CUORE & Salute

Cane e padrone

ANNO XXX

N. 7-8-9 LUGLIO-AGOSTO-SETTEMBRE 2012

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

Una pubblicazione del:

Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Prosegue la campagna del ***Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus***
"Se ami il tuo cuore ti ricambierà!" in collaborazione con la **Provincia di Roma.**
Di seguito una foto gallery degli incontri avvenuti nei mesi di Giugno e Luglio nei **Centri Anziani di Vicovaro, Velletri e San Polo dei Cavalieri.**

Incontro del **6 giugno 2012** al **Centro Anziani di Vicovaro** con la Dott. ssa *Antonella Labellarte*

Incontro del **14 giugno 2012** al **Centro Anziani "Cav. Rodolfo Tosti" di Velletri** con il Prof. *Francesco Prati*

Incontro del **4 luglio 2012** al **Centro Sociale Anziani di San Polo dei Cavalieri** con il Dott. *Filippo Stazi*

Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus
Cogito per prevenire
www.centrolottainfarto.it

PROVINCIA DI ROMA
Assessorato alle politiche Sociali e per la Famiglia
www.provincia.roma.it

Cuore e Salute è una pubblicazione del

Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Presidente
Francesco Prati

Presidente onorario
Mario Motolese

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.

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

Direttore Responsabile
Franco Fontanini

Capo Redattore
Filippo Stazi

n. 7-8-9 sommario 2012

www.centrolottainfarto.it
cuoreesalute@centrolottainfarto.it

Direttore Responsabile
Franco Fontanini

Vice Direttori
Eligio Piccolo
Francesco Prati

Capo Redattore
Filippo Stazi

Coordinamento Editoriale
Marina Andreani

Redazione
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)

Anno XXX
n. 7-8-9 Luglio-Agosto-Settembre 2012
Poste Italiane SpA - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art 1, comma 1, C/RM/113/2004 Pubblicazione registrata al Tribunale di Roma il 3 giugno 1983 n. 199

Associata Unione Stampa Periodica Italiana

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

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

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

Se ami il tuo cuore ti ricambierà CLI 196

Cane e padrone Filippo Stazi 197

Chi si ferma è perduta Eligio Piccolo 199

È possibile la paleostoria della medicina? Franco Fontanini 201

La palla di Tiche
Giacometti, forzato all'arte Franco Fontanini 205

• *Rettifica sul caso Morosini [E.P.]* 208

Stili di vita
Processo a Solitudine Bruno Domenichelli 209

Qualche secondo di buon umore 213

Il cuore nell'Africa sub-sahariana Eligio Piccolo 214

•*Bambino obeso bambino iperteso [V.C.]* 216

La "rivincita" delle Erbe. Fitoterapia e malattie cardiovascolari Alberto e Piero Dolara 217

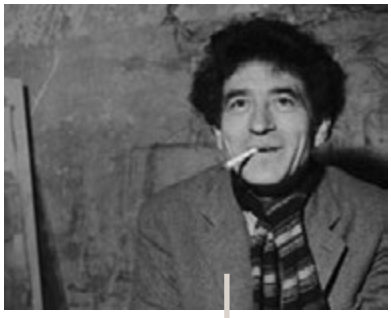
• *Gli schermi che invece non ci proteggono [E.P.]* 220

Dal Congresso Conoscere e Curare il Cuore 2012
La coronarografia non fa più paura: ridotte le complicanze maggiori, permangono quelle legate alla puntura arteriosa? Intervista di Filippo Stazi a Orazio Valsecchi 221

Denervazione dell'arteria renale mediante ablazione nel trattamento dell'ipertensione arteriosa: realtà o fantasia? 225
Intervista di Filippo Stazi a Massimo Volpe

La ricerca del CLI 229

p. 199



p. 205

p. 249

E tu ce l'hai l'enzima? Salvatore Milito 231

Lettere a Cuore e Salute 234
- *Il rumore della valvola, Eligio Piccolo*
- *Scintigrafia, Francesco Prati*

Conoscere e Curare il Cuore 2013 237

Quaderno a Quadretti Franco Fontanini 241
- Il messaggio di Max
- L'ultima cena del Dottor Ottavio
- Il fisco degli Anacoreti

• ***Lo sport che causa il flutter [E.P.]*** *245*

Lettera aperta a *Cuore & Salute* 246

News

Aggiornamenti cardiologici Filippo Stazi 247

Il Leone di S. Marco fra mito e storia 249
Fabio Zampieri e Gaetano Thiene

Aforismi 254

Preghiera di Sir Robert Hutchinson

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

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

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

Se ami il tuo cuore ti ricambierà!

Come forse i nostri lettori ricorderanno il 15 dicembre dello scorso anno presso la sede della Provincia di Roma in via IV novembre è stata presentata la Campagna di Informazione, Sensibilizzazione, Educazione alla Prevenzione dell'Infarto e delle Malattie Cardiovascolari organizzata in collaborazione dal Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus e dalla Provincia di Roma.
La campagna è diretta a diffondere la cultura cardiologica soprattutto per quanto riguarda la prevenzione e la diagnosi precoce delle malattie di cuore. Per raggiungere questo obiettivo il progetto ha scelto come uditori privilegiati i centri anziani e le scuole della provincia. Tale scelta non è stata ovviamente casuale. Gli anziani sono, infatti, coloro che, per ragioni anagrafiche, sono a maggior rischio di problemi cardiaci o che, sfortunatamente, hanno già avuto esperienza diretta di tali malattie. I giovani, invece, sono quelli che, avendo tutta la vita ancora davanti a sé, possono trarre il massimo beneficio dalle misure di prevenzione. Gli studenti, inoltre, possono essere il tramite per giungere ai loro genitori, membri di una generazione che, intrappolata nei ritmi sempre stringenti della vita, è spesso difficilmente raggiungibile dalle campagne di sensibilizzazione di questo tipo.
Al termine della complessa fase organizzativa il progetto è finalmente diventato operativo con l'inizio degli incontri nelle sedi dei Centri Anziani che, tramite i loro Presidenti, ne hanno fatto richiesta. In tali incontri il personale medico ed amministrativo del Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus si è recato nelle sedi richiedenti per informare i presenti e confrontarsi con i loro dubbi e le loro esigenze. Nel corso dei mesi scorsi di giugno e luglio si sono già tenute tre riunioni rispettivamente a Vicovaro, Velletri e San Polo dei Cavalieri che hanno riscosso notevole successo.
In tutti gli incontri si è ribadito il concetto cardine che i progressi della medicina e della ricerca sono necessari ma che non sono sufficienti se non sono accompagnati anche da una diffusa consapevolezza dell'importanza di uno stile di vita sano, attento alla cura della propria salute ed alla prevenzione delle malattie. Inoltre, oltre a condurre una vita sana ed equilibrata, è bene che anche coloro che non si ritengono a rischio si sottopongano ad analisi e controlli periodici essenziali per la prevenzione, la diagnosi precoce delle malattie del cuore e per mantenersi attivi ed in efficienti condizioni di forma fisica. Altri incontri sono in programma nei prossimi mesi.
Rinnoviamo inoltre l'invito ai Presidenti dei Centri Anziani ed ai Presidi delle scuole della Provincia di Roma di contattare il Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus per informazioni e per organizzare gli incontri.

F.S.

Cane e padrone

di **Filippo Stazi**

Sono anni che lo incontro. Non so chi sia e nemmeno come si chiami ma sicuramente deve vivere qui vicino perché molto spesso mi capita di vederlo. Non so perché ma quell'anziano signore, così distinto, così sempre elegantemente vestito ha sempre attirato la mia attenzione. Nella mia mente l'immagine che ho di lui è mentre cammina a passo veloce, sempre da solo, un giubbetto di renna chiaro sopra un paio di pantaloni di velluto avana. Ai piedi le scarpe Duilio scamosciate marrone chiaro. Mi ha sempre così interessato che ogni volta che le nostre strade si incrociano lo osservo cercando ovviamente di non farmi notare. E così osservandolo in lui ho visto o almeno mi è sembrato di vedere, gli effetti dello scorrere del tempo. Soprattutto a partire dallo scorso anno ho cominciato a notare un suo cambiamento. Continuava sempre a camminare per il quartiere ed a mantenere la sua eleganza ma lo sguardo era un po' più spento, il passo un po' più stanco. Inevitabilmente si è fatta largo in me una sorta di preoccupazione per lui: sarà malato? avrà avuto un dispiacere?

Da un po' di tempo, invece, mi è gradualmente sembrato di vederlo tornare quello di prima: il passo più baldanzoso, lo sguardo più viv o, i lineamenti del volto più distesi. La cosa mi ha rallegrato e credo di averne capito il motivo.

Da qualche mese infatti non è più solo quando cammina per le strade. Accanto a lui c'è ora un grosso cane, di una razza che non saprei definire, probabilmente un incrocio di tante progenie differenti.
Auguro a lui ed al suo amico a quattro zampe ancora tante lunghe, lunghissime passeggiate.
L'importanza degli animali domestici è d'altronde confermata da diversi studi che hanno mostrato come la sopravvivenza dei pazienti con cardiopatia ischemica sia superiore in coloro che possiedono un animale domestico rispetto a quei pazienti che non hanno invece accolto un animale in casa. Una possibile spiegazione di questo effetto benefico potrebbe derivare da una recente ricerca giapponese apparsa sull'American Journal of Cardiology che ha mostrato come tra 191 soggetti con un'età media di 70 anni coloro che possedevano animali presentavano un'aumentata variabilità della frequenza cardiaca che è notoriamente un indice prognostico favorevole. L'effetto positivo dato dalla compagnia di un amico animale potrebbe quindi essere mediato da un miglior controllo della regolazione del sistema nervoso del cuore. Che dipenda effettivamente da questo o semplicemente dall'effetto benefico di volere bene a qualcuno, essere umano o animale, e di esserne ricambiato non abbiamo alcun dubbio a raccomandare a tutti e specie a chi soffre di solitudine la compagnia di un bel cucciolotto.

Il ***Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus*** ringrazia in modo particolare per il generoso contributo:

Fulvio Camerini di Trieste

Carlo Pappone di Cotignola (RA)

Marino Scherillo di Benevento

Chi si ferma è perduta

di **Eligio Piccolo**

L'allocuzione originale, quella che si leggeva vistosa sui muri delle case coloniche negli anni ruggenti, era riferita ai maschi, specie ai giovani, che dovevano essere tetragoni contro ogni pigrizia e pronti per gli immancabili destini della Patria. Oggi invece è rivolta più sommessamente alle donne, quelle anziane, che sopravvivono spesso agli uomini, ma non sempre a certe malattie senili, specie le involuzioni mentali. Sulle quali oramai numerosi studi hanno segnalato un evidente rapporto con le malattie cardiovascolari e con i fattori di rischio che le facilitano. Spiace dover essere espliciti, ma quei disturbi psichici sono i parenti stretti delle demenze gravi e dell'Alzheimer. Sicché ogni attenzione va posta per combatterli e soprattutto prevenirli.

Si è deciso in primo luogo e da molti anni di curare le malattie del cuore e delle arterie, la pressione alta, il diabete e ogni altro disturbo metabolico. Nel nostro mondo evoluto fortunatamente tutto ciò lo si è fatto abbastanza bene e ad ogni livello, ma i risultati ai fini di un buon invecchiamento non sono così risolutivi come si vorrebbe.

Qualcuno ha proposto addirittura farmaci "miracolosi" che dovrebbero riassestare in qualche modo le cellule cerebrali in disfacimento, sui quali però manca la prescrizione gratuita ma anche la dimostrazione che siano più efficaci dell'aquafontis. Insomma, si sta attuando tutta una serie di attenzioni mediche e cosmetiche tranne quelle che per essere troppo banali, ma anche piuttosto scomode, le lasciamo nel retropensiero, dove vengono facilmente dimenticate. Esse sono invece le più logiche poiché legate ai cambiamenti della nostra vita negli ultimi 100 anni: si vive di più, si mangia troppo e si consuma poco.
Non sorprende quindi che gli studi recenti come il Women's Antioxidant Cardiac Study e l'Health ABC (Arch Intern Med 2011) abbiano constatato che la migliore prevenzione per la regressione cognitiva, ossia le demenze e l'Alzheimer, sia l'attività fisica. Con r isultati tanto più e videnti, specie nelle signore, quanto più esse impegnano il loro corpo nel camminare, nello sport, nello yoga e nelle palestre varie. Quelle che ho citato non sono certamente le uniche ricerche scientifiche, ma solo le ultime, perché a scoprire quello che oggi sembra l'acqua calda si sono mossi in molti e da ultimo anche gli esegeti della materia bianca e della mat eria grigia cerebrali. I quali ci stanno precisando perfino le parti nel nostro cervello che subiscono le maggiori involuzioni nei pazienti sofferenti di gravi amnesie o di demenze. L'attenzione è rivolta all'ippocampo, una zona dell'encefalo che gli anatomici del passato, sempre suggestionati dai confronti con altre specie animali, comparavano per la sua forma al cavalluccio marino. Il quale, si capisce, non ha nulla a che vedere con le funzioni che i fisiologi per tanti anni hanno ricercato e che finalmente stanno individuando proprio nella nostra capacità di ricordare e di coordinare il tutto.
Siamo quindi in grado, oggi più di ieri grazie a queste esperienze teoriche e pratiche, di dover raccomandare agli anziani, e soprattutto alle anziane che vogliono vivere a lungo e senza badanti, di darsi una mossa e di farlo per tempo, perchè chi si ferma dà ragione alla tanto criticata allocuzione.

È possibile la **paleostoria della medicina?**

di **Franco Fontanini**

Secondo gli antropologi, i nostri progenitori di millenni fa erano dei bassotti storti, pelosi e senza fronte, con un cervello che pesava meno della metà del nostro, instabili in posizione eretta, goffi nei movimenti, capaci solo di emettere grugniti.
Speriamo che la tradizione darwiniana abbia esagerato. Se erano tanto maldestri come riuscivano ad essere più rapidi delle prede che dovevano catturare per sfamarsi? Non esiste nessuna prova che anche i progenitori dei conigli e dei fagiani fossero a loro volta lenti nella corsa e nel volo: non deve essere stato facile campare di caccia e di pesca.
Poiché lo sviluppo fisico e intellettuale viene attribuito principalmente alle proteine alimentari, è poco verosimile che gli uomini evoluti si nutrissero solo con vermi e radici.
Dopo aver abitato non si sa quanti anni nelle caverne, dove avranno trovato l'inventiva per costruire, tremila anni fa, le piramidi che rimangono un mistero architettonico, il teatro di Epidauro dall'acustica ineguagliata? E se erano brutti come li descrivono come avranno fatto, parecchi secoli a.C., a modellare fusti bellissimi come gli eroi greci?

Pietra dipinta della Valle del Cismon che risalirebbe ad oltre dodicimila anni fa. Raffigurerebbe un uomo in marcia.

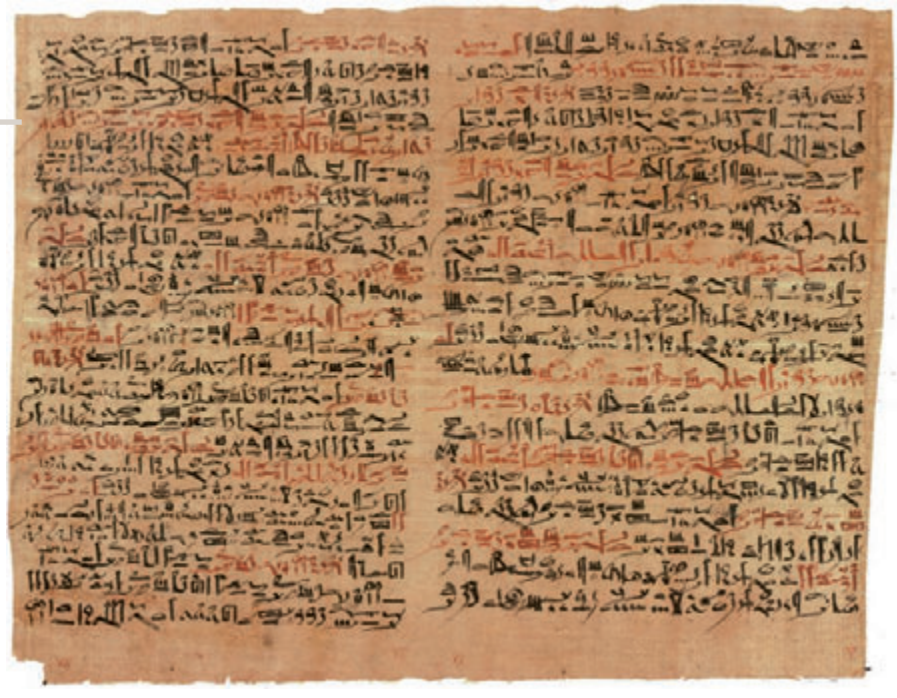
Non si può pensare che un bel mattino un cavernicolo stufo della sua grotta abbia deciso di farsi la casa. Certamente fra la caverna e la casa intercorrono un numero imprecisato di millenni, nondimeno qualche incongruenza rimane, perché le generazioni di uomini che coprono un millennio non sono moltissime. Giovanni Mosca ce lo dimostrò quando eravamo ragazzi col gioco del girotondo. Immaginò che suo padre desse la mano a Giosuè Carducci, Carducci a Lincoln, Lincoln a Napoleone, Napoleone a Jonathan Swift, Swift a Newton, Newton a Carlo I e già arriva al '600. Proseguendo la catena, al cinq uantaseiesimo anello metteva Settimio Severo, a quello numero cinquantasette Adriano, al cinquantotto Tacito, al cinq uantanove Messalina e all'anello numero sessanta Gesù Cristo. Con una sessantina di persone andava indietro di venti secoli. Se allunghiamo la catena con altrettanti anelli si entra nella tenebra della preistoria.

Il gioco voleva dimostrare quale piccola cosa sia in fondo la nostra storia, almeno per quel poco che ne sappiamo.

La centoventesima mano del gioco del girotondo avrebbe dovuto essere quella villosa di un selvaggio a metà uomo e a metà scimmia, però sappiamo anche che fra i suoi contemporanei ve ne erano di avvezzi a bere d'estate vini bianchi della Mesopotamia tenuti in fresco nelle cantine, in frigidaire di neve pressata. E diecimila anni ancora più indietro quelle mani pelose trapanavano la testa degli ammalati.

Adoperavano selci perché il ferro ancora non c'era, ma le usa vano con perizia, in modo da non ledere le meningi.

