Pagg. 193-256

CUORE & Salute

Per leggere
Cuore & Salute online
collegati a
www.cuoreesalute.com

La stretta di mano

N. 7-8-9 LUGLIO-AGOSTO-SETTEMBRE 2015

ANNO XXXIII

Poste Italiane SpA
Spedizione in abbonamento postale
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art. 1, comma 1 Aut.C/RM/07//2013
Contiene I.P.

Una pubblicazione del:
Centro per la Lotta contro l'Infarto

CUORE & Salute N.7-8-9 LUGLIO-AGOSTO-SETTEMBRE 2015

Centro per la Lotta contro l'Infarto Fondazione Onlus

Capire per prevenire

5x1000

Una scelta che fa bene al cuore

LA NOSTRA RICERCA HA BISOGNO DEL TUO 5X1000

Scegli il CLI e, senza versare un euro in più di tasse, dai continuità alla prevenzione dell'infarto e alla ricerca scientifica contro le malattie cardiologiche.

COME DESTINARE IL TUO 5 X1000

Basta la tua firma e il codice fiscale 97020090581 del Centro per la Lotta contro l'Infarto Fondazione Onlus. *(In caso di scelta firmare in UNA sola delle caselle)*

Firma per la prevenzione — oppure — Firma per la ricerca

SCELTA PER LA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF *(in caso di scelta FIRMARE in UNO degli spazi sottostanti)*

Sostegno del volontariato e delle altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale e delle associazioni e fondazioni riconosciute che operano nei settori di cui all'art. 10, c. 1, lett a), del D.Lgs. n. 460 del 1997

FIRMA Mario Rossi

Codice fiscale del beneficiario (per il totale) 97020090581

Finanziamento della ricerca scientifica e della università

FIRMA Mario Rossi

Codice fiscale del beneficiario (per il totale) 97020090581

SEGUICI SU:

www.centrolottainfarto.it

Via Pontremoli, 26 - 00182 Roma Tel. 063218205 - 063230178 Fax 063221068 email: info@centrolottainfarto.it

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, ha pubblicato l'*Almanacco del Cuore* e pubblica la rivista mensile ***Cuore & 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.

Si ringrazia la ST. JUDE MEDICAL per il sostegno dato alla nostra Fondazione.

n. 7-8-9 sommario 2015

www.centrolottainfarto.it
www.cuoreesalute.com
cuoreesalute@centrolottainfarto.it

Direttore Responsabile
Franco Fontanini

Direttore Scientifico
Filippo Stazi

Vice Direttori
Eligio Piccolo
Francesco Prati

Coordinamento Editoriale
Marina Andreani

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

Editore
Centro per la Lotta contro l'Infarto - Srl
Via Pontremoli, 26 - Roma

Ufficio abbonamenti e pubblicità
Maria Teresa Bianchi

Progetto grafico e impaginazione
Valentina Girola

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

Anno XXXIII
n. 7-8-9 Luglio-Agosto-Settembre 2015
Poste Italiane SpA - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art 1, comma 1, Aut.C/RM/07//2013 Pubblicazione registrata al Tribunale di Roma il 3 giugno 1983 n. 199

Associata Unione Stampa Periodica Italiana

Abbonamento annuale
Italia € 25,00 - Estero € 35,00

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

Amministrazione
Centro per la Lotta contro l'Infarto - Srl
Via Pontremoli, 26 - 00182 Roma
Tel. 06.3230178 - 06.3218205
Fax 06.3221068
c/c postale n. 64284003

MISTO
Da fonti gestite in maniera responsabile
FSC® C103621

La stretta di mano Eligio Piccolo 196

• *Pillole di romanesca saggezza [F.S.]* 199

Keep calm and take it easy Filippo Stazi 200

Personaggi da non dimenticare
Ma perché il Conte Giovanni Nuvoletti è più famoso di me? Franco Fontanini 204

• *Niente di nuovo sotto il sole [F.S.]* 207

La palla di Tiche
Maria Montessori: la scienziata, la donna, la madre (parte prima) Paola Giovetti 208

