamo con lo studio Opposites, ideato da noi e condiviso dall'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) e dalla Fondazione per il Tuo Cuore. Focus di questa innovativa ricerca clinica è l'identificazione di nuove opportunità terapeutiche nella prevenzione della patologia cardiovascolare.**



## Sostieni la nostra ricerca

Puoi farlo con un semplice versamento intestato a **Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus**, tramite:

- **c/c postale** n. 64284003
- **bonifico bancario:** IBAN IT 56Y 01005 03213 000000012506  
Banca Nazionale del Lavoro - Ag. 13 - Viale B. Buozzi 54, 00197 Roma
- **assegno non trasferibile**
- **carta di credito** (circuito VISA) comunicando alla nostra segreteria il numero e la scadenza.

### Vantaggi fiscali:

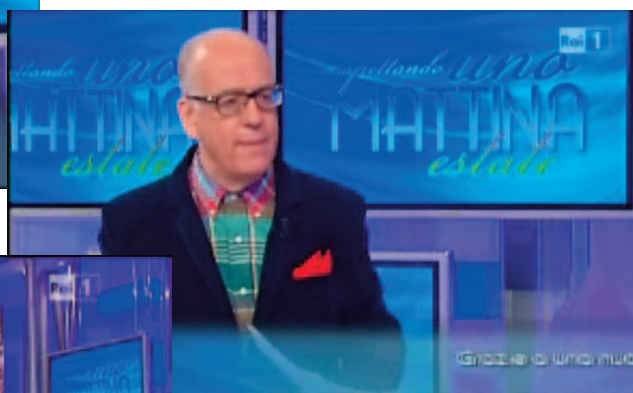
In quanto Onlus, ogni donazione a favore della Fondazione Centro per la Lotta contro l'Infarto è fiscalmente deducibile ai sensi della legge 80/2005, fino al 10% del reddito complessivo del donatore, per un massimo di 70.000 euro l'anno. Ai fini fiscali, è necessario conservare la ricevuta del versamento.

Per maggiori informazioni: [www.centrolottainfarto.it](http://www.centrolottainfarto.it)

*Grazie di cuore*

# FRANCESCO PRATI INTERVISTATO DA GUIDO BARLOZZETTI

**Aspettando UnoMattina estate - Rai1**  
**Lunedì 6 giugno 2011**



*«Grazie ad una nuova tecnica di visualizzazione si può scrutare il cuore “dall’interno”.  
È sempre più vicino il momento in cui si riuscirà a prevedere l’infarto».»*

**Per seguire l'intervista e sostenere la ricerca della Fondazione**  
**[www.centrolottainfarto.it](http://www.centrolottainfarto.it)**