Avevano anche intuito il punto da trapanare



Papiro di Ebers

con minor rischio, ed è sconcertante che egizi e aztechi, senza essersi mai conosciuti, lo facessero nello stesso modo.
Non si sa perché trapanassero i crani, ma sono certe due cose, non pochi sopravvivevano come si può vedere dall'osso rigenerato e molti sopravvissuti stavano meglio. Se così non fosse stato non avrebbero insistito a trapanar teste per più di seimila anni.
Molte cose rimangono da chiarire, ad esempio perché questi nomadi, in perenne lotta per sopravvivere, avevano tanta cura degli ammalati?
Di questo abbiamo una testimonianza inconfutabile. A Columnata, nell'Africa settentrionale, ottomila anni fa una giovane fu coinvolta in un grave incidente e se la cavò con molte ossa rotte fra le quali alcune vertebre. Sopravvisse e, ancorché paraplegica, fu assistita e curata per molto tempo. Che sapessero aggiustare le ossa lo si vede dalle tante fratture consolidate in posizione corretta e ciò non sarebbe avvenuto senza il sussidio di appropriati apparecchi di contenzione.
Probabilmente non erano violenti. Per trovare il primo cranio fracassato da una bastonata bisogna avvicinarsi a noi di millenni. Non dovevano essere neppure sprovveduti se pensarono di sostituire l'infanticidio con la circoncisione.
L'antico rito imponeva ai padri di sacrificare il figlio primogenito alla divinità, ma si sa che al posto di Ifigenia venne sacrificata una cerva e che Abramo pensò bene di immolare un ariete anziché il figlio Isacco.
Anche il popolo eletto ritenne che il rito fosse egualmente rispettato se invece di tutta la vittima si sacrificava solo una parte. Per non intaccare la sacralità del rito venne scelto l'organo della procreazione, ma con l'accorgimento di non alterarne la funzione: la circoncisione anziché l'infanticidio, non male come idea. Altri popoli sacrificarono un dito oppure le trecce. Che la circoncisione fosse una pratica igienica imposta come ritualità sacra è una balla. Le nor me igieniche erano d'altro genere: diete, abluzioni, salassi, diuretici e soprattutto purganti e clisteri. Alcuni popoli si purgavano ogni mese, gli egizi per tre giorni consecutivi.
Non saranno stati belli ma avevano cura del loro corpo fino alla vanità. Nel papiro di Edwin Smith, uno dei più vecchi, vi sono ricette di cosmetici desunti da antichissime tradizioni, in quello di Ebers c'è persino la ricetta di una pomata per arrestare la caduta dei capelli. Le donne dei sumeri usavano profumi e si truccavano gli occhi, facevano il bagno nelle tinozze piene di birra convinte che questa rendesse splendenti i capelli e morbida la pelle. Si pulivano anche i denti che avevano più sani dei nostri, la carie comparve verso la fine del neolitico.
Ci sono stati antropologi fantasiosi che da un osso desumevano oltre alla dieta, l'intelligenza, il colore degli occhi, se era democratico o con mentalità oligarchica.
Le loro ossa non erano gran che diverse dalle nostre nella forma e nella struttura e si ammalavano delle nostre stesse malattie. Su 235 vertebre di uomini del neolitico, recuperate nella necropoli di Loisy-en-Brie, ben 109 presentavano osteoporosi in una percentuale all'incirca uguale a q uella che a pari età si ritrova oggi in epoca di ci-

vilizzazione e di sedentarietà. Le metastasi ossee di tumori erano all'incirca frequenti come oggi.
Se arriviamo al tempo delle mummie troviamo altre prove che ci inducono a pensare che i nostri antenati non fossero tanto dissimili da noi.
Se i primi archeologi e antropologi erano in gran parte dilettanti volonterosi, la paleontologia degli ultimi cento anni, col sussidio dei controlli diagnostici attuali, ha consentito di acq uisire informazioni sulle malattie di antichi popoli come gli egizi. In una mummia di epoca tolemaica sono stati ritrovati parassiti intestinali, placche aterosclerotiche dell'aorta, periostite di due ossa della gamba destra da causa non precisabile, perforazione del timpano da otite media e silicosi polmonare.
Dalle mummie si è potuto vedere che già un paio di millenni prima di Cristo c'erano le così dette malattie della civilizzazione e del progresso non escluso l'infarto miocardico.
Nelle cronache del tempo è riportata la notizia di un alto cancelliere che avendo voluto partecipare ad una corsa veloce, morì sul traguardo a seguito dello sforzo. È stata ritrovata anche la sua mummia e si è visto che si trattava di un soggetto fra i 30 e i 40 anni con precoci alt erazioni coronariche. Un soggetto che oggi sarebbe stato dichiarato non idoneo allo sport agonistico. L'infarto è stato definito malattia del XX secolo ma si resta perplessi nel vedere che gli egizi di sangue reale che se la passavano dal punto di vista alimentare molto bene, avevano, dopo i trent'anni, le coronarie malandate come gli statunitensi di oggi.
Ha scritto qualcuno che se si vuol conoscere bene una persona o un popolo bisogna frugare nei suoi cassetti, nel sottoscala, in cucina, in camera da letto. Di aiuto ancor maggiore può essere vedere per quanto possibile di quali malattie soffriva, come mangiava, di quali medicine disponeva, come operavano i suoi medici.

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

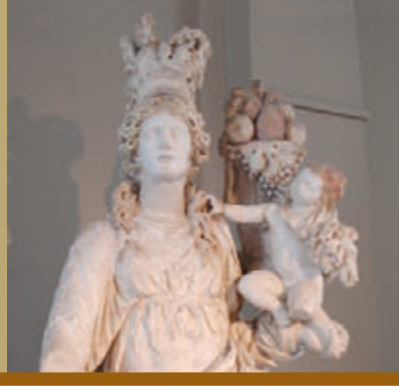
- *in ricordo di* **Giulia Cerretoni** *di Cerveteri*:
  la cognata Giuseppina Bartocci, amici e conoscenti

- *la famiglia, in ricordo di* **Giuseppe Passuello**
  di Zugliano (VI)

Foto di Stefano Di Carlo

La palla di Tiche

a cura di **Franco Fontanini**

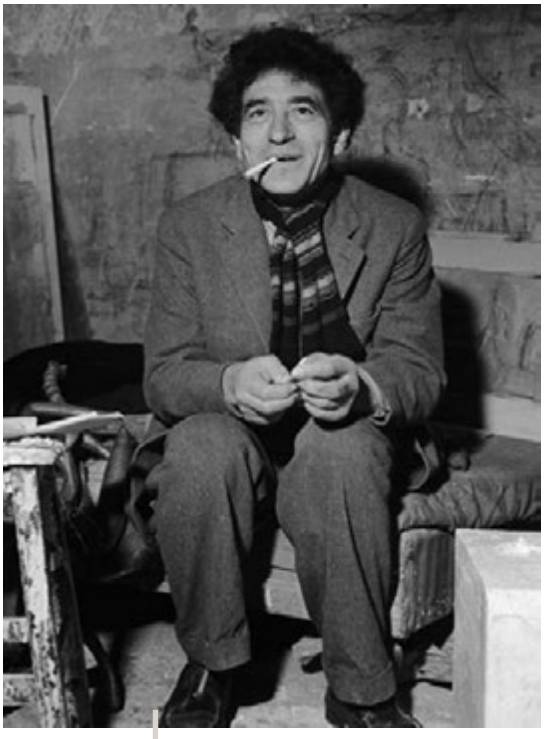


Tiche, imperscrutabile figlia di Zeus, amava giocare. Chi veniva colpito dalla sua palla moriva perchè il suo cuore cessava di battere.

*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.*

Giacometti, forzato all'arte

A Stampa, piccolo paese della Val Bregaglia, nei Grigioni, c'è una baita coi gerani fioriti nella scaletta d'ingresso come tutte le altre, divenuto un luogo di culto, inizialmente per i valligiani che avevano da decenni una devota ammirazione per Giovanni Giacometti e per i suoi figli, tutti pittori e scultori.
Poco distante, a Borgognone, c'è una chiesetta evangelica col piccolo cimitero accanto, simile a un giardinetto, dove i Giacometti sono sepolti da secoli.
In paese, nel museo della Valle, in una grande sala, sono raccolte pitture, sculture e documenti sulla loro vita. Alberto, il maggiore dei figli, legato come tutti i Giacometti al loro paese dove il padre, ammirando Segantini, si era convertito all'arte, vi ritornava per fugare le ricorrenti crisi di depressione e di sfiducia in sé stesso. Quando vi tornò per l'ultima volta veniva giudicato il più grande scultore contemporaneo.
Da ragazzo era scontroso, amante della solitudine, d'umore mutevole, passava giorni e giorni a modellare la stessa creta, sempre ingrugnito perché non riusciva a fare ciò che aveva in mente. Non cambiò da grande, perennemente insoddisfatto delle sue opere, si dichiarava un buono a nulla, un "ciopat", come nei Grigioni chiamano i grulli.



Alberto Giacometti

"L'uomo che cammina"

Quando lo sconforto era più violento si considerava un forzato, un forzato dell'arte condannato a dipingere e a modellare perché non avrebbe saputo fare niente altro.
Viaggiò per studiare i maestri del passato, Venezia, Padova, Bologna, Firenze, Assisi, Roma, subì l'attrazione dell'arte negra e primitiva, poi fu attratto dal surrealismo, dall'astrattismo, creava figure enigmatiche, costruzioni lineari immerse in un vuoto metafisico, senza però trovare la sua strada. A vent'anni andò a Parigi, all'Accademia della Grande Chaumière, a studiare con Bourdelle che influenzò profondamente la sua formazione, infine ritornò, solitario, alle ricerche figurative in modo ossessivo che lo condussero, dopo anni, alle figure tragiche scarnite, attonite, conturbanti, filiformi, con profili verticali, sempre più iperbolicamente allungate, che diverranno caratteristiche nella maturità del suo stile che raggiunse negli anni quaranta, creando un nuovo tormentato rapporto fra la figura umana e lo spazio che suscitò grande interesse fra i letterati, in particolare Sartre e Genêt che gli furono sempre vicini, seguendolo ad ogni suo passo. Sartre, che gli fece sovente da modello, gli dedicò un saggio rivelatore, "La ricerca dell'assoluto e la pittura di Giacometti".
Alcuni anni dopo, Palma Bucarelli scrisse un'esaustiva biografia, molto approfondita, che lo fece conoscere alla vigilia del premio alla biennale veneziana. Per documentarsi e penetrare la sua personalità, la Bucarelli andò a vivere per lunghi periodi a Parigi, negli ambienti dove Giacometti viveva e lavorava per frequentare il suo atelier, i caffè, le strade, gli amici, le donne che gli erano vicine, il ristorante dove mangiava a tarda notte facendo interminabili discussioni con i colleghi artisti.
Fece indagini approfondite sul suo carattere, i comportamenti, gli abiti disordinati, la capigliatura incolta, i maglioni, le rughe del volto mobilissime e mutevoli, gli entusiasmi, le delusioni, gli sconforti.
Giacometti era un conversatore sottile e caustico, sosteneva in modo affascinante tesi per ore e ore per poi demolirle una ad una con tesi contrarie. Faceva cene sempre uguali nello stesso ristorante, a base di uova sode e verdure, non era mai puntuale nelle consegne perché non voleva distaccar-

si dalle sue opere che correggeva in continuazione, viveva nel disordine, nella penombra di uno studio dove le vetrate fuligginose non lasciavano penetrare la luce e l'aria era sempre nebbiosa per il fumo delle sue innumerevoli sigarette e la polvere del gesso che si depositava su tutto.
Era capace di lavorare per mesi alla stessa tela, analizzando e modificando ogni più piccolo particolare, rendendo ogni sfumatura nervosa, sottile, sofferta, rigorosamente verticale. Il pomeriggio modellava, la sera dipingeva, nelle ore piccole incideva. Era un lavoratore instancabile, avrebbe voluto il mondo immobile, in posa, coperto dal pulviscolo grigio, invadente, rendendo l'ambiente monocromo come il suo studio.
Quando le crisi ricorrenti gli facevano perdere ogni speranza, incapace di esprimersi, sconvolgeva tutto, distruggeva molte opere, per fuggire al paese natale, nella solitudine del Maloia.
La Bucarelli ha descritto in modo anticonvenzionale e illuminante le sue figure allungate che camminano come "se fossero in bilico su un filo" e procedono insieme, con l'esitazione dei ciechi quando avvertono il vuoto che hanno intorno.
Il rapporto tra figura e spazio nelle opere di Giacometti va inteso come dimensione insondabile del vuoto che isola l'uomo e lo riduce a figura larvale che sembra chiedere "se si può andare avanti così".
Quelle figure sottili e al tempo stesso forti, per Giacometti rappresentano l'equilibrio precario dell'essere umano.
Il carattere più evidente della sua natura di uomo e di artista, disse Sartre, è l'incertezza, ciò che raffigura è molto complicato, mutevole, non sempre decifrabile, costantemente angosciante.
L'apprezzamento della sua opera, a lungo ristretta ad ambienti elitari, a partire dagli anni cinquanta, con il ritorno al figurativo, si estese progressivamente imponendosi alla universale ammirazione.
Il fascino esistenziale della sua opera, pressoché totalmente dedicata alla figura umana, fece dire a Proust che Giacometti ci ha regalato un mondo nuovo, inesplorato, imprevisto, conturbante e dolorosamente vero. Grazie alla sua arte, oggi, invece di vedere un solo mondo, lo vediamo moltiplicato all'infinito.
Sempre schivo, lontano da tutto ciò che è promozionale, Giacometti cela sempre alcuni aspetti indecifrabili e misteriosi.
Qualche contributo alla sua conoscenza l'ha portato recentemente un'artista napoletana, Paola Carola, vissuta a Parigi che conobbe Giacometti e gli commissionò un suo

Paola Carola con il busto di Giacometti

busto e soprattutto posò a lungo perché le tre ore settimanali concordate non bastavano per giungere a termine.
Il delizioso libre tto dal tit olo "Monsieur Giacometti, vorrei ordinarle il mio busto", è una novità recente, finissima che oltre a descrivere con particolarità le lunghe sedute nonché molte vicende personali, possiede l'originalità che lo differenzia dagli altri: normalmente gli artisti che studiano il modello, lo interpretano e lo generalizzano, in questi libro avviene l'inverso, è la modella che guarda l'artista mentre lavora, lo studia e lo descrive, rivelandone aspetti ignorati.
Giacometti non gradiva che la sua opera venisse collocata all'esterno. In questi ultimi anni, la copia gigantesca di una sua statua è stata trasformata oltraggiosamente in manichino in una mostra allestita da uno stilista milanese, che opportunamente, ha dovuto subito smontarla.
Il premio alla XXI Biennale di Venezia e il premio Guggenheim l'anno successivo, hanno confermato la genialità di Giacometti. La stima delle due prime donne della critica d'arte, la Bucarelli e la Guggenheim l'ha fatto conoscere al mondo intero.
Quando morì, a Coira, nel 1966, a sessantacinque anni, stroncato dal tumore al polmone causato dalle sue ininterrotte sigarette, era considerato il maggiore artista del nostro tempo.

Rettifica sul caso Morosini

Contrariamente a quanto era stato comunicato dalla stampa dopo i primi accertamenti microscopici nel cuore apparentemente normale del calciatore Morosini, che si era accasciato improvvisamente sul campo del Pescara, non si è trattato di una miocardite, ossia un'infiammazione, ma di una cardiomiopatia rara. Anzi, per essere precisi, ben nota ai cardiologi italiani che ne sono stati gli scopritori, ma ancora mai vista nella forma che ha colpito lo sventurato atleta. La malattia è una degenerazione che trasforma parte del muscolo del cuore in grasso e cicatrici, che diventano sede e fonte di aritmie mortali. Essa si manifesta quasi sempre e solo nel ventricolo destro, da cui il nome di Cardiomiopatia Aritmogena del Ventricolo Destro, raramente anche nel sinistro. In tutto il mondo è conosciuta come una malattia prevalentemente italiana, ubicata soprattutto nel Veneto dove i ricercatori padovani sono fra i maggiori esperti. L'ulteriore rarità in Morosini è stata la constatazione che non il destro, ma solo il sinistro era colpito, in un modo così circoscritto da rendere impossibile la diagnosi nei ripetuti controlli praticati al calciatore in vita. I patologi romani e padovani, che sono giunti a queste conclusioni, segnaleranno in sede opportuna questo nuovo aspetto subdolo della cardiomiopatia, che sfugge agli ECG e agli Ecocardiogrammi praticati nei controlli sportivi.

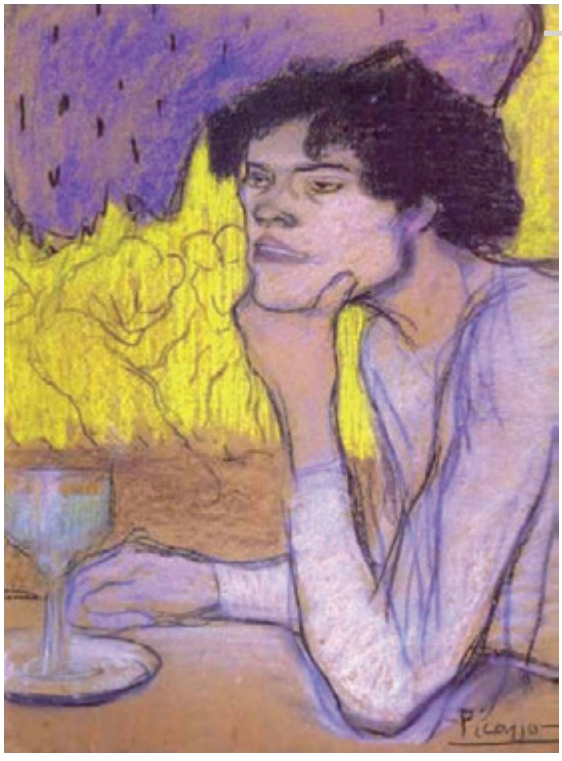
E.P.

Processo a Solitudine

di **Bruno Domenichelli**

L'aula era quella grigia ed oppressiva di un tribunale.
Sul banco degli imputati sedeva Solitudine. Era giovane, sorridente e aveva occhi luminosi. Nonostante la spietata arringa del pubblico ministero contro di lei, appariva stranamente tranquilla.
L'imputata non sembrava godere di molte simpatie fra la gente. La guardavano con diffidenza, come affetta da una malattia contagiosa, da un male oscuro venato di asocialità. Una consapevole scelta di vita, che molti ritenevano generata da narcisismo e da autosufficienza e che l'avrebbe portata - dicevano - al rifiuto di ogni possibile relazionalità.
Intanto il pubblico ministero continuava ad accanirsi, portando contro Solitudine testimonianze apparentemente inappellabili. Contro il vivere solitario – disse – si pronuncia anche la Bibbia, che afferma che: *"Due stanno meglio di uno... Guai a chi cade quando non c'è chi lo rialzi" (Ecclesiaste 4, 9-10)*.
Alla successiva citazione di Cechov, secondo il quale *"i solitari spesso vedono il diavolo dove non c'è"*, fra il pubblico, che aveva fiutato odore di zolfo, ci fu un conato di applauso, subito sedato dal giudice.
Poi il pubblico ministero si dilungò a trattare gli inquietanti rapporti fra la solitudine e la depressione nervosa, sostenendo che la tristezza indotta dall'indugiare nella solitudine, apre le porte alla depressione.