Vetrina delle perle
Parole che aiutano a vivere Bruno Domenichelli 213

Qualche secondo di buon umore 215

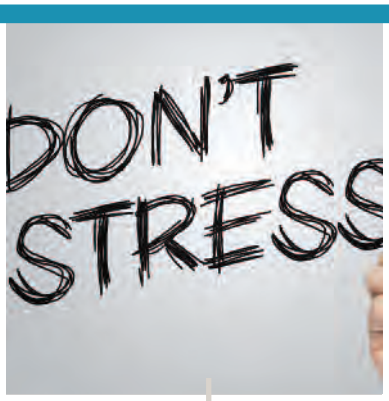
Pressione arteriosa e legge di gravità Eligio Piccolo 216

Quaderno a Quadretti
L'avarizia: nostalgia di avari Franco Fontanini 219

Dal Congresso Conoscere e Curare il Cuore 2015
Gli stent riassorbibili: tante speranze a lungo termine, qualche problema in fase acuta 225
Intervista di Filippo Stazi a Corrado Tamburino

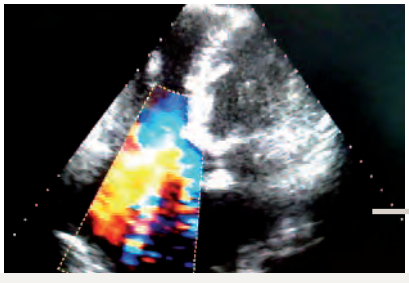
• *Angina sospetta. Fidatevi del Pronto Soccorso [E.P.]* 228

Ecologia della mente
Saper volare. Riflessioni per la vita dedicate ai miei nipotini 229
Bruno Domenichelli



p. 200

p. 216



p. 237

Quadri & Salute Filippo Stazi 231

Fresche fresche (ma anche no) dalla Francia 233
Salvatore Milito

Il male Antonio Pasquale Potena 235

• *Il film che non vediamo [E.P.]* *236*

Il cuore fa gli esami: l'ecocardiogramma Filippo Stazi 237

Medici e famosi ma non medici famosi
Aleksandr Borodin: altro che "Dilettante della domenica!" Luciano Sterpellone 241

Lettere a Cuore & Salute 245
- *È possibile rivivere come prima?, Eligio Piccolo*
- *Tachicardie ed ablazione, Filippo Stazi*

Conoscere e Curare il Cuore 2016 248

News
Aggiornamenti cardiologici Filippo Stazi 252

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.

La stretta di mano

di **Eligio Piccolo**

Darsi la mano è diventato ai nostri giorni un'abitudine di tutti, come il saluto alla voce, quasi senza distinzioni di ceto e di grado. Tranne certi orientali che preferiscono congiungere le palme a mo' di preghiera e inchinarsi rispettosamente verso la controparte. Il gesto di scambiarsi la stretta della mano destra è antico quanto il mondo, almeno quello che ci è stato tramandato con le immagini, e offre quindi considerazioni sia storiche che psicologiche e ultimamente perfino sullo stato di salute. Le storiche si soffermano in particolare sulla diffidenza, che inizialmente ha portato i contendenti ad afferrarsi le mani destre, ma anche il polso e il braccio, onde evitare che fossero liberi di impugnare la daga. Le psicologiche sono nate con le moderne analisi dei comportamenti e hanno fatto capire a tutti come una stretta a tutta mano, non troppo forte e non prolungata, fosse quella più aperta e sincera; mentre la modalità stritolante sarebbe segno di prevaricazione, quella prolungata di intesa, anche sconveniente; la mano molle sarebbe indicativa di timidezza o insincerità, quella che afferra solo le estremità delle dita rappresenterebbe invece il peggio del peggio, per arrivare infine al singolare scambio di chi cerca di riconoscersi fra appartenenti a logge massoniche, caratterizzato dal dito indice che si estende sulla faccia interna del polso altrui. Le più recenti attenzioni dei medici hanno però cercato di prescindere da tutti questi interessanti modi di esprimere le proprie note di carattere, di emotività e di comportamento per analizzare invece un comune denominatore, la forza della stretta di mano. Le ricerche mediche degli ultimi 15 anni farebbero infatti concludere che la maggior forza sarebbe indicativa di migliore salute, minore rischio di malattie cardiovascolari e vita più lunga, mentre la sua debolezza lo sarebbe del contrario.

Va premesso che negli ultimi 100 anni i medici chiamati a valutare le prerogative muscolari dei differenti soggetti, specie di coloro che praticano attività sportiva, si sono molto impegnati a dare qualche giudizio, che inizialmente è stato piuttosto sommario e intuitivo date le scarse conoscenze scientifiche. Come le vecchie valutazioni delle commissioni militari sui coscritti per indirizzarli al corpo degli alpini se erano prestanti, ai bersaglieri se svelti nella corsa, alla marina se agili e nuotatori e all'aviazione se di vista acuta e non troppo alti di statura. Ben presto però con il progredire delle conoscenze l'attenzione si è polarizzata più che sulla muscolatura generale su quella del cuore, che con la sua contrazione rivela sia le caratteristiche delle fibre di cui è fatto che quelle di maggiore o minore adattamento agli sforzi. E qui gli esegeti della fisiologia e dei cambiamenti più intimi del sarcoplasma (l'apparato contrattile delle cellule muscolari) ci hanno condotto con mano ferma nelle conoscenze più sofisticate e metaboliche, ma anche con mano comprensiva nei confronti della nostra ignoranza verso i misteri degli adattamenti muscolari e cardiaci nei sedentari rispetto agli atleti, nei dotati in confronto ai più deboli. Si è così constatato che chi ha avuto dalla natura, e quindi scritto nel suo DNA, fibre muscolari più toniche e più agili nei confronti dello sforzo fisico - mi immagino la Comaneci nell'atletica, Coppi nel ciclismo o certi toreri "dalla voce dura e che cantano con una bocca piena di sole e di sassi", come li definiva Lorca - può esprimere migliore efficienza fisica e con minori conseguenze per i muscoli e per il cuore impegnati.

Sì perché vi è tutta una letteratura medica di quest'ultimo secolo che si è dovuta difendere dalle conseguenze traumatiche di muscoli o articolazioni non bene allenati a determinati sforzi e da cuori che si sono eccessivamente ingrossati e logorati potendo dare origine ad aritmie o perdita di enzimi durante le prestazioni sportive agonistiche. Segni che indicano differenti capacità di adattamento, le cui conse-

guenze non sono ancora del tutto chiare ma certamente non positive. E che ci fanno pensare che chi non è Coppi non può pretendere di distaccare il gruppo di 20 minuti sulle montagne, tanto meno aiutandosi con il doping. Alla fine del 1800, prima di tutte le meravigliose conoscenze che la medicina moderna ci ha fornito, un medico dell'Università di Harvard dichiarava che "sia nel cuore che negli altri muscoli ciò che conta alla lunga non è la grandezza ma la qualità". E allora, messi di fronte a questo dilemma, a dover decidere chi rischia e chi no di danneggiare i propri muscoli e il cuore, come ci dobbiamo comportare noi del rinascimento medico nei confronti di coloro che ci chiedono consiglio sulle loro potenzialità atletiche, spesso convinti che tanto più ci si allena e tanto più si vive? Come dirgli che questa loro convinzione non ha alcuna base scientifica, anzi, mentre è invece ampiamente dimostrato che vive meglio e di più chi fa una moderata attività fisica continuativa rispetto agli incalliti sedentari? Dobbiamo consigliar loro di sottoporsi a tutti quei seducenti esami, dall'ECG da sforzo alla risonanza magnetica, per decidere fino a dove possono osare? Non ci pare proprio il caso, piuttosto sarebbe infinitamente più saggio indurli a un'assennata autocritica, basata si capisce sulle loro performance effettive, non su quelle pretese. Senza però trascurare la famosa stretta di mano, un esame di certo all'apparenza poco scientifico, ma che, a giudicare dai risultati pubblicati su Lancet di maggio 2015 dal gruppo di Darryl Leong dell'Università canadese di Hamilton, è molto suggestivo, specie per il suo significato prognostico. I ricercatori canadesi infatti hanno portato a termine dal 2003 al 2009 uno studio ambizioso ma altrettanto serio cui hanno imposto l'acronimo di PURE, che ne rivela le rigorose intenzioni. Essi hanno studiato 140.000 adulti dai 35 ai 70 anni, selezionati con la collaborazione di ben 17 paesi