C.D. Friederich. *Viandante su mare di nebbia* (1818)



P. Picasso. *La bevitrice di Assenzio* (1901)

E a riprova citò Ovidio: *"Tristis eris si solus eris"*. L'isolamento – disse – è un sintomo frequente delle psicosi, nelle quali la solitudine si aggira lungo le vie labirintiche di alienazioni senza uscita. Luoghi dolorosi dove i pensieri si aggrovigliano in percorsi inestricabili. E citò ad effetto Cesare Pavese che, prima di cedere al disperato epilogo della sua vita, aveva confidato al suo diario che: *"la vera solitudine è una cella insopportabile"*.

Giocava contro l'imputata anche un pesante immaginario collettivo che vede la solitudine come rifugio passivo costruito volontariamente nell'animo, nel quale alimentare sprezzanti indifferenze nei confronti del prossimo.

Il pubblico ministero chiuse la sua requisitoria citando ancora la testimonianza di Pavese, secondo il q uale: *"la massima sventura è la solitudine"*. In aula il pubblico prese a r umoreggiare, ormai palesemente convinto della pericolosità sociale dell'imputata.

In un' atmosfera di crescente ostilità, si alzò allora il dif ensore. Esordì cit ando il recentissimo parere (2011) di un famoso psichiatra, Eugenio Borgna, secondo il quale è innanzitutto necessario distinguere *"fra la solitudine interiore, o solitudine creativa, e la solitudine-isolamento o solitudine dolorosa, due immagini radicalmente diverse dell'essere solo... La* ***solitudine interiore*** *o* ***creativa*** *è premessa di ogni colloquio... con la propria coscienza..., aperta alla solidarietà..., alla trascendenza..., che ci aiuta a vivere meglio la vita di ogni giorno, facendoci distinguere le cose essenziali della vita..."*.

Luogo dove: *"avvertiamo l'importanza della riflessione e della meditazione..."* La solitudine interiore *"ci porta... ad essere in consonanza con i valori della vita e della solidarietà.. Come oasi, pausa dalla quale rinasce e si rinnova ogni volta il dialogo infinito con se stessi e con gli altri... Sono le ore, o le giornate in cui le parole poetiche... sono balsamo per le ferite della vita."*

"La ***solitudine-isolamento*** *o* ***solitudine dolorosa*** *invece... non è scelta volontaria, ma conseguenza di malattie del corpo o psicopatie..., lutti o perdite di relazioni umane. È una forma negativa di solitudine, caratterizzata dall'indifferenza e dal disinteresse verso il destino degli altri-da-sé... in cui l'io diviene monade senza porte e senza finestre in un deserto emozionale senza rimedio..."*.

Poi il tono del difensore si fece solenne. Rivolto provocatoriamente verso il pubblico, disegnò un quadro impietoso degli stili di

vita degli uomini che nell'attuale società si ritengono vincenti. Parlò allora di coloro che credono di essere maestri nel sapere come comportarsi nella vita per raggiungere il successo sociale, ma che non si accorgono di essere stati privati di ogni libertà decisionale. Come automi ordinatamente in marcia verso la totale massificazione dell'essere, pronti a sacrificare ogni originalità del pensiero al vit ello d'oro del conformismo. Vittime inconsapevoli di una generalizzata coazione all'omologazione intellettuale, di un'acritica infatuazione per miti collettivi i cui idoli sono gli eroi vuoti ed effimeri di un quotidiano troppo affollato, che giorno dopo gior no consuma ogni residuo di individualità.

Il discorso del difensore sembrava aver perso ogni attinenza con i capi d'accusa contro Solitudine, t anto che il giudice lo r ichiamò ad attenersi a temi più pertinenti.

"L'attinenza sarà presto chiarita - ribatté il difensore. È infatti proprio per resistere all'avvilimento di q uesta progressiva rinuncia a se stessa che la mia assistita si è coerentemente attenuta al proprio stile di vita, che la portava a ricercare nella solitudine interiore i sensi più aut entici dell'individualità dell'essere. Solitudine come stato d'animo privilegiato per provare la vertigine delle proprie profondità, altrimenti insondabili. Per percorrere controcorrente il flusso omologato delle idee che sembra essere oggi la via maes tra per il successo. Per essere fedele all'ammonimento di Leonardo da Vinci che raccomandava: *Sii solo e sarai tutto tuo*.... Una solitudine intellettuale che non è invito alla rinuncia del mondo, ma a costruire la propria vita senza condizionamenti."

"Persino i tiranni - proseguì l'avvocato - temono la solitudine, alla quale preferiscono le adunate oceaniche, perché sanno che nella solitudine viene alimentato l'orgoglio dell'indipendenza del pensiero e che è nel silenzio della propria interiorità che maturano i germi della ribellione. E per quanto riguarda l'accusa di pericolosità sociale, visto che l'accusa ha citato la Bibbia, è stato anche scritto: *Amate il prossimo come voi stessi.* Ma per riuscire meglio ad amare il prossimo do vremo innanzitutto conoscere ed amare noi stessi, riscoprendoci nei momenti della solitudine. Conoscere se stessi, anche nelle proprie debolezze, è premessa per aprirsi all'altro."

Nell'aula era sceso un irreale silenzio. Molti stavano forse cominciando a capire che la solitudine può anche essere il luogo sacro dove finalmente riprendere il dialogo con la propria anima, interrotto tanti anni prima, quando ancora la vita aveva il gusto della primavera.

Infine parlò lei, Solitudine, con voce calma e decisa.

"Alcune delle gioie più int ense della mia vita - esordì - le ho vissute in esaltante solitudine; momenti in cui ogni avvenimento assumeva colori più nitidi e vibranti. La mia migliore difesa di oggi è il fare partecipe ognuno di voi di questi momenti".

I momenti dell'amore, nei quali essere soli coincide con l'essere *Noi*, nel paradosso apparentemente contraddittorio di una solitudine che attinge la sua perfezione solo se vissuta *insieme*.

I momenti della lettura e della creatività, vissuti in una solitudine capace di moltiplicare gli echi del pensiero; in cui il silenzio scandisce il flusso delle idee. Momenti dello stupore dell'anima, nel dialogo solitario con la voce interiore che mi confidava cose sconosciute anche a me stessa. Momenti di estrema lucidità, in cui osservavo ogni idea emergere dal profondo e assumere nuova vita, cristallizzata sul foglio. Momenti in cui incontravo la poesia, che mi aiutava a trovare anche nel quotidiano bellezze insperate e verità insospettate. Momenti in cui imparavo ad entrare in risonanza con le voci di chi nella vita danzava e soffriva accanto a me. E a piene mani riportavo alla luce tesori scoperti inaspettatamente negli angoli più nascosti dei miei spazi interiori, da condividere col prossimo. Momenti in cui riuscivo a scrollarmi di dosso il peso delle stereotipie che rendono la gente sempre più succube del pregiudizio generale.
Con l'aiuto della solitudine ho anche combattuto i momenti dell'ansia del vivere. Ne ho fatto filtro alla frenesia del quotidiano, per ricaricare l'accumulatore estenuato delle energie consumate dall'urgenza del tempo e dalla fatica di esistere.
Nei giardini della mia solitudine ho coltivato fantasia e sentimenti, amore ed amicizia, religione e libertà. Dagli spazi della solitudine ho preso lo slancio per il colloquio con l'*oltre* intuito sopra di me. Trampolino di quiete interiore da cui prendevo l'abbrivio verso le stelle. E nella solitudine ho scoperto deserti in cui costruire cattedrali aperte al Mistero.
Tutto questo è stata per me la solitudine, sentimento che ho sempre cercato di condividere come un dono con chi mi amava. Terra dove riscoprire radici dimenticate. Serra amniotica della mente in cui assistere con continuo stupore a fioriture inaspettate di motivi per vivere.
E talora rifugio segreto, dove piangere lacrime che aiutavano l'anima."
Quando si sedette, Solitudine aveva gli occhi umidi, ma ancor più luminosi. E d'improvviso il silenzio dell'aula fu interrotto da un applauso infrenabile. Anche il giudice e i giurati, pur se poco protocollari, corsero ad abbracciarla.
Della notizia della trionfale assoluzione, si impadronì la stampa. E al movimento internazionale che ne seguì e che travolse ogni sussulto di reazione da parte del Potere Omologante, fu dato il nome di "Primavera della Solitudine". Nel suo nome scesero pacificamente in piazza in tutto il mondo folle di giovani, che intravedevano nella testimonianza di vita di Solitudine e nel suo coerente coraggio una via privilegiata di salvezza contro il dilagare dell'omologazione del pensiero. Ed ogni anno, a maggio, fu celebrata la "Festa della Solitudine e del Pensiero Individuale", durante la quale ognuno poteva orgogliosamente celebrare dentro di sé la libertà di pensare, senza i condizionamenti che secoli di indifferenza collettiva o di prepotenza del potere avevano insensibilmente costruito nel cuore dell'uomo.

Qualche secondo di buonumore

CORSO DI FORMAZIONE per uomini [Inizio seconda parte]

5. Sono inoltre previsti dei temi speciali di approfondimento
a causa della complessità e difficoltà di comprensione dei temi negli incontri verranno accettati un massimo di 8 aderenti

Tema 5.1: il ferro da stiro
dalla lavatrice all'armadio: un processo misterioso

Tema 5.2: tu e l'elettricità
vantaggi economici del contattare un tecnico competente per le riparazioni (anche le più basilari)

Tema 5.3: ultima scoperta scientifica
cucinare e buttare la spazzatura non provocano né impotenza né tetraplegia (pratica in laboratorio)

Tema 5.4: perché non è reato regalarle fiori anche se sei già sposato con lei (esercizi di riflessione di coppia)

Tema 5.5: il rotolo di carta igienica
la carta igienica nasce da sola nel portarotolo? (esposizioni sul tema della generazione spontanea)

Tema 5.6: come abbassare la tavoletta del bagno passo a passo (teleconferenza con l'Università di Harvard)

Tema 5.7: perché non è necessario agitare le lenzuola dopo aver emesso gas intestinali
(esercizi di riflessione di coppia)

Tema 5.8: gli uomini che guidano quando si perdono possono chiedere informazioni ai passanti senza il rischio di sembrare impotenti (testimonianze)

Tema 5.9: la lavatrice (questa grande sconosciuta della casa)

Tema 5.10: è possibile fare pipì senza schizzare fuori dalla tazza? (pratica di gruppo)

Tema 5.11: differenze fondamentali tra il cesto della roba sporca e il suolo (esercizi in laboratori di musicoterapia)

Tema 5.12: l'uomo nel posto del passeggero
è geneticamente possibile non parlare ovvero non agitarsi convulsamente mentre lei parcheggia?

Tema 5.13: la tazza della colazione al mattino
la tazza lievita da sé fino alla lavastoviglie? (esercizi diretti da Silvan)

Tema 5.14: comunicazione extrasensoriale
esercizi mentali in modo che quando gli si dice che qualcosa è nel cassetto dell'armadio non domandi "in quale?"

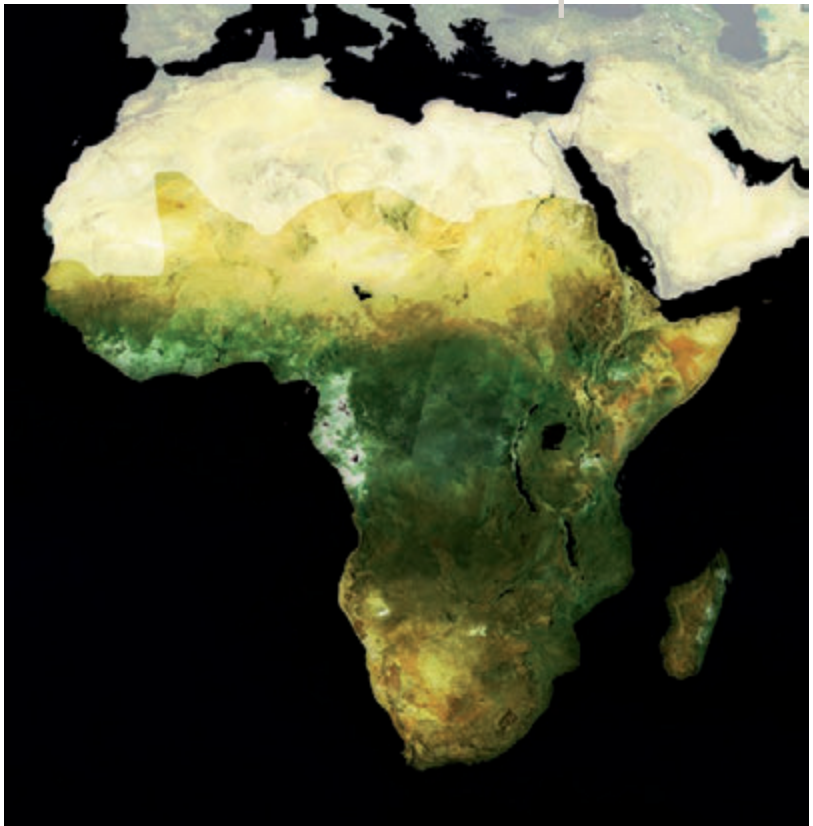
disponibilità per la creazione di specifici incontri per temi a richiesta

Il cuore
nell'Africa sub-sahariana

di **Eligio Piccolo**

Leggendo sul *Cardiovascular Journal of Africa* la relazione dei professori Brink e Aalbers di Durbanville sulle malattie di cuore nei paesi dell'Africa sub-sahariana e sulle possibili strategie per combatterle, mi è venuto alla mente una specie di evoluzionismo ciclico che, chissà da quanto tempo, colpisce il cuore dell'uomo. Riferito naturalmente alle sue malattie.
Non conosciamo bene le patologie cardiache delle epoche nelle quali è difficile fare un raffronto con le conoscenze scientifiche attuali, ma da alcune descrizioni si può dedurre che: 1) l'infarto e l'angina pectoris c'erano almeno fin dal tempo dei Faraoni, come si può arguire dalla mummia di un dignitario egizio che aveva sofferto di un dolore tipico; 2) si poteva morire improvvisamente di cuore, come successe all'araldo ateniese dopo la corsa di 42 km per portare la notizia di Maratona; 3) le febbri reumatiche potevano danneggiare il cuore, come quello di Arpalice la sorella di Ippocrat e. Conosciamo invece abbastanza bene quanto è successo e succede ancora oggi all'umanità. Negli anni 40 e 50 del secolo scorso, prima che la penicillina debellasse lo streptococco causa delle f ebbri reumatiche e dei danni valvolari, la cardiopatia prevalente nei paesi dell'America Latina, dell'Africa

Africa sub-sahariana



e dell'Asia era precisamente questa, mentre in altri paesi più "evoluti" come il nord America e l'Europa la stavano sorpassando l'infarto con tutto il suo contorno di dolori anginosi e di scompensi, la pressione alta, le malattie del muscolo e le aritmie più o meno pericolose. La penicillina ha ucciso il batterio, compreso quello della sifilide che pure danneggiava le valvole, ma non i vizi dell'uomo, come la gola e la pigrizia quando il benessere lo consente, il fumo e tanti altri. Sicché ora ce la dobbiamo vedere con il sovrappeso, il colesterolo, l'ipertensione e con le arterie sempre più bisognose di soccorso, quando si arriva in tempo.

Quindi da noi, popoli progrediti, tutte le malattie infettive sono attualmente quasi scomparse o so tto controllo, com preso l'H1N1, viviamo più a lungo, ma ci dobbiamo impegnare per t amponare l'arteriosclerosi e per badare alle demenze.

L'Africa sub-sahariana dei gior ni nostri, sconvolta dalle lotte intestine, spesso denutrita e priva di medicinali, in preda a tutti i virus, parassiti e batteri, mostra invece un quadro cardiologico simile a quello di altri paesi in altre epoche: vita media più corta, prevalenza delle cardiopatie reumatiche e di certe cardiomiopatie, mentre la malattia coronarica, l'ipertensiva e l'ictus, quelle per così dire del benessere, si fanno sentire solo in certi agglomerati a tenore di vita più elevato.

Le strategie per r isolvere questi enormi problemi dell'Africa sub-sahariana sono riassunte in una specie di decalogo o, meglio, di dichiarazioni della *Pan-African Society of Cardiology*, che prendono in considerazione tutta una serie di differenze geografiche, di necessità organizzativ e sanitarie, di ricerca e di rapporti fra le organizzazioni mediche, che già nella loro formulazione contengono una disarmante utopia, più inattuabile dei 10 Comandamenti di Mosè.

Sembra proprio una condanna biblica: il ciclo del sottosviluppo ci risparmia l'infarto e la pressione elevata, ma determina una vita breve e malaticcia; il ciclo del benessere invece allunga la vita, ma impegna una sanità elaborata e costosa e qualche volta rincitrullisce i sopravvissuti. Una via intermedia e ragionevole pare propr io che l'uomo non sappia organizzarsela.

Bambino obeso bambino iperteso?

Un'equazione non corretta, a giudicare da un recente lavoro di autori canadesi *(Maximova K et al. J Hypertens 2011;29: 2075-83)*.
Lo studio ha esaminato 630 bambini in età tra 8 e 10 anni, appartenenti ad altrettante famiglie caucasiche in cui almeno uno dei genitori era obeso. Tenuto conto del fatto che, specialmente nel bambino, i diversi metodi per accertare l'aumento del grasso corporeo sono gravati da non poche riserve, gli sperimentatori li hanno adoperati tutti: l'indice di massa corporea (BMI), la misura della circonferenza vita (WC), la plicometria e la dual energy X-ray absorptiometry (DXA) che viene considerato quello più preciso, anche se il più indaginoso e costoso.

Il primo risultato di questo studio è stata la dimostrazione che nei bambini tra 8 e 10 anni, indipendentemente dal sesso, i diversi metodi impiegati hanno portato a risultati molto vicini gli uni dagli altri con un elevatissimo coefficiente di correlazione. Gli autori concludono pertanto, su questo punto, che poiché il BMI è una misura facile da ottenere convenga, almeno nei bambini tra gli 8 e 10 anni, utilizzarlo di preferenza per stabilire l'eventuale condizione di obesità o di eccesso di peso. Quanto poi alla possibilità di legare strettamente l'obesità all'ipertensione arteriosa, i risultati ottenuti dimostrano che tutti gli indicatori studiati possiedono una limitata capacità di identificare i bambini con pressione arteriosa elevata. Resta pertanto importante tenere a mente la raccomandazione di misurare la pressione nei bambini indipendentemente dal fatto che essi siano o no in sovrappeso.