e ne hanno valutato la stretta di mano mediante un dinamometro, simile a quell'aggeggio che usano gli atleti per aumentare la forza del loro grip. Durante i quattro anni di osservazione hanno constatato che un declino della forza si associa a un rischio di fine vita cardiovascolare, ma anche non-cardiovascolare, del 17% e a un rischio del 7-9% di subire un ictus o un infarto, per un totale del 25 per cento. In altre parole tanto più debole è la stretta di mano tanto maggiore è il rischio di ammalarsi o morire precocemente per una qualche causa. Penalizzati ovviamente anche dall'età avanzata che aumenta i numeri di quelle statistiche. Di questa interessante inchiesta canadese sorprende un dato che sembra andare in senso opposto a quello dei risultati generali sul rischio cardiovascolare: nella classe di soggetti più abbienti nel tenore di vita una stretta debole si accompagna a minore rischio di cancro, a differenza di quanto si osserva nei più poveri. Il ché non è probabilmente un aiuto evangelico ma la conseguenza delle differenti abitudini di vita delle due categorie sociali. Credo valga la pena di sottolineare a questo punto come le singolari osservazioni, basate su aspetti all'apparenza superficiali, ancorché analizzati con il dovuto rigore scientifico, e che sembrano fare il paio con quelle di Lombroso di fine ottocento o dei chiromanti, abbiano invece stimolato la ricerca e aumentato le nostre conoscenze. Evidenziando, da un lato, che tutti gli animali, anche i lombrichi, perdono con l'età chi più chi meno la loro efficienza muscolare, ma soprattutto che c'è una stretta parentela tra la nostra muscolatura scheletrica e quella del cuore. Ciò ci porta a concludere come in Medicina l'osservazione clinica basata su segni apparentemente semplici quali la stretta di mano stimola la nostra curiosità a conoscerne i meccanismi più intimi e psicologici, aprendo da questi nuove prospettive. Come l'artista che mentre opera sulla tela o sul marmo scopre e indica ciò che non aveva previsto o che verrà dopo.

Pillole di romanesca saggezza

Chi nun sa che fa, pettini li cani.
Nun abbasta un fiore pe infiorà li prati.
Er gallo che canta male è quello che canta de più.
Chi va a caccia senza cani, riviè a casa senza lepri.
Strada facenno, s'aggiusta la soma.

F. S.

Keep calm and take it easy

di **Filippo Stazi**

"Vieni a prendere un caffè?"
Francesco si fermò in mezzo alla strada incerto sul da farsi, guardò l'ora. In realtà sarebbe voluto arrivare presto in ufficio quella mattina. "Carlo veramente sono un po' in ritardo".
"Ma dai Francesco 10 minuti che vuoi che siano. Rilassati il mondo non sta tutto sulle tue spalle..."
"Va bene dai andiamo. Tanto siamo già davanti al bar". Il caffè era buono, il bar gradevole.
"Allora Carlo... come stai? Come ti senti?"
"Bene! Devo dire che è un buon periodo. E te invece Francesco? È parecchio che non ti fai vedere..."
"Si.. no.. tutto bene... Oddio in realtà... in realtà non è un gran periodo!"
"Perché? Che succede?"
"Tutto e nulla. Niente di particolarmente grave devo dire, però.... però sono stanco.... sono in una fase un po' così... sono agitato, ho molta ansia, la notte non riposo bene"
"Ma perché? Hai qualche problema?"
"Mah... guarda... devo dirti che ho raggiunto un livello di agitazione, di ansia, che è ormai abbastanza svincolato dalla realtà oggettiva. Si, ci sono stati degli eventi, delle situazioni... però in realtà potrei stare molto meglio di quello che sto!"
"Capisco... difficoltà a lavoro?"

"Ecco vedi... adesso... purtroppo è arrivato un nuovo capo ufficio, il precedente è andato in pensione e il Direttore ha scelto lui"
"E com'è?"
"Guarda in realtà è pure una brava persona o quantomeno una persona accettabile e che sa anche fare il suo lavoro, però ha cinque anni meno di me, capisci? Non è che aspirassi a diventare capo ufficio io però vedermi passare davanti uno più giovane di me..... ha certificato un fallimento, il mio! Ho capito che più di così in carriera non salirò... mai! E questo... ti ripeto.... forse non lo avrei neanche desiderato però... però mi ha turbato e... e poi mille contrarietà, sempre tutto difficile, pure a casa... Valeria è una donna amabile, io sono contento di stare con lei, però è tutto uno scontro, tutta una trattativa e poi non parliamo dei figli... mai una volta che dicano si papà, come vuoi tu! Mai una volta che sono d'accordo con quello che dici. Ti fai in quattro per loro e non va bene, non basta. Una volta che non fai quello che loro vogliono sembra che tu sia un padre degenere"
"Lo so, lo so. Purtroppo è proprio così! Almeno ti riesci a ritagliare un po' di spazi per te?"
"No. Non faccio in tempo. Lavoro, penso alla famiglia e poi giro a vuoto. Questo stato di agitazione in realtà mi mette un nervosismo addosso che mi fa scattare per un nonnulla. L'altro giorno stavo per venire alle mani con uno per un parcheggio... Ti rendi conto? Non è da me, non l'ho mai fatto ... Io era mezz'ora che cercavo il parcheggio sotto casa, l'ho trovato, avevo già messo la freccia, la retromarcia e questo da dietro zac con la classica Smart ... li conosci i tipi no? Si è infilato nel parcheggio... Poi devi vedere con che faccia... Gli ho detto scusi c'ero prima io. Non me ne frega niente mi ha risposto. Oh.. non lo so... io ho perso il controllo, sono uscito dalla macchina..., fortunatamente un passante si è messo in mezzo a noi perchè volevo veramente usare le mani"
"Beh certo che la situazione è un po' delicata eh?"
"Si anche perché questi scoppi di rabbia ormai mi vengono in qualsiasi contesto, anche sul lavoro. L'altro giorno ho trattato malissimo un collega che mi stava effettivamente pressando in maniera fastidiosa ma che conosco da una vita. Pure a casa coi fi-

gli.. loro hanno le loro colpe, come ti dicevo prima, ma io reagisco in maniera esagerata!"
Qualche giorno dopo questa chiacchierata Francesco venne chiamato dal nuovo capo ufficio che gli disse "Senti Gelletti io so che tu sei qui da molti anni, so che sei una colonna di questo ufficio però vedi io ho in mente di cambiare un po' le cose. Inizialmente avevo pensato di potermi appoggiare su di te però poi da quando sono qui ho visto che tu un po' hai perso quell'entusiasmo, quello smalto che a me servirebbe. Io voglio gente giovane, gente motivata per cui..., per cui ti volevo comunicare che ho chiesto il tuo trasferimento a un altro ufficio"
"Ma... come... il mio trasferimento? Io... non dico che ho contribuito a fondare quest'ufficio però... però si! E adesso mi trasferisce?"
"Si Gelletti! Ho deciso e non credo che sia il caso di continuare oltre questa discussione"
"E invece si che la continuiamo questa discussione! Ma chi ti credi di essere? Sei appena arrivato, non conosci niente di questo posto, hai fatto più casini te che tutti quelli che ti hanno preceduto in trent'anni in queste mura e io mi sono stufato.. hai capito? Mi sono stufato di gente come te, che solo perché è raccomandata crede di poter fare chissà che cosa, che calpesta gli altri, che gli passa sopra!" Francesco se ne andò urlando. Tutto l'ufficio si gelò in un istante. Andò via sbattendo la porta nel corridoio, si fermò tornò indietro, andò alla sua scrivania, prese alcune cose dai cassetti e se ne andò. Per strada non sapeva bene cosa fare: andare a casa, tornare al lavoro o andare a fare una passeggiata. A un certo punto sul marciapiede fu colpito da un violento dolore al petto, il fiato gli mancò, il braccio sinistro gli diventò insopportabilmente pesante. Il dolore diventava sempre più forte, si lasciò cadere per terra, fortunatamente alcune persone lo soccorsero e chiamarono l'ambulanza. Arrivò all'ospedale. Nel caos del pronto soccorso il cardiologo di turno gli cominciò a fare le classiche

domande di rito sui fattori di rischio: diabete, colesterolo, fumo, ipertensione, familiarità... ma lui prima di perdere conoscenza avrebbe solo voluto urlargli: RABBIA, RABBIA, SONO ARRABBIATO! Chiuse gli occhi e si lasciò andare.