V. C.

La “rivincita” delle Erbe.
Fitoterapia e malattie cardiovascolari

di **Alberto** e **Piero Dolara**

Nel linguaggio comune la parola rivincita è di solito associata ad una sconfitta o comunque ad una perdita di denaro, potere o prestigio. Il concetto può essere applicato alla storia delle Erbe in medicina, intese come piante, fiori, foglie, semi, radici, corteccia, bulbi ecc., dalle quali l’umanità ha sempre tratto vantaggi fino dai tempi antichi traendone sostanze utili per la salute. Il significato di rivincita e delle virgolette sarà chiaro a chi avrà la pazienza di leggere l’articolo.

Nella terapia delle malattie cardiovascolari la perdita di prestigio può iniziare dalla digitale: estratta dalla *Digitalis purpurea* e dalla *Digitalis lanata* e dovuta alla geniale intuizione di Withering nel 1785, ha costituito da allora una pietra miliare nella terapia dello scompenso cardiaco. Soggetta a critiche per la sua scarsa sicurezza (rapporto dose letale/dose terapeutica) ha cessato di essere il cardine terapeutico di quest’affezione. I derivati dello *Strophantus hispidus* e dello *Strophantus kombe*, usati per le loro proprietà inotrope sul muscolo cardiaco soprattutto in Europa, sono stati praticamente abbandonati. Lo stesso è avvenuto per la rauwolfia, estratta dalla radice delle *R. serpentina*, un rimedio presente da millenni nella medicina indiana Ayerveda e diffusa nella medicina occidentale come antiipertensivo per alcuni anni verso la metà del secolo scorso, poi ritirata perché induceva gravi forme depressive.

Crataegus monogyna

La chinidina, alcaloide proveniente dalla corteccia della pianta di china (genere *Chincona)* antiaritmico largamente usato in passato, rischia adesso di divenire un farmaco "orfano". Nei trattati di farmacologia degli anni '50, ma non nella pratica clinica attuale, si trovano citati l'aimalina, antiaritmico anch'esso proveniente dalla *R. serpentina*, la scilla (*Drinia marittima*), l'adonide (*Adonide vernalis*), la convallaria (*Convallaria majalis*) o mughetto. È interessante osservare che alcuni di questi alcaloidi come la convallaria hanno una potente attività cardiocinetica e sono presenti negli estratti fitoterapici con possibili interazioni con i medicamenti convenzionali.

La "rivincita" delle preparazioni denominate medicamenti "fitoterapici", estratti di piante singole o delle loro frazioni, ben distinte dai farmaci di sintesi puri, è indiscussa sul piano quantitativo. In Cina la "Sichuan Neautus", colosso di Chengdu, è passata in cinque anni dal trattamento di 400 tonnellate di erbe a 8000 tonnellate per una produzione di mille varietà triturate diverse. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità il mercato dei farmaci biologici (che include anche i fitoterapici e gli omeopatici) valeva, nel 2010, 60 miliardi di dollari, circa il 30% dell'intero consumo mondiale di medicine. In Italia, secondo un'indagine ISTAT del 1994, l'8% della popolazione aveva sperimentato nel periodo 1991-1994 una delle tre terapie non convenzionali prese in esame (omeopatia, fitoterapia, agopuntura); da una successiva indagine, riferita al periodo 1990-2000, è emerso che 9 milioni di italiani (15% della popolazione) vi avevano fatto ricorso nel triennio 1997-99.

L'esame della letteratura scientifica rivela tuttavia che i risultati terapeutici ottenuti con i medicamenti fitoterapici sono spesso deludenti o comunque notevolmente controversi: l'assunzione di *allium* (aglio) è stata associata in passato a riduzione dei livelli di colesterolo, ad effetti antiaterosclerotici ed antiipertensivi ma studi controllati recenti non hanno dimostrato effetti significativi sull'assetto lipidico in adulti con modesta ipercolesterolemia. In una metaanalisi effettuata circa venti anni fa si affermava che la somministrazione della stessa sostanza induceva effetti ipotensivi, ma una review successiva concludeva per "un'evidenza ancora insufficiente per raccomandarne l'uso nella pratica clinica". Secondo uno studio osservazionale del 2003 una preparazione omeopatica di *Crataegus monogyna* (biancospino) poteva essere un'alternativa a quella con ace-inibitori e diuretici nei pazienti con insufficienza cardiaca lieve (classe II NYHA). Altri Autori hanno successivamente affermato che la somministrazione di biancospino non solo non riduceva la progressione della malattia nei pazienti con scompenso cardiaco lieve o moderato ma sembrava addirittura aumentare il rischio di progressione. Sempre a proposito dell'efficacia del *biancospino* è singolare quanto affermato in una recente review "la revisione dei trials clinici si è rivelata inconsistente in termini di criteri usati (campionamento, preparazioni, dosi, etc), ma largamente consistente riguardo agli esiti positivi". Altre metanalisi hanno portato

alla conclusione che il trattamento con Shengmai (medicina con erba tradizionale cinese, costituita da *Panax ginseng, Ophiopahgon japonics* e *Schisandra cinese*) non aveva mostrato risultati convincenti nella terapia dello scompenso perchè i trials erano di scarsa qualità, il numero dei pazienti insuf ficiente ed il beneficio riscontrato di debole entità.

Sono invece da tenere presenti i possibili effetti negativi della fitoterapia: l'*Hypericum perforatum* (Erba di San Giovanni) uno dei prodotti più usati negli Stati Uniti, ritenuto efficace contro la depressione, determina interazioni multiple con i farmaci, incluso quelli cardiovascolari, attraverso induzione del citocromo P450 (CYP3A e CYP2C9) che metabolizza numerosi farmaci. Il succo di *Citrus paradisi* (pompelmo), assunto a scopo dimagrante o per migliorare la salute dell'apparato cardiovascolare, potenzia l'azione di diversi medicamenti tra cui i calcioantagonisti e le statine attraverso, l'inibizione delle monossigenasi epatiche (CYP3A4), aumentando la biodisponibilità di questi farmaci con risultante ipotensione, miopatia o tossicità epatica. Nella lista dei prodotti fitoterapici da evitare nei pazienti cardiopatici sono elencati: *Alfalta* (erba medica), *Aloe Vera, Angelica, Bilberry* (mirtilli), *Capsicum* (peperoncino), *Fenugreek* (Trigonella), *Zingiber officinale* (Zenzero), *Gossipium* (cotone), *tè verde, Chondrus Crispus* (alga rossa), *Laminariales-alga* (Kelp), *Amni Visnaga* (Khella), *Convallaria mayalis* (mughetto), *Ephedra* (efedrina).

Le interazioni possono in particolare verificarsi con i medicamenti che hanno indici terapeutici ristretti come warfarin o digitale con risultante tossicità. Anche se una valutazione definitiva è difficile poiché la documentazione è fondata spesso su dati in vitro, studi su animali o report isolati, un potenziale aumento del rischio emorragico è segnalato nei pazienti in trattamento con aspirina o anticoagulanti che assumono *Allium sativum* (aglio), *Ginkgo biloba, Glycyrrhiza Glabra* (liquirizia), *Hypericum perforatum* (Erba di S. Giovanni), *Leonurus cardiaca* (cardiaca comune), *Salvia miltiorrhiza* (Danshen), *Serenoa ripens* (palmetta seghettata), *Tanatacetum Parthenium* (erba amara), *Zingiber officinale* (zenzero). L'effetto della digossina può essere aumentato dall'assunzione di *Crataegus monogyna* (biancospino) e *Glycyrrhiza glabra* (liquirizia). L'uso di *Hypericum perforatum* (Erba di S.Giovanni) e *Panax* (Ginseng) può alterare i livelli ematici di questo medicamento. L'effetto degli antiaritmici è aumentato da prodotti che prolungano l'int ervallo QT come *Echinacee e Ephedra* (efedrina).

Al di là degli slogan, di suppos te sconfitte o rivincite, sono due le pr incipali raccomandazioni per il cardiologo ed il clinico: chiedere sempre ai pazienti se assumono prodotti fitoterapici che possono interferire con le medicine convenzionali e soprattutto proseguire il trattamento con quest'ultime in attesa che ulteriori ricerche scientifiche diano luogo a una v era rivincita delle erbe. Si potrà allora scrivere un articolo sull'argomento togliendo le virgolette.

Gli schermi che invece non ci proteggono

Molti schermi proteggono medici e infermieri dai raggi X e dal materiale radioattivo, ma anche operai e tecnici da varie radiazioni o sostanze nocive. Ci sono invece schermi, come la TV e il computer, che sono indirettamente nocivi perché stanno occupando una parte sempre maggiore del nostro tempo. Non sono quindi dannosi per sé stessi (sebbene alcuni oculisti sospettino influenze sulla retina), ma lo diventano per la sedentarietà che comportano, da una-due ore fino a quattro-sei ore giornaliere. Ore sottratte quindi al tempo che dovremmo dedicare all'attività fisica e magari sportiva.

È una considerazione salutare abbastanza intuitiva e alla quale già i genitori e gli educatori avevano pensato quando hanno cercato di impedire ai ragazzi l'eccesso di play-station, TV e computer, quello che gli inglesi chiamano "screen time". Ma ora abbiamo anche la conferma, diciamo così, scientifica, la quale riguarda soprattutto gli adulti, maschi e femmine, perché più vicini a quell'età in cui, come diceva il poeta, l'"arco piega" ma le malattie s'inerpicano. Lo studio è di quelli epidemiologici ed è stato realizzato nel Regno Unito e in Australia (*JACC 2011;57:292*), osservando cosa succedeva durante 4 anni e 4 mesi in una popolazione di 4.512 ultra 35enni, selezionata a seconda del tempo trascorso tra TV e computer: meno di 2 ore, tra 2 e 4 ore, e da 4 a più ore al giorno.

Al consuntivo questi ricercatori dovettero annotare che a maggior tempo dedicato a tale sedentarietà l'indice di massa corporea, ossia il peso rapportato all'altezza, aumentava fino a valori di obesità, che la pressione alta passava da 27% a 40%, che l'attività fisica ovviamente diminuiva e che la mortalità invece aumentava, specie fra coloro che stavano davanti agli schermi per oltre 4 ore.

Le cause di malattia e di mortalità erano varie, ma prevalevano nettamente quelle cardiovascolari. E come c'era da aspettarsi anche i fattori di rischio, ossia quelli predisponenti le malattie metaboliche e di cuore, erano più frequenti nei più dedicati agli schermi. Si tratta di risultati che erano stati già segnalati in altre indagini e perfino negli animali, dove si era osservato che l'inattività fisica riduce la lipasi, l'enzima che serve ad utilizzare i grassi e aumenta la resistenza insulinica, anticamera del diabete. Quest'ultimo dato lo si è osservato anche nell'uomo dopo un riposo a letto di soli 5 giorni. Il messaggio ci pare ovvio: dobbiamo riprogrammare le nostre ore del giorno.

Eligio Piccolo

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

Intervista di **Filippo Stazi**

Orazio Valsecchi, Ospedali Riuniti di Bergamo

Dott. Valsecchi, la coronarografia è ancora un esame pericoloso?
La tecnica e la precisione dei test non invasivi sono in continuo miglioramento ma ciò nonostante l'angiografia coronarica rimane l'esame principale per la diagnosi di malattia coronarica. Purtroppo però, anche se le complicanze della coronarografia si sono ridotte negli anni grazie all'esperienza degli operatori e ad una continua evoluzione dei materiali impiegati, non si tratta comunque, a tutt'oggi, di un esame senza rischio di complicanze.
Esiste una serie di fattori e situazioni predisponenti alle complicanze quali: ipertensione grave non controllata, aritmie ventricolari, ictus acuto, anemia grave, sanguinamento gastrointestinale, allergia al mezzo di contrasto, insufficienza renale acuta, insufficienza cardiaca congestizia, malattia febbrile senza causa apparente, infezione attiva, alterazioni elettrolitiche e coagulopatia grave. Da notare che molti di questi fattori possono esse-

re corretti prima della procedura, riducendo così il rischio e le complicanze. Il sesso femminile, l'obesità o un'eccessiva magrezza, il fumo e la scarsa esperienza dell'operatore costituiscono altrettanti fattori di rischio per complicanze. Tra le complicanze sistemiche ricordiamo poi le reazioni vagali con bradicardia ed ipotensione, le reazioni anafilattiche, la nefropatia da mezzo di contrasto, la sindrome da emboli di colesterolo e gli episodi ischemici cerebrali a base embolica.
La puntura arteriosa e l'emostasi successiva possono entrambe causare complicanze locali, di entità da lieve a grave. Piccoli ematomi in sede di puntura sono frequenti e di solito insignificanti. Pseudoaneurismi femorali o fistole arterovenose si possono verificare nello 0.2% delle procedure diagnostiche e fino al 5.5% in quelle interventistiche per via di terapie anticoagulanti e antiaggreganti più aggressive.

L'utilizzo dell'accesso radiale invece di quello femorale può ridurre le complicanze della procedura?
Un sanguinamento severo od un ematoma che necessitino di trasfusione si verificano nell'1.5-6% dei casi. La dif ferenza è comunque sostanziale tra le com plicanze della coronarografia e quelle di una procedura interventistica coronarica, poiché per quest'ultima vengono somministrati in misura varia ma decisamente superiore, farmaci anticoagulanti e antiaggreganti piastrinici, con importante incremento del rischio di complicanze emorragiche. È quindi nel campo dell'interventistica che si evidenzia la differenza tra approccio radiale e femorale. L'arteria femorale è stata tradizionalmente il vaso di accesso preferito per le procedure coronariche, ma numerosi fattori, tra cui l'intolleranza del paziente e tassi di complicazione relativamente alti, hanno favorito in taluni operatori la scelta dell'arteria radiale. L'approccio radiale è diventato sempre più popolare, dal suo primo utilizzo nel 1989, per la sola coronarografia e successivamente per l'interventistica coronarica grazie alla sua relativa sicurezza, convenienza e preferenza da parte dei pazienti rispetto ad altri approcci.
L'approccio radiale è or mai riconosciuto come associato a minori tassi di complicanze vascolari, mobilizzazione precoce, minor disagio del paziente e riduzione dei costi procedurali rispetto all'approccio femorale.

L'approccio radiale può essere praticato in tutti i pazienti e da tutti gli operatori?
L'approccio radiale risulta in una prima fase più difficoltoso dell'approccio femorale in quanto l'arteria radiale non è una piccola arteria femorale: è più piccola, più delicata, più prona allo spasmo, per cui è necessaria una bre ve curva di apprendimento. Il miglioramento delle tecniche e dei materiali negli ultimi anni ha fatto sì che tale curva di apprendimento sia molto breve. Inoltre, l'arteria radiale rispetto alla femorale presenta varianti anatomiche che possono rendere più difficile la procedura o, se non conosciute e rispettate, favorire insuccessi procedurali e com plicanze. L'anatomia dell'arteria radiale deve essere quindi studiata sistematicamente prima del-

l'inserimento del cat etere diagnostico. Dopo una modes ta curva di apprendimento, l'approccio radiale può essere praticato in tutti i pazienti.

Utilizzando l'approccio radiale è comunque possibile eseguire tutte le procedure della cardiologia interventistica?
Dall'arteria radiale è possibile praticare procedure diagnostiche nell'ambito della cardiopatia ischemica, valvolare o post bypass aortocoronarico, con l'im piego di tecniche di imaging coronar ico (IVUS e OCT) o funzionali come la valutazione della riserva coronarica (FFR) e interventistiche, con impianto di stent coronarici anche in casi complessi quali biforcazioni coronariche, trattamento del tronco comune o occlusioni croniche o in situazioni di urgenza ed emergenza.

La letteratura medica che dati fornisce a supporto dell'utilizzo dell'accesso radiale?
La differenza sostanziale tra i due approcci si verifica soprattutto nell'ambito delle sindromi coronariche acute in termini di riduzione delle complicanze in sede di accesso vascolare. Lo studio PRESTO-ACS ha valutato oltre 1.000 pazienti con sindrome coronarica acuta senza ST elevato trattati in maniera invasiva e con ampio uso di inibitori delle glicopro teine IIb/IIIa. I pazienti trattati da accesso radiale hanno avuto un'incidenza minore di emor ragie durante la degenza ospedaliera e un miglior "net clinical outcome" (morte, reinfarto e sanguinamenti) ad 1 ann o rispetto ai pazienti trattati per via femorale. Il trial RIVAL ha ar ruolato 7.021 pazienti con sindromi coronariche acute sottoposti a coronarografia o procedura interventistica in 158 ospedali di 32 nazioni. I pazienti sono stati randomizzati ad approccio radiale verso femorale con un disegno 1:1 . L'end point primario dello studio era l'outcome composito di morte, infarto miocardico, ictus o sanguinamenti maggiori non - CABG a 30 giorni dalla randomizzazione.
Lo studio non ha mostrato differenze significative in termini di end point primario tra approccio radiale e femorale: infatti, l'incidenza è stata di 3.7% nei pazienti randomizzati all'approccio radiale e 4.0% nei pazienti assegnati all'approccio femorale. Questo studio sembrerebbe quindi dimostrare la non superiorità dell'accesso radiale rispetto a quello femorale in termini di sanguinamenti maggiori e di eventi ischemici, compresa la mortalità globale a trenta giorni, segnalando comunque l'assenza di differenze significative in termini di successo procedurale tra i due approcci. Il limite principale del RIVAL è sicuramente quello di aver coinvolto operatori poco esperti con una percentuale media di utilizzo di approccio radiale del 40%. L'importanza dell'esperienza dell'operatore è un fatto noto in letteratura. Altro limite del trial è di aver incluso soltanto il 27% di pazienti con infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) che, essendo quelli a più alto rischio di sanguinamento, possono benef iciare maggiormente dell'approccio radiale. In questo sottogruppo, infatti, nel trial si sono resi evi-

denti i vantaggi dell'approccio radiale in termini di end point primario (3.1% vs 5.2%; p=0.025), end point composito di morte, infarto e ictus (2.7% vs 4.6%; p=0.011) e mortalità globale (1.3% vs 3.2%; p<0.0001). Il trial RIVAL, pur con i suoi limiti, dimostra in modo inequivocabile come l'approccio radiale garantisca gli stessi risultati in termini di successo e durata della procedura rispetto a quello femorale, associando anche rilevanti vantaggi in termini prognostici nei pazienti con STEMI.

In conclusione, secondo Lei l'approccio radiale dovrebbe essere ormai impiegato in tutti i pazienti?

L'utilizzo dell'arteria radiale come via di accesso rappresenta attualmente la soluzione ideale non solo nei pazienti ad alto rischio trombotico, in cui si rende necessaria una terapia antitrombotica particolarmente aggressiva, ma anche nei pazienti con profilo di rischio intermedio o basso. Le complicanze nell'approccio radiale sono rare e sono spesso causate da varianti anatomiche. Perforazioni minori devono essere diagnosticate precocemente per la prevenzione di ematomi importanti. L'occlusione dell'arteria radiale è presente circa nel 2.5% - 10% dei pazienti sottoposti a procedura diagnostica o interventistica coronarica da approccio radiale. I fattori predisponenti sono rappresentati da vasospasmo, inadeguata anticoagulazione, emostasi occlusiva prolungata o compressione eccessiva, danneggiamento dell'arteria radiale da puntura, procedure lunghe, rapporto introduttore/arteria >1. In genere, l'occlusione decorre asintomatica per la triplice irrorazione della mano attraverso le arterie radiale, ulnare e interossea. Tra le questioni in sospeso inerenti l'uso di routine dell'approccio transradiale vi è il potenziale rischio per una maggiore esposizione alle radiazioni per l'operatore. Tuttavia, si può ipotizzare che con l'aumentare dell'esperienza dell'operatore, il tempo di fluoroscopia con approccio radiale sia simile a quello per approccio femorale. L'arteria radiale, inoltre, è sempre più utilizzata come una via alternativa ragionevole per l'angioplastica. La sicurezza e la mobilizzazione immediata dei pazienti dopo intervento transradiale ne permettono l'utilizzo come procedura ambulatoriale sia per la diagnostica che per l'interventistica coronarica a basso rischio. L'intervento ambulatoriale è uno strumento forte per affrontare il crescente numero di pazienti e ridurre i tempi di attesa per procedure elettive.

In conclusione, l'approccio radiale per la diagnostica ed interventistica coronarica è promettente, con molti vantaggi che apparentemente superano i limiti ed ha le caratteristiche potenziali per essere considerato l'approccio standard in ambito ambulatoriale per procedure elettive, con un impiego da privilegiare soprattutto nei pazienti con sindrome coronarica acuta.

Denervazione dell'arteria renale mediante ablazione nel trattamento dell'ipertensione arteriosa: realtà o fantasia?

Intervista di **Filippo Stazi**

Massimo Volpe, Università di Roma "La Sapienza"

Professor Volpe, cos'è la denervazione dell'arteria renale ed a cosa serve?

La denervazione simpatica delle arterie renali mediante ablazione è una procedura invasiva, che si esegue per via percut anea mediante accesso arterioso a livello femorale e consiste nell'ablazione mediante radiofrequenze delle afferenze ed efferenze renali del sistema nervoso simpatico. Tale procedura è stata recentemente proposta per il trattamento dei pazienti con ipertensione arteriosa refrattaria (o resistente) al trattamento farmacologico antiipertensivo. Studi clinici randomizzati hanno dimostrato, infatti, come tale tipo di approccio consenta di ottenere una marcata riduzione dei valori pressori clinici ed ambulatoriali in questa tipologia di pazienti ad elevato rischio cardiovascolare.

Quali sono i pazienti con ipertensione arteriosa refrattaria (o resistente) al trattamento farmacologico antiipertensivo e che quindi hanno indicazione all'ablazione?

Una proporzione variabile (pari a circa il 5-15%) della popolazione di pazienti con ipertensione arteriosa in trattamento, nei quali non si riesce a raggiungere un controllo efficace e persistente dei valori pressori in presenza di un trattamento farmacologico stabile (comprendente almeno tre classi di farmaci antiipertensivi, tra cui un diuretico, a dosaggio adeguato) può essere considerata affetta da ipertensione arteriosa refrattaria o resistente. Per questi pazienti, come detto, è stata recentemente proposta la procedura di denervazione delle arterie renali mediante elettrocatetere a radiofrequenze. Tale procedura va intesa come un'opzione terapeutica finale e non reversibile, volta ad ottenere una marcata riduzione dei valori pressori in pazienti effettivamente non responsivi al trattamento farmacologico, malgrado un'accertata osservanza delle prescrizioni.

Quali sono le cause della resistenza alla terapia antiipertensiva?

La resistenza alla terapia antiipertensiva è nella maggior parte dei casi un fenomeno a genesi multifattoriale che tuttavia presenta alcune caratteristiche cliniche comuni. Tra queste è opportuno ricordare l'età avanzata, il fumo, l'obesità, il sesso femminile e la razza nera, oltre alla presenza di aterosclerosi, diabete mellito e patologia renale cronica. Nei pazienti con ipertensione resistente è, inoltre, più frequente il riscontro di danno d'organo, come l'ipertrofia ventricolare sinistra, l'ispessimento miointimale a livello vascolare, la nefroangiosclerosi ed il danno retinico. Alcune di queste alterazioni, soprattutto quelle legate al danno d'organo vascolare, riducono ulteriormente la risposta alla terapia antiipertensiva, instaurando così un circolo vizioso che promuove un progressivo coinvolgimento e deterioramento a livello di diversi organi. Sulla base di queste considerazioni, appare evidente come la prognosi dei pazienti con ipertensione resistente è pertanto sensibilmente peggiore di quella dei pazienti con ipertensione arteriosa controllata dal trattamento farmacologico.

Torniamo alla denervazione delle arterie renali: come viene eseguita?

La procedura di denervazione delle arterie renali viene eseguita per via percutanea mediante accesso arterioso a livello femorale. A questo livello, previa anestesia locale, si introduce un catetere (diametro medio 6 F) contenente in punta l'elettrocatetere. Quest'ultimo viene fatto risalire mediante lo scorrimento lungo l'aorta addominale sottorenale fino a livello delle arterie renali. L'innervazione renale risiede nella tonaca avventizia delle arterie. A questo punto, si procede con 4-6 trattamenti locali, della durata di 2 minuti ciascuno, lungo tutto il diametro dell'arteria, bilateralmente, con emissione di radiofrequenze che consentono l'ablazione delle innervazioni simpatiche. In questo modo, entrambi i reni vengono funzionalmente esclusi dall'in-

nervazione afferente ed efferente del sistema nervoso simpatico.

Che dati sono disponibili in letteratura relativamente all'efficacia di tale procedura?

Sono stati recentemente portati a termine due studi clinici che hanno valutato l'efficacia e la sicurezza della procedura nel trattamento dei pazienti con ipertensione arteriosa resistente. I risultati di questi studi hanno riscosso notevole interesse, soprattutto per il raggiungimento del controllo pressorio in pazienti con ipertensione arteriosa resistente.

Nel primo studio, denominato SIMPLICITY Hypertension-1, 50 pazienti con ipertensione arteriosa resistente (valori di PA basale 177/101 mmHg, numero medio di farmaci antiipertensivi 4.7) sono stati trattati mediante denervazione delle arterie renali e 5 pazienti sono stati trattati con terapia farmacologica. Al termine del periodo di osservazione di 12 mesi è stata registrata una progressiva e persistente riduzione dei valori di PA sistolica e diastolica nei pazienti trattati con denervazione delle arterie renali, mentre i pazienti trattati con terapia medica hanno mostrato progressivi aumenti dei valori pressori agli intervalli di tempo predefiniti (mesi 1, 3, 6, 9 e 12).

Nel secondo studio, denominato SIMPLICITY Hypertension-2, 49 pazienti con ipertensione arteriosa resistente (valori di PA basale 178/97 mmHg, numero medio di farmaci antiipertensivi 5.2) sono stati trattati mediante denervazione delle arterie renali e 51 pazienti sono stati trattati con terapia farmacologica. Al termine del periodo di osservazione di 6 mesi è stata registrata una progressiva e persistente riduzione dei valori di PA sistolica e diastolica nei pazienti trattati con denervazione delle arterie renali, mentre i pazienti trattati con terapia medica hanno mostrato progressivi aumenti dei valori pressori agli intervalli di tempo predefiniti (mesi 1, 3 e 6). Osservazioni prolungate della coorte di pazienti trattati con denervazione delle arterie renali (n=117), ed osservati per 24 mesi, hanno confermato l'efficacia di questa strategia in termini di riduzione dei valori di PA, particolarmente per la sistolica, sebbene in un numero limitato di pazienti.

Cosa possiamo dire sulla sicurezza e la tollerabilità di questa terapia?

Gli studi clinici condotti hanno confermato soprattutto la sicurezza di questa procedura, non essendo descritte particolari complicanze correlate all'intervento. Osservazioni prolungate a 24 mesi hanno documentato l'assenza di complicanze nel 97% dei pazienti trattati. Un solo paziente ha riportato una dissezione dell'arteria, verosimilmente correlata alle manovre di posizionamento del catetere (prima dell'erogazione dell'energia) e tre pazienti hanno riportato complicanze a livello del sito di accesso femorale. Nessun evento cardiovascolare fatale o non-fatale è stato finora descritto. Due pazienti sono deceduti nel lungo termine (24 mesi) per cause non correlate alla procedura e non per cause cardiovascolari. Non sono state descritte complicanze o peggioramenti della funzione renale.

Quale messaggio finale possiamo lasciare ai nostri lettori?

La denervazione simpatica delle arterie renali mediante ablazione rappresenta oggi uno strumento potenzialmente utile per il trattamento dei pazienti con ipertensione arteriosa resistente documentata. Prima di intraprendere questa scelta terapeutica è però bene ricordare che essa deve essere considerata un'opzione estrema (ossia successiva al tratt amento farmacologico ed igienico-sanitario ottimale e massimale) e non reversibile e come tale deve essere indicata in pazienti con ipertensione arteriosa resistente vera. La selezione dei pazienti candidati a sottoporsi a tale procedura per raggiungere e mantenere il controllo dei valori pressori dovrebbe essere fatta, pertanto, presso centri specializzati per la diagnosi e la cura dell'ipertensione arteriosa, tale selezione deve essere basata, infatti, su un rigido protocollo di valutazione clinica e terapeutica, che preveda l'esclusione di ogni possibile causa secondaria di ipertensione o di pseudo-resistenza. Inoltre, è mandatorio verificare attentamente e preliminarmente l'aderenza del paziente alla strategia farmacologica prescritta.

La strategia farmacologica ottimale, contrariamente a quanto indicato dalle linee guida, dovrebbe comprendere più di tre classi di farmaci antiipertensivi (utilizzando eventualmente anche i farmaci antialdosteronici, inibitori diretti della renina ed alpha-bloccanti), al fine di ridurre il rischio di sottoporre ad una procedura invasiva (e costosa) pazienti con ipertensione pseudo-resistente.

La procedura di ablazione, infine, va eseguita da operatori esperti e qualificati ed in strutture dotate di tutte le precauzioni e le cautele legate ad una procedura invasiva.

Reproducibility of Coronary Optical Coherence Tomography for Lumen and Lenght Measurements in Humans
(The CLI-VAR [Centro per la Lotta contro l'Infarto - VARiability] Study).

The American Journal of Cadiology, in stampa

Riproducibilità ed affidabilità delle misurazioni delle coronarie eseguite con l'OCT

Silvio Fedele, Giuseppe Biondi-Zoccai, Piotr Kwiatkowski, Luca Di Vito, Michele Occhipinti, Alberto Cremonesi, Mario Albertucci, Laura Materia, Giulia Paoletti, Francesco Prati.

Intervista di **Filippo Stazi**

Caro Francesco, sull'American Journal of Cardiology verrà prossimamente pubblicato lo studio CLI-VAR 1 condotto dal Centro per la Lotta contro l'Infarto. Ce lo puoi illustrare?
Il CLI-VAR 1, acronimo di Centro per la Lotta contro l'Infarto - VARiability, è uno degli studi di validazione della tecnica OCT (tomografia a coerenza ottica) che il Centro per la Lotta contro l'Infarto sta mettendo a punto per poter condurre in futuro studi sulle variazioni dell'aterosclerosi in risposta all'impiego dei farmaci.

Francesco Prati

Stai parlando dei cosiddetti studi di progressione/regressione della placca aterosclerotica?
Esattamente. Per valutare clinicamente l'efficacia di un farmaco sono necessari studi multicentrici che richiedono l'arruolamento di diverse migliaia di pazienti. Ciò comporta un notevole investimento che, soprattutto negli ultimi tempi, non è spesso sostenibile. Per ovviare a questo problema già a partire dagli anni '90 è stata messa a punto una tecnica basata sull'impiego dell'ecografia intracoronarica (IVUS). Con tale metodica una piccola sonda viene introdotta all'interno delle arterie del cuore e

permette di valutare la presenza o meno di lesioni aterosclerotiche, le cosiddette "placche". Valutazioni seriate dello stesso paziente con questa metodica possono mostrare l'eventuale riduzione del volume delle placche come effetto dell'azione dei farmaci. Gli studi basati su questa tecnica di imaging hanno quindi il vantaggio, rispetto a quelli di tipo clinico, di richiedere l'arruolamento di un numero di pazienti di gran lunga inferiore.

L'impiego dell'OCT sarebbe quindi un ulteriore passo avanti nell'esecuzione di questo tipo di studi?
L'OCT, altra metodica di imaging coronarico di cui abbiamo già parlato in precedenti numeri della rivista, ha una risoluzione molto superiore all'IVUS e permette pertanto di studiare, oltre al volume, anche la componente lipidica delle placche, ossia la parte che identifica le lesioni "più cattive", quelle, cioè, a maggior rischio di causare un infarto. Il vantaggio derivante dall'impiego della metodica è evidente: si potrebbe capire se un determinato farmaco riduce o meno le componenti pericolose della placca aterosclerotica.

In questo ambito qual è il contributo dello studio CLI-VAR 1?
I risultati dello studio sono importanti in quanto dimostrano che le misurazioni del lume coronarico ottenute con l'OCT sono estremamente precise e riproducibili. Lo studio rappresenta pertanto un ulteriore passo avanti nella validazione di tale metodica.

Qual è il prossimo obiettivo della ricerca del *Centro per la Lotta contro l'Infarto* nel contesto di cui stiamo parlando?
Al momento stiamo conducendo un nuovo studio, il CLI-VAR 2 che utilizza dei software che mirano a definire in modo quantitativo le dimensioni dei pool lipidici (le componenti di colesterolo della placca) e lo spessore della capsula fibrosa (quello strato fibroso che ha il compito di separare il pool lipidico del lume del vaso). L'obiettivo di fondo, ovviamente, è sempre quello di tentare di identificare le placche cosiddette "cattive". Lo studio ha inoltre l'obiettivo di verificare l'accuratezza di un software di nostra ideazione nella valutazione e quantizzazione della componente infiammatoria della placca.

Diamoci allora appuntamento dopo la pubblicazione anche di questa nuova ricerca.

E tu ce l'hai l'enzima?

di **Salvatore Milito**

Qui si espone una questione che ha poco a che fare, almeno nella sua dimensione epicurea, con il Cuore, simbolo e oggetto di questa rivista. Ciò che segue interesserà, forse, solo uno sparuto numero di benevoli lettori ma mi sia concesso di dire un paio di cose sugli *eno-snob*. Chi sono costoro? Sono quelli che il vino più che berlo ne parlano. Almeno fino a quando le loro chiacchiere non rendano l'uditorio smanioso di voler deviare sulla Formula Uno, sul calcio o sulle belle donne, temi su cui ognuno può vantare qualche competenza senza troppo sfigurare.

Al termine di un pomeriggio salottiero in cui si era stanchi di ciarle sul vino, s'era deciso di botto e senza alcun tatto di spostare il discorso su Totti e Del Piero. L'*eno-snob* di turno, stizzito da tanta impudenza, mi chiese se per caso il suo discorrere scelto di grappoli e vitigni desse l'antipatica impressione che lui "se la tirasse". Volli essere benigno e gli risposi che no, figurarsi, solo che le sue dotte disquisizioni su Bacco e dintorni distraevano i presenti, questo sì, dal decidere semplicemente, senza farla troppo lunga, se il vino che stavano bevendo era buono o se faceva schifo.

Il fatto è che l'*eno-snob* rifugge dall'ordinario dualismo buono/cattivo quando si parla di Barolo o Cabernet o Malvasia. Se un Aglianico non gli garba affatto non dice che sa (mettiamo) di stallatico. Il che basterebbe a stroncare più che efficacemente la bevanda. No, lui le finezze le deve scovare anche nelle br utture! Lui lo s tallatico lo scompone, lo frammenta nei suoi più reconditi componenti organolettici, fino a disvelare ai rozzi e incolti quel non so che, ma che lui sa e che agli altri sfugge.

Per lui, dire che un vino è buono e basta è di una banalità insostenibile. E per ostentare l'infallibilità del suo palato e del suo naso, nonché l'intensità del proprio vissuto tra i mille profumi del mondo, spazia con la propria fantasia tra le più s trambe similitudini e attinenze olfattive in campi insospettabilmente distanti dal mondo del vino. Infine, emette il verdetto, quello che inchioda tutti al verbo dell'esperto, tanto sa di indiscutibile ed arcano: "Questo vino sa di..." e lì viene giù mezza t avola tassonomica del Linneo, dalla viola mammola, al muschio, alla mora, alla mela Golden.

Nessun vino sfugge all'imperativo categorico di scorgervi molecole odorose proprie di altre cose che non siano l'uva.

Spesso la forzatura è in agguato e così ci può scappare l'azzardata allusione alla rosa Tea (quella, non una qualsiasi!); alla crosta di pane (magari di Altamura, a voler essere spericolati); al pelo di gatto bagnato (con una impercettibile titubanza circa l'origine persiana o bir mana del f elino); al "goudron", nome francese chic e aggraziato del vile catrame; fino all'aroma (e qui gli occhi sprizzano goliardia) di "pipì di gatt o" (sic), specifico, così pare, del Sauvignon. Salvo essere seppellito subito dopo da una grassa risata e liberatoria e oltraggiosamente immemore dell'ammirazione accesa poco prima da descrizioni e accostamenti meno strambi.

Nella sua ansia di motivare il suo vezzo di strologare sul vino anzic hé degustarlo senza indisponente enfasi verbale, l'amico *eno-snob* tentò un'altra spiegazione: a farlo diverso dagli "altri", a suo dire, non era tanto la sua ricercata padronanza del fine disquisire enologico. No, c'era un altra, robusta, ragione: c'era di mezzo l'enzima. Chi è capace di tirar tardi davanti al bicchiere senza temere di dire cose sconce o ignominiose è uno che ha nello stomaco scorte smodate di *alcol-deidrogenasi*. Che è appunto l'enzima che ti fa "reggere" il vino anche dopo due bottiglie, senza che ne risenta il tuo senno.

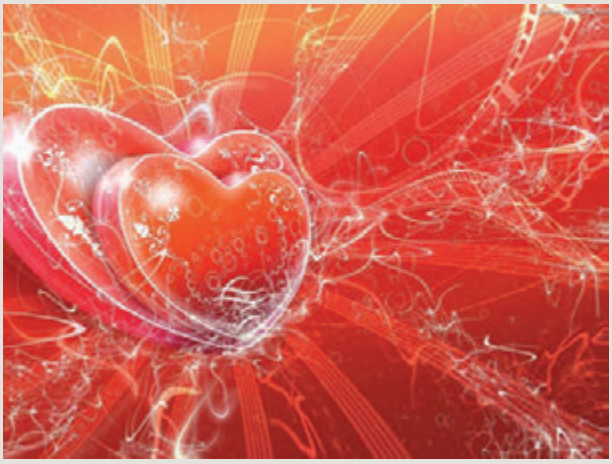
Bene, l'*eno-snob* mi confidò che lui l'enzima non ce l'aveva se non in misera quantità. E questa sua tara innata lo gettava, dopo ap-

pena due dita dell'invitante nettare, in una seccante fase pre-ipnica con annesso biascicare di corbellerie. E non poteva permetterselo: ne andava della sua reputazione e credibilità in fatto di saperi enologici!
"Sicché", argomentò l'*eno-snob*, "non potendo scolarmi impunemente il mio rosso con il fervore dei veri bevitori, sto lì a far roteare il calice fra le dita per scrutarne i riflessi, perlustrarne gli aromi e soppesarne i tannini". E gli altri, zotici ottusi, a esclamare: "Che palle!".
"Però – aggiunse l'amico *eno-snob* (e cardiologo) - dovevi vedere le loro facce se solo accennavo agli effetti benefici della *modica quantità* sulla salute! Sull'aggettivo "modica" - continuò - ho rischiato sputi in faccia e sprecato più fiato che tra i filari del Monferrato o sulle terrazze vitate delle Cinque Terre". "Quanto è il tuo "modico"?, gli chiedevano, pronti a ribattere con impietosi gestacci e decisi "E come, no! Dammi sto bicchiere e fammi bere in santa pace!", se la sua "prescrizione" scendeva sotto il tre quarti a pasto. Uno, sedicente istruito sull'argomento, parodiava Nino Manfredi e, accennando ai polifenoli e agli iper-citati omega-3, spiegava: "Più ne mandi giù, più ti tira su... l'HDL! E meglio ancora se al rosso ci abbini il pesce azzurro!". E su questa eresia riprendeva il battibecco tra il sedicente salutista e il gaudente per niente disposto a transigere sull'inconciliabilità tra vini rossi e pesce, "e al diavolo le arterie!".
Durante uno di questi interminabili sproloqui sul vino assai minacciosi per l'equilibrio mentale dei presenti, uno degli intervenuti, urologo, finto conciliatore e ambiguo agitatore, decretò con tono decisivo, ad ogni sturar di bottiglia nuova: "Sa di tappo!". Poi, un po' pago dell'esito della sua punzecchiatura e un po' impensierito per le stizzite obiezioni di quelli che ormai il vino lo avrebbero bevuto pure in una scarpa, riprese a versare e virò prontamente sulle prostate, argomento a lui più familiare e più consono all'età media degli astanti. Destò l'interesse di quelli che poco prima avevano faticato a svuotare le loro vesciche stracolme ma non riuscì a distrarre i più avvinazzati. Questi, ormai drammaticamente depauperati di enzima e di *self-control*, tornarono alla materia che più stava loro a cuore e chiusero la serata in coro con i versi di un poeta anonimo spesso citati da Luigi Veronelli (i pudichi mi scuseranno): "Io brindo al sole che i grappoli indora/Io brindo al fico e alla sua signora".

Lettere a Cuore e Salute

D. Il rumore della valvola

Venti anni fa mi è stata sostituita la valvola aortica con una valvola metallica Sorin 23, perché non funzionava più in modo accettabile.
Cinque anni fa mi è stata sostituita l'aorta ascendente ed il seno di valsalva non coronarico con una protesi vascolare perché era presente un aneurisma.
Le operazioni sono andate molto bene e adesso posso condurre una normale vita per un soggetto di 66 anni.
Il Signore della Vita che mi accompagna nei miei pensieri, nelle mie sensazioni e nei miei sentimenti da cinque anni lo sento più vicino specialmente la notte quando a letto avverto abbastanza nitidi i battiti del cuore.



Non ho di che lamentarmi però mi piacerebbe sapere se quei battiti, più netti ed evidenti di quando non avevo protesi internamente, possono indicare che l'apparato cardio-circolatorio, recuperato al meglio con interventi necessari, lavora adesso con qualche handicap, difficoltà esplicitata dal rumore evidente dei battiti.
Vi risulta che siano stati fatti degli studi al riguardo?
Un cardiologo mi ha riferito di aver incontrato pazienti operati in cui il rumore dei battiti del cuore era molto evidente, addirittura si potevano ascoltare alla distanza di 2–3 metri circa. Come giudica questi casi?
In attesa di una vostra cortese risposta resto un attento ed entusiasta lettore di "Cuore e Salute" e saluto molto cordialmente.

Mario D.L., Pescara

R.

Caro signor Mario,
è un conforto per noi medici leggere una lettera come la sua, che racconta una storia cardiochirurgica andata bene, come per fortuna molte altre; che trasmette fiducia nella

medicina moderna, premiata dai tanti progressi sia nella diagnosi che nelle riparazioni; ma soprattutto che è capace di proiettare il paziente nel soprannaturale. Sono certo che la sua esperienza farebbe felice un osservatore attento di queste cose come il Cardinale Gianfranco Ravasi.
Per quanto riguarda le sue preoccupazioni sul rumore che la valvola trasmette, specie durante le ore notturne, essa è solo un segno di buon funzionamento di quella protesi artificiale, come dice il suo cardiologo. Lo prenda come il "conforto" che Leopardi sentiva la notte quando "viene il vento recando il suon dell'ora dalla torre del borgo". Raccontava un mio maestro di cardiologia, che visse l'epoca delle prime valvole artificiali, il cui rumore ad ogni battito si udiva a distanza di molti metri, che soleva portarsi a lezione uno di questi primi pazienti, un frate mansueto, per far sentire agli studenti quella meraviglia della chirurgia.
Cordiali Saluti.

Eligio Piccolo

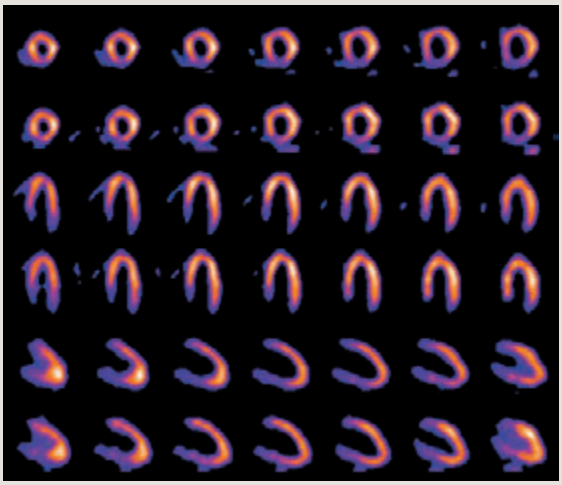
D. Scintigrafia

Sono un vecchio soggetto con un pregresso infarto e con uno o due stent medicati (64 anni attuali e 7 anni fa' l'evento); i miei cardiologi indicano la scintigrafia ogni due anni, ma i medici preposti del mio Ospedale di riferimento sono contrari!!
Io vorrei stare tranquillo in tutti e due i sensi: prevenzione sì ma senza rischi di tumori secondari!!!
Grazie.

Claudio D.P., Roma

R.

Gentile Sig. Claudio,
apprezzo il suo buon senso. La scintigrafia non va demonizzata; è un esame importante che sa svelare un'eventuale sofferenza del cuore dovuta ad uno o più restringimenti delle arterie coronarie. Impiegando un linguaggio medico, nel suo caso evidenzia una ischemia da sforzo, che potrebbe essere in relazione alla restenosi dello stent.



Ripetere la scintigrafia ogni due anni mi sembra però eccessivo, per le radiazioni che l'esame comporta, per il suo costo ed infine per la sua scarsa utilità.
Il processo di restenosi dello stent si estingue nei primi 6-9 mesi ed è, a mio modo di vedere, in questo lasso di tempo che può essere prescritta una scintigrafia.
Negli anni successivi mi affiderei alle più semplici prove da sforzo, con l'intento di escludere che nelle sue arterie del cuore si siano formati nuovi restringimenti.
Infonda la sua saggezza ai medici che l'hanno in cura: con un sistema sanitario al collasso gli esami costosi vanno evitati quando non sono strettamente necessari.
Cordiali saluti.

Francesco Prati

Conoscere e Curare il Cuore 2013

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

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

Programma preliminare

Coordinamento: Francesco Prati
Segreteria: Alessandra Tussis

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

VENERDÌ 22 MARZO

I SESSIONE
MODERATORI: Alessandro Distante, *Pisa*
Mario Motolese, *Roma*

9.00 **Quanto conta veramente nell'ipertensione scegliere un farmaco piuttosto che un altro?**
Massimo Volpe, *Roma*

9.15 **La bicuspidia aortica: una malattia non sempre innocente.**
Alessandro Boccanelli, *Roma*

9.30 **Da Filippide ai nostri giorni: esiste un nesso tra lo sforzo strenuo e la morte cardiaca?**
Claudio Rapezzi, *Bologna*

9.45 **L'insufficienza cardiaca a frazione d'eiezione conservata: una malattia dell'atrio, del ventricolo o del rene?**
Edoardo Gronda, *Sesto San Giovanni - MI*

10.00 **Discussione**

10.30 **Intervallo**

11.00 - 11.30 **LETTURA MAGISTRALE**
Passato, presente e futuro della cardiochirurgia
Ottavio Alfieri, *Milano*
Introduzione di Claudio Cavallini, *Perugia*

II SESSIONE
MODERATORI: Giuseppe Di Pasquale, *Bologna*
Massimo Uguccioni, *Roma*

11.30 **I nuovi farmaci antitrombotici nella terapia delle sindromi coronariche acute: meglio o peggio degli inibitori P2Y12.**
Giuseppe Biondi Zoccai, *Roma*

11.45 **Le nuove linee guida nella prevenzione cardiovascolare: alla ricerca dell'aterosclerosi subclinica.**
Gian Francesco Mureddu, *Roma*

12.00 **L'impiego della TAC nel triage del dolore toracico: presente o futuro?**
Claudio Cavallini, *Perugia*

12.15 **Il circolo collaterale nella cardiopatia ischemica. Migliora la prognosi?**
Filippo Ottani, *Forlì*

12.30 **Discussione**

III SESSIONE
MODERATORI: David Antoniucci, *Firenze*
Cesare Greco, *Roma*

15.00 **I farmaci antiipertensivi vanno assunti la sera?**
Paolo Verdecchia, *Assisi*

15.15 **Troponina ad alta sensibilità e sindromi coronariche acute. Come e quando impiegarla?**
Marcello Galvani, *Forlì*

15.30 **Nuove frontiere nel trattamento dell'ictus: l'angioplastica delle carotidi e delle arterie cerebrali.**
Bernhard Reimers, *Mirano - VE*

15.45 **Dal trattamento del raffreddore alla prevenzione dell'infarto ed infine del cancro: l'aspirina.**
Claudio Borghi, *Bologna*

16.00 **Discussione**

16.30 **Intervallo**

IV SESSIONE
MODERATORI: Gian Franco Gensini, *Firenze*
Maddalena Lettino, *Rozzano - MI*

17.00 **La terapia antiaggregante nel paziente con NSTEMI: molti dubbi, qualche certezza.**
Stefano Savonitto, *Reggio Emilia*

17.15 **La rivincita dello stent medicato. Con le nuove tecnologie il tasso di trombosi è persino inferiore a quello dello stent BARE.**
Tullio Palmerini, *Bologna*

17.30 **Il programma "Heart Flow". La TAC con valutazione funzionale dei restringimenti coronarici: razionale e risultati.**
Filippo Cademartiri, *Monastier di Treviso - TV*

17.45 **Che cosa succede dopo 10 anni di terapia con statine? I dati dell'Heart Protection Study.**
Francesco Bovenzi, *Lucca*

18.00 **Discussione**

SABATO 23 MARZO

V SESSIONE

MODERATORI: Mario Albertucci, *Roma*
Diego Ardissino, *Parma*

9.00 **Qualche buona ragione per evitare la rivascolarizzazione mediante angioplastica delle ostruzioni croniche.**
Corrado Tamburino, *Catania*

9.15 **aVR, la derivazione negletta che diventa protagonista.**
Eligio Piccolo, *Mestre - VE*

9.30 **La robotica in cardiochirurgia.**
Francesco Musumeci, *Roma*

9.45 **La genetica per individuare il rischio cardiovascolare.**
Possiamo andare oltre i fattori di rischio?
Piera Angelica Merlini, *Milano*

10.00 **Discussione**

10.30 **Intervallo**

11.00 - 11.30 **LETTURA MAGISTRALE**

Le cellule staminali nella cardiomiopatia ischemica: qualcosa si muove
Roberto Ferrari, *Ferrara*
Introduzione di Luigi Tavazzi, *Cotignola - RA*

SIMPOSIO **"CAUSE E CURA DELL'INFARTO"**

MODERATORI: Attilio Maseri, *Firenze*
Gaetano Thiene, *Padova*

11.30 **Le dissezioni coronariche spontanee.**
Cristina Basso, *Padova*

11.45 **Insufficienza renale ed infarto miocardico.**
Filippo Crea, *Roma*

12.00 **Calcificazioni focali ed emorragia di placca: elementi di instabililtà.**
Eloisa Arbustini, *Pavia*

12.15 **Cause dell'infarto: la ricerca di nuove evidenze.**
Francesco Prati, *Roma*

12.30 **Discussione**

VI SESSIONE

MODERATORI: Bruno Domenichelli, *Roma*
Enrico Natale, *Roma*

15.00 **Tre diversi trattamenti della stenosi aortica: impianto di valvola percutanea, valvuloplastica e sostituzione valvolare chirurgica. A chi riservarli?**
Antonio Marzocchi, *Bologna*

15.15 **Nuovi inibitori del recettore P2Y12: luci ed ombre.**
Leonardo Bolognese, *Arezzo*

15.30 **Stratificazione del rischio con ecodoppler nel paziente con stenosi aortica asintomatica: nuovi concetti.**
Giovanni La Canna, *Milano*

15.45 **La logica delle aritmie.**
Carlo Pappone, *Cotignola - RA*

16.00 **Discussione**

16.30 **Intervallo**

VII SESSIONE

MODERATORI: Paolo Brunetti, *Perugia*
Giancarlo Piovaccari, *Rimini*

17.00 **Come va individuata la malattia delle coronarie nel diabetico asintomatico?**
Fausto Rigo, *Mestre - VE*

17.15 **Il trattamento della coartazione dell'aorta: tecniche vecchie e nuove a confronto.**
Luigi Ballerini, *Roma*

17.30 **Quale è il ruolo dell'ablazione transcatetere della fibrillazione atriale nei pazienti con scompenso cardiaco?**
Fiorenzo Gaita, *Torino*

17.45 **Modi diversi per curare l'infarto rimuovendo il trombo.**
Fabrizio Imola, *Roma*

18.00 **Discussione**

DOMENICA 24 MARZO

VIII SESSIONE

MODERATORI: Fulvio Camerini, *Trieste*
Luigi Tavazzi, *Cotignola - RA*

9.15 **La miocardite virale: diagnosi, prognosi e cura.**
Gianfranco Sinagra, *Trieste*

9.30 **La sincope. Cosa c'è di nuovo?**
Michele Brignole, *Lavagna*

9.45 **Aumentare l'HDL per ridurre il rischio cardiovascolare. Vale la pena di insistere?**
Raffaele De Caterina, *Chieti*

10.00 **L'ipertensione arteriosa resistente: come diagnosticarla e trattarla.**
Enrico Agabiti Rosei, **Brescia**

10.15 **Risultati a lungo termine degli interventi valvolari percutanei.**
Antonio Colombo, *Milano*

10.30 **L'ablazione delle arterie renali. Dal controllo della pressione ai possibili benefici nella cura dell'iperglicemia e dello scompenso.**
Francesco Versaci, *Roma*

10.45 **L'ablazione del nodo atrioventricolare nel trattamento della fibrillazione atriale. È ancora di attualità?**
Filippo Stazi, *Roma*

11.00 **Discussione**

Per informazioni e modalità di iscrizione consultare il sito **www.centrolottainfarto.it** e cliccare su: ***"Congresso Conoscere e Curare il Cuore"***

Segreteria Organizzativa: Centro per la Lotta contro l'Infarto Srl
Viale Bruno Buozzi, 60 • 00197, Roma • Tel. 06 3218205 - 06 3230178 • Fax 06 3221068
email: clicon@tin.it • www.centrolottainfarto.it

Quaderno a Quadretti

di **Franco Fontanini**

Il messaggio di Max

Non ci stancheremo mai di sostenere che tutti dovrebbero mettersi in grado di soccorrere chi è colpito da attacco cardiaco.
I recenti tragici avvenimenti riaprono, come sempre, le discussioni su ciò che è più utile.
Mai come in questo caso viene in mente John Grisham, l'autore di tanti fortunati thriller dedicati a conflitti legali o di soccorso il quale scrisse che tutti i problemi futili vengono risolti prontamente, mentre quelli importanti mai. Auguriamoci che questa volta si sia sbagliato.
Tanti propongono i defibrillatori come rimedio più sicuro e da attuare senza ulteriori esitazioni ma purtroppo non può essere così semplice e rapido.

Come tutti sanno il defibrillatore è lo strumento che permette, tramite la cardioversione, cioè la *scarica* di un condensatore elettrico mediante due elettrodi applicati al torace, di ripristinare il ritmo normale del cuore che improvvisamente ha smesso di funzionare.
Così è, ma dietro questa apparente semplicità ci sono numerosi problemi, il primo dei quali è l'urgenza, perché la cardioversione per essere efficace deve essere fatta entro pochi minuti dall'attacco cardiaco da cui la necessità di dislocare un enorme numero di defibrillatori in tutti gli ambienti in cui si prevede che possa essere necessario, cosa assolutamente impensabile per motivo di costi. Altra difficoltà: a tiro del defibrillatore dovrebbe trovarsi sempre una persona in grado di usarlo appropriatamente. Le altre varianti proposte per l'impiego dei defibrillatori sono tutte altrettanto impraticabili o inadeguate.
Da qui la necessità di trovare altre vie. Quella di più facile realizzazione è che il maggior numero di persone imparino, volontariamente, le manovre

che si debbono fare per soccorrere chi è colpito da attacco cardiaco e perde la coscienza per arresto cardiocircolatorio, in modo da intervenire immediatamente.
Non sarà la salvezza generale, d'accordo, ma consentirà a molti ammalati di sopravvivere per qualche tempo, nell'attesa di ambulanze attrezzate o di poter essere trasportati al pronto soccorso più vicino.
È il solo provvedimento sempre praticato che abbiamo a disposizione e che può dare risultati tanto migliori quanto più numerosi saranno i volontari addestrati a farlo.
Per la preparazione basta un breve corso accessibile a tutte le persone di buona volontà. A dimostrazione riportiamo un caso accaduto alcuni anni fa in Gran Bretagna che sarebbe s tato opportuno divulgare molto più di quanto venne fatto.
Un giovanotto di ventisei anni di nome Max Comprass, da tre addetto a riordinare i carrelli di un supermercato della catena "Safeway" ad Hammersmith, un quartiere occidentale di Londra, mentre svolgeva il suo lavoro vide una donna accasciarsi a terra priva di coscienza, colta da malore mentre si accingeva ad entrare nel supermercato. Pochi mesi prima Max aveva svolto un corso per praticare soccorsi sanitari di emergenza organizzato dalla "St. John Ambulance Brigade". Senza esitare il giovane accorse e mise in pratica ciò che aveva appreso al corso fino a quando giunse l'ambulanza chiamata dal gestore del supermarket.
Al ritorno a casa Max raccontò alla madre: "Stamani ho aiutato una donna, l'ho baciata sulla bocca e dopo un po' ha riaperto gli occhi".
La madre non si rese conto di ciò che era accaduto, anche perché il figlio non era normale, ma portatore di sindrome di Down, da due anni addetto a un lavoro adatto alle capacità di un "mongoloide".
Dopo diversi giorni la madre seppe che Max aveva soccorso una donna che era stata colpita da grave infarto e che i medici dell'ospedale avevano detto che senza l'intervento di suo figlio, che aveva praticato immediatamente il massaggio cardiaco e la respirazione bocca a bocca, ben difficilmente sarebbe sopravvissuta.
Un portavoce del "Mencap", un'organizzazione inglese di beneficenza che si occupa di handicappati mentali, dichiarò ai giornali: "Siamo felici di questa storia che dimostra come anche gli handicappati mentali siano in grado di dare il loro contributo purché sia loro permesso di restare nell'ambito della comunità e non vengano isolati dal mondo".
Max Comprass ebbe una medaglietta ma non si rese conto che una donna di sessant'anni, colpita da grave infarto del miocardio, viveva ad Hammersmith grazie a lui.

L'ultima cena del Dottor Ottavio

In occasione di una rimpatriata, diversi anni fa, partecipai alla cena di congedo del medico condotto di un paese non lontano da Sassuolo, uno di quegli uomini con qualcosa in più degli altri, difficili da dimenticare, che si tenne in una antica osteria, di quelle in via di estinzione dove sopravvivono tigelle e gnocco fritto.
Vi partecipavano una quarantina di medici, tutti dai cinquanta in su.
Quando tutti fummo seduti, il festeggiato, precedendo a sorpresa il presidente dell'ordine che si accingeva a prendere la parola, ringraziò tutti i presenti, ma il suo flebile saluto venne udito da poc hissimi. Tutti erano sor presi

Miniatura policroma dipinta a mano che attesta che Domenico Puglisi Allegra figlio di Michele, è diventato medico in nome di S.M. Umberto I° per grazia di Dio e Volontà della Nazione e d'Italia, in data 1896

Carta grigia da pacchi un po' sbiadita incollata su cartone, di dimensioni molto minori dei certificati precedenti, di Stefano Puglisi Allegra, medico "in nome della legge" in data 19 dicembre 1970

Cartone con decorazioni monocrome a stampa che dichiara che a Michele Puglisi Allegra figlio di Domenico è stata conferita la laurea di dottore in medicina e chirurgia il 25 novembre 1936

Carta bianca per fotocopie che informa che a Michele Puglisi Allegra è stata conferita la laurea in odontoiatria e protesi dentaria.

perché il dottor Ottavio era notoriamente restio a parlare in pubblico.
Esordì senza preamboli dicendo che fin da ragazzo aveva sognato di diventare il medico della gente del suo paese e c he il Padre Eterno l'aveva accontentato per quasi quarant'anni. Da bambino ricordò che era sempre lui che aspettava il medico nella s trada per accompagnarlo alla casa dell'ammalato, lo sentiva come un dovere ed era orgoglioso. Il paese era piccolo allora, quando vinse la condotta aveva poco più di mille persone, neanche un'automobile, per telefonare si andava all'ufficio postale.
A quel tempo, alla fine della visita, in tutte le case c'era l'asciugamano di bucato, la saponetta al lisoformio che veniva scartata in sua presenza, il caffè e se l'ammalato era benestante, il bicchiere di nocino che non si poteva rifiutare anche se faceva girare un po' la testa. Poi, grazie alle ceramiche, gli abitanti salirono a quattromila e le macchine ad alcune centinaia. Negli anni cinquanta, c'era ancora l'asciugamano pulito, la saponetta era sempre più spesso usata e scomparvero progressivamente il caffè e il nocino.
Negli anni sessanta-settanta scomparve l'asciugamano di bucato e veniva indicato il nuovo bagno di maiolica se voleva lavarsi le mani. Il ragazzo in strada in attesa era scomparso da anni. Ho voluto esporvi, oggi, queste considerazioni che ho fatto dentro di me per molti anni e che lascio a voi come mio ricordo e mi chiedo se ci sono responsabilità nostre in questo declino del prestigio della nostra professione. Dovremmo tutti fare un esame di coscienza. Io non ho mai sopportato di essere degradato a medico di base. Vi abbraccio tutti, concluse con gli occhi un po' lucidi.
Non ho mai dimenticato quella cena che ho ritrovata illustrata a casa di mia f iglia a Desenzano, dove nella stanza dei libri che nessuno leggerà più, ci sono quattro diplomi di laurea in medicina, diversi l'uno dall'altro. Credo che meglio di ogni altro commento illustrino la decadenza della nostra professione.

Il fisco degli Anacoreti

I primi anacoreti apparvero in Egitto nella seconda metà del III° secolo, probabilmente per sfuggire alle persecuzioni, la vocazione alla vita ascetica tra i cristiani si diffuse per l'opera di Sant'Antonio Abate: vi furono perfino degli anacoreti induisti e buddisti.

Il vero trascinatore in Siria fu un pastore di nome Simeone con vocazione monastica, che a causa del gran numero di proseliti che l'assediavano in continuazione per rivolgergli suppliche e chiedere spiegazioni privandolo di ogni possibilità di vita meditativa e di preghiera, si ritirò sulle montagne per isolarsi dentro grotte e dirupi, ma anche questi rifugi risultarono ben presto inutili. La gente lo inseguiva dappertutto anche solo per toccarlo e strappargli un lembo di abito da custodire come una reliquia e i capelli coi quali curavano i dolori reumatici. Neppure i cani riuscivano a tenerlo isolato. Per trovare vera solitudine salì su un'alta colonna sulla quale visse, senza mai più scendere, per quarant'anni. Per il popolo divenne San Simeone stilita, il vecchio.

Ben presto il suo esempio venne seguito da moltissimi come una nuova forma di ascetismo, tanto che le colonne disponibili si esaurirono e molti se le costruirono da soli sempre più alte. Non fu una moda transitoria come dimostra un altro San Simeone, stilita il giovane, famoso oltre due secoli dopo.

Sembra che a spingere molti cristiani a diventare anacoreti fosse la riforma fiscale voluta da Diocleziano, imperatore dal 284 al 305, per potenziare l'esercito e ammodernare l'amministrazione. Atanasio, biografo di Sant'Antonio, scrisse che nelle grotte e sulle colonne nessuno era più tormentato dall'esattore delle tasse.

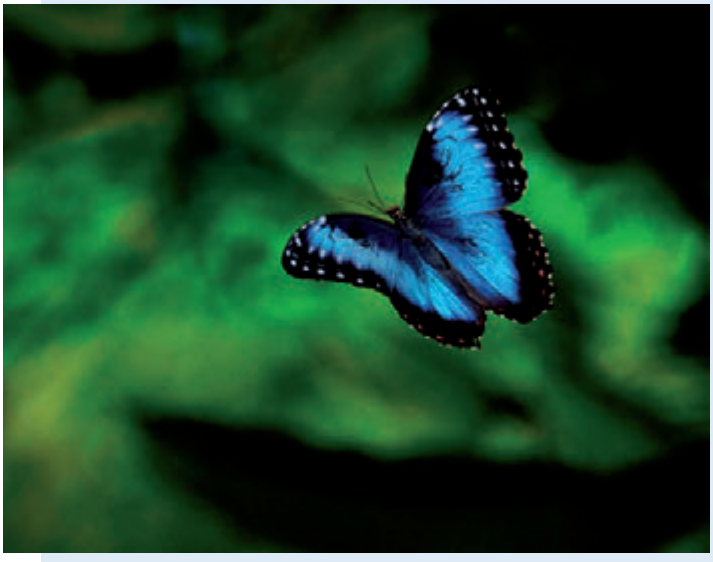
La vita degli stiliti dell'Asia Minore era molto dura, l'unico riparo, un piccolo ombrello, l'alimentazione rigorosamente vegetariana, a base di datteri portati dai fedeli che li legavano a dello spago, ciò nonostante godevano di buona salute, erano tutti longevi, molti superavano i cento anni. Le pochissime morti premature erano tutte dovute a fulmini.

Ai piedi delle colonne sostava ininterrottamente una folla di seguaci, un piccolo quadrato era inaccessibile a tutti per molte ore della giornata e sempre vietato alle donne. Molti stiliti raggiunsero grande prestigio e grande rilevanza sociale oltre che spirituale e l'ascetismo divenne un modo sempre più diffuso per sottrarsi ad ogni obbligo fiscale, il governo siriano, per ridurre l'evasione fiscale mise una forte tassa agli stiliti, considerati gli eremiti con le maggiori possibilità economiche: inizialmente venne pagata con le collette dei seguaci, ma in seguito venne respinta.

In tempi fiscalmente pesanti come l'attuale, non si potrebbe studiare qualche nuova forma di ascetismo esentasse?

Lo sport che causa il Flutter

Parola magica questo flutter, sia per il paziente che se lo sente diagnosticare che per il profano in genere. Ma cos'è e che significa la parola esotica? Gli dicono che è una specie di fibrillazione atriale, la risposta è corretta poiché spesso vi si associa, o meglio, si alterna in differenti momenti della storia clinica dei casi che vanno soggetti a queste aritmie. Peraltro quasi sempre benigne e che devono solo essere sorvegliate nel tempo. Il termine è inglese e ci riporta al frullare di ali della farfalla, che naturalmente è ritmico, a differenza della fibrillazione in cui è disordinato. Ci si accorge perché il cuore viaggia a frequenza obbligatoriamente elevata, verso i 150 per minuto; non si risolve da solo e spesso nemmeno con farmaci, ma lo si arresta con una piccola stimolazione elettrica. Ricordo che fino agli anni '60 per dominarlo bisognava trasformarlo, con l'uso di certi farmaci, in una fibrillazione atriale, che già da allora si poteva gestire più facilmente nell'impedire che il cuore andasse troppo svelto. Oggi coloro che ne vanno ripetutamente soggetti possono beneficiare dell'ablazione, più semplice di quella per la fibrillazione e più risolutiva.
La novità di questi giorni è che nei soggetti con cuore "sano", esente da malattie evidenti, l'insorgenza del flutter è nettamente più frequente tra quelli che praticano sport che tra i sedentari. Deve trattarsi però di uno sport di resistenza (ciclismo, podismo e nuoto) e relativamente impegnativo, di almeno 3 ore settimanali. Il campione esaminato da Guido Claessen e collaboratori dell'Università belga di Leuven (Heart 2011;97:918), la cui valutazione giustifica tali conclusioni, era di 638 pazienti poi sottoposti all'ablazione del flutter atriale. Erano prevalentemente maschi (90%), di età inferiore ai 65 anni e confrontati con soggetti di pari età, sesso e senza aritmie. La proporzione di sportivi con le caratteristiche sopra indicate era significativamente più alta negli affetti da flutter (31%) che nei controlli (8%). Si notava anche una grandezza lievemente maggiore dell'atrio sinistro nei primi rispetto ai secondi, ad indicare che l'attività sportiva in quei casi crea i presupposti per l'aritmia stessa, analogamente a quanto succede per i fibrillanti.



Dobbiamo proibire lo sport ludico a quegli sfortunati? Certissimamente no, lo si potrà solo commisurare secondo i casi e, comunque, è preferibile l'ablazione di un flutter ripetitivo piuttosto che rinunciare ai benefici dell'attività fisica.

E. P.

Gigi, Beppe e 5mila Km di spiaggia

Fra le lettere che ci sono pervenute nella ricorrenza del secondo anniversario della scomparsa del professor Prati, una ci ha colpito, quella di Giuseppe Bertoncini che si laureò a Modena con Prati nel 1952, una lettera di un affetto insolito che ha commosso anche me, loro comune amico, mentre l'accorciavo per ragioni di spazio. Per lo stesso motivo non ho potuto pubblicare la grande fotografia con i cinquanta laureandi in medicina del corso 1946-1952 che, come usava in quel tempo, era stata esposta per una settimana nelle vetrine della via Emilia Centro.

F.F.

In quei lontani giorni, scrive Bertoncini, *ci conoscevamo come compagni di corso con Gigi Prati, avevo scambiato qualche discorso occasionale e qualche opinione quando c'incontravamo sotto i Portici del Collegio e intorno al biliardo del bar dell'Università.*
Dopo la laurea ci eravamo persi di vista, lui in giro per il mondo a perfezionarsi nelle più prestigiose scuole di cardiologia, io a fare il dentista a Santa Croce sull'Arno, la mia città.
In un'estate di una quarantina di anni fa, camminando lungo il bagnasciuga della mia amata Versilia ci incontrammo: quasi non credevo ai miei occhi. Ci fu un lungo abbraccio affettuoso e l'amicizia partì con un calore inaspettato. Io avevo seguito la sua carriera attraverso le pubblicazioni scientifiche, dal primariato ad Ancona al suo brillante arrivo a Roma. Mi aveva fatto un immenso piacere rivederlo ed essere riconosciuto e da quel giorno non ci siamo più lasciati.
Ogni anno Gigi passava le vacanze in Versilia e tutti i giorni, al mattino, facevamo una passeggiata da Marina di Pietrasanta al molo di Forte dei Marmi, due chilometri abbondanti, più di quattro al giorno, così per quasi quarant'anni, una volta facemmo il conto, circa 5mila chilometri.
Non si parlava solo di professione anche se io gli chiedevo molte cose sulla cardiologia che cresceva, ma anche e molto di sport, di calcio e soprattutto del Modena dove io avevo giocato nelle squadre giovanili negli anni di università. Questo mio passato sportivo mi avvicinava ancora di più a lui, perché Gigi aveva una venerazione per il Modena, il suo idolo era Brighenti con la sua indimenticabile "ghega". Parlavamo degli amici d'università, della carriera di qualcuno, delle nostre colleghe e di quelli che purtroppo ci avevano lasciati per sempre. Da quel lontano anno del nostro incontro non è mai passato mese in cui non intercorressero fra noi almeno due telefonate: si parlava di tutto ma specialmente di quando ci saremmo rivisti, tanto grande era il piacere di stare insieme.
La nostra è stata un'amicizia diversa nata un po' tardi, in crescendo, ma basata sulla vera, disinteressata stima reciproca e continuata fino alla sua scomparsa. Le sue doti professionali ed umane tutti le conoscete ed io non sto a ricordarle dico solo che sono ancora fortunatamente vivo ma con me vivrà per sempre Gigi Prati.

Aggiornamenti cardiologici

di **Filippo Stazi**

Risultati a due anni della sostituzione transcatetere della valvola aortica (PARTNER Trial): La pubblicazione nel 2012 dei precedenti risultati dello studio PARTNER aveva mostrato che, in pazienti ad alto rischio con stenosi aortica severa, la sopravvivenza ad un anno era simile sia se trattati con sostituzione valvolare tradizionale che con metodica transcatetere (TAVR). Sono ora disponibili i dati relativi a 699 dei pazienti dello studio che sono stati seguiti per due anni. La mortalità è risultata simile nei due gruppi studiati (33,9% nel gruppo TAVR e 35% nel gruppo trattato con chirurgia tradizionale, p = 0,78) così come l'occorrenza di stroke (p = 0,52). I miglioramenti dell'area valvolare erano simili nei due gruppi e si mantenevano anche a distanza di due anni dalla procedura. I pazienti trattati con la tecnica transcatetere presentavano però una maggiore frequenza di insufficienza paravalvolare (p < 0,001) che era associata ad un aumento della mortalità tardiva. La conclusione degli autori è che, nonostante quest'ultimo aspetto, la sostituzione aortica transcatetere costituisce una valida alternativa alla tradizionale tecnica chirurgica in pazienti ad alto rischio. *(New Engl J Med 2012; 366: 1686-1695)*

Ancora PARTNER: Un altro sottostudio del PARTNER ha preso in considerazione 358 soggetti con stenosi aortica severa giudicati non candidabili alla sostituzione valvolare chirurgica. I pazienti sono stati randomizzati a sostituzione valvolare transcatetere (TAVR) o terapia standard (che frequentemente includeva la valvuloplastica aortica con palloncino) e sono stati seguiti per due anni. Al termine del periodo in esame la mortalità totale è risultata del 43,3% nel gruppo TAVR e del 68% nel secondo gruppo (p < 0,001) mentre quella cardiaca è stata rispettivamente 31% e 62,4% (p < 0,001). Il rischio di stroke è stato maggiore nel gruppo TAVR (13,8% vs 5,5%, p = 0,01), nei primi 30 giorni per un aumentato rischio di eventi ischemici (6,7% vs 1,7%, p = 0,02) e successivamente per un eccesso di emorragie (2,2% vs 0,6%, p = 0,16). Le riospedalizzazioni, infine, sono state significativamente ridotte dalla TAVR (35% vs 72,5%, p < 0,001) che ha anche significativamente migliorato la capacità funzionale (p < 0,001). *(New Engl J Med 2012; 366: 1696-1704)*

Aspirina e tromboembolismo venoso (WARFASA Study): Questo interessante studio italiano è partito dal presupposto che circa il 20% dei pazienti con tromboembolismo venoso spontaneo presentano una recidiva entro due anni dalla sospensione della terapia anticoagulante orale (TAO), che il prolungamento della terapia anticoagulante è associato ad un aumento di emorragie e che, infine, il beneficio dell'aspirina in questo contesto non è conosciuto. 402 pazienti, con pregressa tromboembolia venosa e che avevano completato un periodo di 6-18 mesi di TAO, sono stati randomizzati per due anni a 100 mg di aspirina al giorno od a placebo. Una recidiva tromboembolica si è manifestata in 28 soggetti dei 205 che ricevevano l'aspirina e in 43 dei 197 pazienti trattati con placebo (6,6% vs 11,2%, p = 0,02) mentre solo un paziente in ogni gruppo ha presentato un evento emorragico maggiore. La conclusione degli autori è quindi che l'aspirina riduce il rischio di recidiva di tromboembolismo venoso dopo sospensione della terapia anticoagulante orale senza un evidente incremento del rischio emorragico. *(New Engl J Med 2012; 366: 1959-1967)*

Sulla sicurezza dell'uso della Tc coronarica in pronto soccorso: i pazienti che si presentano in pronto soccorso per dolore toracico vengono spesso ricoverati sebbene nella maggioranza dei casi l'origine cardiaca del sintomo venga successivamente esclusa. La Tc coronarica ha un elevato valore predittivo negativo nella diagnosi di coronaropatia ma la sicurezza del suo uso in pronto soccorso non è ancora stabilito con chiarezza. In questo studio, perciò, 1370 pazienti con probabilità bassa-intermedia di sindrome coronarica acuta (TIMI risk score 0-2) sono stati randomizzati ad eseguire una Tc coronarica (908 pazienti) od a ricevere le cure tradizionali (462 soggetti). L'obiettivo principale dello studio era valutare la sicurezza dell'uso della Tc, definita come assenza di infarto o morte cardiaca a distanza di 30 giorni dall'accesso in pronto soccorso, in quei soggetti in cui l'esame radiologico non metteva in evidenza malattia coronarica. 640 pazienti presentarono una Tc negativa e di questi nessuno presentò eventi nei 30 giorni successivi. Rispetto a coloro che venivano trattati in maniera tradizionale i pazienti del gruppo Tc presentavano un più alto tasso di dimissione (49,6% vs 22,7%), una minore permanenza in ospedale (18 ore vs 24,8) ed un più alto tasso di diagnosi di coronaropatia (9% vs 3,5%). La conclusione degli autori è quindi che la Tc coronarica in pazienti a rischio basso-intermedio permette una rapida dimissione di molti soggetti che verrebbero altrimenti impropriamente ricoverati. *(New Engl J Med 2012; 366: 1393-1403)*

Il Leone di S. Marco fra mito e storia

di **Fabio Zampieri** e **Gaetano Thiene**

Il leone di San Marco è un simbolo importante non solo per Venezia, ma per il Veneto intero. La Serenissima disseminò le città sotto la sua dominazione di leoni alati, dove ancor oggi possono essere osservati alla sommità di colonne nelle piazze principali o all'esterno degli antichi edifici amministrativi più importanti.

Prima di chiederci perché mai una città marinara come Venezia abbia adottato un simbolo terrestre come il leone, dobbiamo chiederci perché si parli di Leone "di San Marco", perché cioè tale felino sia stato associato a una delle più importanti figure storiche della chiesa. La ragione sta nel fatto che, sin dai tempi più antichi, ciascun evangelista fu collegato a una delle quattro creature dell'Apocalisse di San Giovanni che venivano descritte in atto di adorazione del Signore all'inizio del libro e che erano un uomo, un vitello, un'aquila e un leone. Matteo fu associato al simbolo dell'uomo perché il suo v angelo incominciava narrando l'infanzia di Gesù, definito "Figlio dell'Uomo". A Luca fu associato il vitello perché il suo v angelo si apriva col sacrificio di Zaccaria. Giovanni fu legato all'aquila, perché il suo vangelo era quello più teologico e il rapace rendeva bene l'idea dell'elevazione cognitiva e spirituale che si respirava leggendo le sue pagine.

Le due colonne di piazza San Marco viste dal mare. A destra quella con il Leone

Il Leone di bronzo sopra la colonna di Piazza San Marco

Marco, infine, fu associato al Leone per due motivi: perché Giovanni Battista, nella vicenda con la quale si apre il vangelo, era raffigurato spesso con una pelle di leone e perché la voce che gridava nel deserto, evocata nei primi versi, richiamava alla mente il ruggito di questo felino. Il leone in seguito divenne alato e fornito di libro e spada per sovrapposizione di altri elementi simbolici. Le ali, come nell'aquila di San Giovanni, indicavano l'elevazione spirituale; la spada, la giustizia di Dio; il libro, la sapienza dell'Altissimo infusa nei suoi evangelisti.
Per capire il motivo per cui Marco, col suo simbolo, fu associato a Venezia dobbiamo rifarci alle leggende intorno alla vita dell'evangelista e a un fatto storico.
Per quello che si conosce in particolare dagli Atti degli Apostoli, sappiamo che Marco abitò a Gerusalemme da giovane e pare che gli apostoli si riunissero a casa sua dopo la morte del Maestro. Seguì Pietro e Paolo in molti viaggi e lo ritroviamo più volte in Italia. Dopo la scomparsa di Pietro, viaggiò in Egitto e la tradizione vuole che fondasse la chiesa di Alessandria, dove trovò la morte martirizzato (il suo corpo fu trascinato per la città da cavalli).
Un'altra tradizione vuole che, prima di andare ad Alessandria, Marco fosse stato inviato da Pietro ad Aquileia per curare l'evangelizzazione del nord-est della penisola. La leggenda racconta che San Marco, nei suoi viaggi di evangelizzazione attraverso la regione, naufragò nei pressi della laguna veneta. Qui, sognò un angelo a forma di leone alato che, oltre a salvarlo, gli disse: "Pace a te, mio evangelista. Qui riposerà il tuo corpo". Con questa frase, che viene appunto riportata, nella sua prima parte, nelle pagine del libro impugnato dal leone alato, l'angelo faceva una profezia: il corpo di Marco avrebbe un giorno riposato in quel luogo, nella laguna veneta, a Venezia.
Non conosciamo le origini della leggenda, ma fu formulata, o almeno s'impose, probabilmente in seguito a un fatto storico realmente accaduto. Nell'828 dopo Cristo, due mercanti veneziani, Buono da Malamocco e Rustico da Torcello, si trovavano ad Alessandria d'Egitto, proprio dov'era custodita la tomba di Marco. Temendo per la sorte delle spoglie custodite nella chiesa di S. Marco di Alessandria, i due mercanti riu-

scirono a corrompere i custodi e a trafugare il corpo dell'evangelista.
A partire dall'arrivo del corpo dell'evangelista, San Marco divenne il simbolo di Venezia, scalzando San Teodoro dal ruolo di patrono della città. Il doge dell'epoca, Giustiniano Partecipazio (?-829), v olle che fosse costruita una chiesa dedicata a San Marco proprio al posto di quella di San Teodoro, a fianco del Palazzo Ducale. Tale chiesa fu ricostruita più volte fra IX e X secolo, fino all'attuale Basilica che domina la Piazza, consacrata nel 1094. Una leggenda vuole che il corpo di San Marco, perduto durante i lavori di costruzione dell'edificio, fosse miracolosamente ritrovato all'interno d'un pilastro della Basilica stessa.
A partire da questo periodo il Leone alato divenne il simbolo assoluto di Venezia e fiorirono molte varianti nella sua rappresentazione. Una delle più comuni, caratteristica dei Leoni alati dipinti o scolpiti in altorilievo, è il cosiddetto Leone "in moeca", cioè il felino visto in prospettiva frontale. La "moeca" è un piccolo granchio tipico della laguna (e della cucina) veneta e il leone in visione frontale, con le ali che spuntano da dietro, può ricordare appunto la sagoma del g ranchio. Altra rappresentazione classica della pittura è quella del Leone le cui zampe anteriori sono posate sulla terra e quelle posteriori sul mare, possibilmente sullo sfondo di Venezia, che sta a indicare il dominio della città lagunare sia sulla terraferma che sull'acqua. Uno dei modelli più famosi fu quello dipinto da Vittore Carpaccio nel 1516 e custodito in Palazzo Ducale. Sempre rimanendo in una prospettiva simbolica, il leone col libro aperto significava che Venezia era in stato di pace, mentre il leone col libro chiuso sotto una zampa e la spada nell'altra significava lo stato di guerra. Ancora, il leone con la spada e il libro chiuso voleva intendere che Venezia delegava la sua sovranità.
Fra i tanti leoni che, come già accennato, sono sparsi per tutto il territorio veneziano, il più famoso, anc he se forse quello meno conosciuto per quanta riguarda le sue origini, è certamente il Leone alato posto su una delle due colonne che costituiscono la porta d'entrata ideale, per chi proviene dal mare, a Piazza di San Marco.
Le colonne, di marmo verde egiziano, furono portate dall'Oriente dal doge Vitale Mi-

Il Leone di San Marco nella Piazza dei Signori di Vicenza

chiel II (?-1172). Una terza colonna cadde in mare durante il trasporto. Fra 1172 e 1184 le colonne furono erette, nel luogo che occupano tuttora, da Nicolò Barattieri, ingegnere civile, sotto il dogato di Sebastiano Ziani (1102-1178). Oltre alla colonna dove riposa il Leone, l'altra è occupata da una statua di San Teodoro, posta nel 1329. Teodoro fu invocato come patrono dai veneziani fino al XII/XIII secolo, poi fu, come già detto, sostituito nel culto da S. Marco, sebbene, almeno ufficialmente, Teodoro sia ancora l'unico patrono della città lagunare.
In epoca medievale, sotto le colonne, c'erano piccole botteghe di legno per il commercio di beni alimentari. Fra XVII e XIX secolo questo spazio fu invece consacrato alle esecuzioni capitali. Nacque così un modo di dire veneziano: "Te fasso veder che ora che xe" perché l'ultima cosa che vedeva il condannato era proprio la torre dell'orologio, edificata nel 1499, posta dal lato opposto della piazza San Marco.
Giungiamo finalmente al leone della colonna. L'artefatto di bronzo fu probabilmente acquistato dal doge Sebastiano Ziani (1102-1178), lo stesso sotto il cui dogato furono erette le colonne nel 1100. Il doge infatti aveva importanti commerci con l'oriente, da cui il leone proveniva. Le sue dimensioni, sulla base dei rilievi dell'ultimo restauro del 1985, sono di 2,26 mt di altezza al culmine dell'ala, per 1,60 mt di larghezza delle ali, per 2,90 mt di lunghezza che diventano 4,40 mt con la coda, e 28 quintali di peso. Si tratta quindi d'una statua molto grande e massiccia, la cui grandezza probabilmente non è colta del tutto visti i 15 metri di altezza della colonna su cui è posta.
Dal punto di vista della documentazione scritta, la prima testimonianza dell'esistenza del Leone è piuttosto tarda e risale al XIII secolo. Si tratta d'una deliberazione del Maggior Consiglio, datata 14 maggio 1293, in cui si riportava che il leone "sopra la colonna" doveva essere "aptari" con i denari ricavati dai dazi sui vini e sui legnami. Il significato di questo "aptari" è ambiguo: poteva significare sia "essere restaurato", sia "essere adattato". Nel primo caso si poteva trattare d'un restauro dovuto allo stato di conservazione dell'antico manufatto, che già all'epoca poteva avere oltre cinquecento anni. Nel secondo caso si poteva trattare dell'adattamento d'un artefatto che chiaramente non era stato modellato, in epoca più remota, per fungere da simbolo di San Marco. L'unica cosa certa, sulla base di questa prima testimonianza, era che si doveva trattare d'un restauro piuttosto costoso, visto che fu necessario ricavare il denaro dai dazi sui vini e sui legnami.
Una seconda testimonianza risale a qualche secolo dopo, ricavata dai diari di due cronisti dell'epoca, Marin Sanudo e Girolamo Priuli, datata 6 maggio 1510. Infine, un'altra testimonianza importante risale all'epoca della caduta della Repubblica di Venezia il 12 maggio 1797. Come si sa, la repubblica cadde nelle mani dei francesi, i quali si affrettarono a distruggere molti dei simboli di Venezia, ma portarono a Parigi il leone della colonna e la quadriga sopra la chiesa di San Marco. Il leone fu posto nella piazza Des Invalides a Parigi sopra una fontana con 'la coda fra le gambe'. Rimase in questa siste-

mazione dal 1807 al 1815, quando fu riportato a Venezia. Il monumento a Parigi portava la seguente iscrizione:
"NAPOLEONE RE IMPERATORE DECISE DI ERIGERE IL LEONE DI VENEZIA PRESO IN TROFEO A MEMORIA DELL'INSIGNE VIRTU' DI REGGIMENTI DI MILITI ILLUSTRI"
Il Leone di San Marco tornò a Venezia in pessimo stato. È documentato, infatti, che nel 1815 lo scultore Bartolomeo Ferrari (1780-1844) eseguì un restauro radicale che comportò la ricostruzione intera delle ali, quelle che ancora oggi vediamo, di entrambe le zampe anteriori e della posteriore sinistra, di parte del posteriore del corpo e della coda. Un ultimo restauro, prima di quello avvenuto negli anni Ottanta del Novecento, fu opera dell'archeologo e architetto veneziano Giacomo Boni (1859-1925) fra 1891 e 1892.
Questi restauri recenti posero la questione dell'origine dell'artefatto, che, a ben vedere, non aveva nemmeno l'aspetto d'un leone vero e proprio, soprattutto per quanto riguardava il muso dal vago sapore antropomorfo. La realizzazione naturalistica del corpo faceva pensare a una manifattura di origine greca e il volto mostruoso invece a un'origine medio orientale. Ricordava, vagamente, persino i dragoni della cultura cinese. Dai rilievi effettuati nel corso degli ultimi restauri novecenteschi si scoprì che si trattava d'una creatura alata sin dal principio. Si capì inoltre che sulla sommità del capo doveva esserci qualcosa, come un paio di corna, oppure la testa doveva fungere come appoggio di qualcos'altro, come i piedi d'una divinità. Questi e altri indizi confermarono la teoria che si trattasse d'un manufatto di epoca classica di or igine medio orientale. In Anatolia, Siria e Babilonia settentrionale, infatti, i leoni alati erano utilizzati come suppor to di divinità, come la famosa dea Ishtar o gli dei Hali e Ashur. I simboli della divinità furono sradicati in seguito alla conquista di quelle zone da parte di popolazioni straniere e il leone, spogliato della sua funzione di supporto, trovò collocazione definitiva nella terra lagunare, dove si prestò agevolmente a divenire il simbolo di San Marco Evangelista e della Serenissima.

aforismi

Non ti preoccupare del domani: chi sa che cosa ti potrà capitare oggi.
> Talmud

Per essere onesti bisogna essere anche un po' ricchi, altrimenti è troppo difficile.
> G. Bocca

Il problema nostro è che ciò che fa il 90 per cento dei nostri politici rovina la reputazione di tutto l'altro dieci per cento che opera bene.
> Anonimo

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

Una volta credevo che il contrario di una verità fosse l'errore e il contrario di un errore la verità. Oggi una verità può avere per contrario un'altra verità e l'errore un altro errore.
> E. Flaiano

I funzionari sono come i libri di una biblioteca. Quelli più in alto sono quelli che servono meno.
> G. Clemanceau

L'umile è un virtuoso, il modesto un ipocrita.
> D. Naif

Chi è innamorato di se stesso ha il grande vantaggio di avere pochi concorrenti.
> G. C. Lichtenberg

La storia non è altro che l'attività di esseri umani impegnati nel perseguimento dei propri fini.
> K. Marx

a cura di Franco Fontanini

I moscerini maschi hanno una vista acutissima che gli è indispensabile per fare sesso.
> G. Morione

Il genio è una conquista, la stupidità è un dono di natura.
> F. Fontanini

L'amnistia è un atto attraverso il quale i governi perdonano le ingiustizie che hanno commesso.
> R. Veron

La mezza età per il maschio arriva a tradimento, senza che se ne avveda, per la donna quando lo decide lei dopo averci pensato a lungo.
> F. Fontanini

Sorridi, domani sarà peggio.
> A. Block

Le verità possono stancare o irritare solo per essere "troppe".
> M. Vassalle.

Nulla è più insopportabile di una ignoranza attiva.
> J. W. Goethe

Chi non legge è un carcerato nel mondo.
> U. Galimberti

Nessun vero problema ha una soluzione.
> A. Block

Non togliermi le rughe, le ho pagate tutte care.
> A. Magnani

Si è sempre troppo giovani o troppo vecchi per imparare bene ad essere l'uno o l'altro.
> E. Flaiano

Sostenete e diffondete
Cuore e Salute

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

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

MODULO PER ISCRIVERSI ALLA FONDAZIONE O PER ISCRIVERE UN AMICO

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

CENTRO PER LA LOTTA CONTRO L'INFARTO - FONDAZIONE ONLUS

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

CODICE FISCALE .....

VIA ..... CAP ..... CITTÀ .....

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

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

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

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

☐ VERSAMENTO SU C/C POSTALE N°64284003

☐ BONIFICO BANCARIO IBAN IT 56 Y 01005 03213 000000012506

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

☐ ASSEGNO NON TRASFERIBILE

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

AI NOSTRI LETTORI

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

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

LA NOSTRA RICERCA FA PROGRESSI MA HA SEMPRE BISOGNO DEL TUO SOSTEGNO

Il miglioramento della prevenzione e della terapia dell'infarto è parte fondamentale del programma di ricerca della nostra Fondazione.
Prosegue con buoni risultati il nostro studio per acquisire maggiori e migliori conoscenze sui fattori di rischio. Se infatti restano validi quelli tradizionali - fumo, obesità addominale, colesterolo alto, pressione alta, diabete, stress – è tuttavia necessario andare oltre e scoprire perché soggetti fortemente a rischio non sono colpiti da infarto, mentre altri, apparentemente non a rischio, lo sono. Proprio questo è l'obiettivo dello **studio Opposites** attualmente in corso **che si prefigge di chiarire i meccanismi che causano un attacco di cuore**. La nostra ricerca continua inoltre ad avvalersi delle **più moderne tecniche di imaging coronarico** al fine di **identificare la cosiddetta "placca vulnerabile" quella ad elevato rischio di infarto**, la cui identificazione precoce potrebbe permettere **mirate misure di prevenzione**. Infine, sempre con le stesse tecniche, sono in corso studi finalizzati a **valutare l'efficacia dei farmaci** ed **a guidare la durata dei trattamenti farmacologici**.
La conoscenza di fattori di rischio oggi non evidenti e l'individuazione di nuovi e specifici strumenti di prevenzione e terapia ci consentirà, in un futuro non lontano, di dare un importante contributo alla riduzione della mortalità 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

Grazie di cuore

Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus
Capire per prevenire
www.centrolottainfarto.it

chi **si** ama **ci** segue

iscriviti alla nostra fondazione
e riceverai **CUORE&SALUTE**
la rivista riservata solo ai suoi
sostenitori

scritta con il cuore
donala a chi ti sta a cuore

Centro per la Lotta contro l'Infarto
Fondazione Onlus

Capire per prevenire