In realtà la saggezza popolare ha sempre collegato gli attacchi di rabbia con il rischio d'infarto: "lascia stare!", "stai calmo che ti viene il coccolone!" quante volte lo abbiamo sentito dire a chi si scaldava un po' troppo. Due recenti studi confermano ancora una volta il buonsenso dei nostri padri.

Nel primo di questi studi i ricercatori dell'Università di Sidney hanno rilevato come un'arrabbiatura con i fiocchi, a casa o sul lavoro, faccia aumentare nelle due ore successive di circa 8 volte il rischio d'infarto così come un forte stato d'ansia lo aumenta di circa 9 volte. Sebbene il rischio assoluto che un singolo episodio di rabbia possa scatenare un infarto sia basso, i dati di questo studio, condotto però su una casistica abbastanza limitata (circa 300 soggetti), dimostrano comunque che il pericolo che ciò accada è reale e concreto. Un secondo studio si è invece avvalso di una popolazione più ampia, quasi 4000 pazienti, fornendo risultati comunque sovrapponibili. Nelle due ore successive ad un attacco d'ira il rischio d'infarto aumenta di circa due volte e mezzo ed è tanto più alto tanto maggiore è il livello di rabbia sperimentato dal soggetto. Manca l'esatta spiegazione del rapporto tra rabbia, ansia ed infarto ma sicuramente giocano un ruolo importante l'aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa nonché la vasocostrizione e l'attivazione della coagulazione, tutti fenomeni che sono conseguenti ad un'alterazione dello stato emotivo. Altro dato importante emerso dal secondo di questi studi è che il rischio d'infarto, indotto dal nervosismo, è minore nei soggetti in terapia con farmaci betabloccanti fornendo quindi un ulteriore supporto al loro utilizzo nei soggetti ad alto rischio di eventi coronarici. Non c'è però dubbio che il miglior strumento di prevenzione rimanga la saggezza popolare che invita a non prendersela troppo di fronte alle contrarietà della vita: keep calm and take it easy!

Ma perché il conte Giovanni Nuvoletti è più famoso di me?

di **Franco Fontanini**

Un delizioso e intensissimo esempio di invidia l'ha scritto Pietro Sissa e ha per titolo: *Ma perché il conte Giovanni Nuvoletti è più famoso di me?* Nessuno a Gazzuolo e Campitello, due paesi a tre chilometri di distanza in provincia di Mantova, da dove prende inizio la narrazione, sa niente di Sissa. Lasciamo che il lettore indovini.

È la storia di un lungo rancore fra i due, latente dall'infanzia, che esplose al liceo Virgilio di Mantova, con un gran calcio nel sedere che Nuvoletti, non ancora conte ma leader naturale fra gli studenti, dette all'autore facendolo piangere per la rabbia impotente e repressa.

La zia diceva a Sissa per consolarlo: "siete belli e intelligenti tutti e due, riuscirete nella vita". "Ma lui è un vigliacco", rispondeva torvo, senza spiegare il motivo del suo rancore. Le loro vite procedettero parallele, ma con risultati assai diversi.

Sissa se ne rese conto ancora una volta quando Nuvoletti venne invitato dalla scuola a commemorare Garibaldi. Era alto, bruno, slanciato, veramente bello. Le ragazze, ascoltandolo, sgomitavano dall'ammirazione, persino quella di cui Sissa era segretamente innamorato. La sua rabbia fu tale che non sopportò il discorso e andò a chiudersi nel cesso come dopo il calcione.

Ci fu la guerra, la laurea e Sissa, a Milano, si era adattato a fare il dattilografo quando rivide il

Giovanni Nuvoletti

conte Nuvoletti a fianco di una sorella dell'avvocato Agnelli che poco dopo sposò.
Anche lui, Sissa, sposò la pronipote di un presidente della Fiat, con la differenza però che il cavalier Agnelli, dopo la famosa burrasca del 1912, aveva tenuto duro e ne era diventato il padrone, mentre l'avvocato Scarfiotti, amareggiato e sconfortato, si era ritirato.
In vacanza Sissa andava in una casa di campagna a Barge in quel di Cuneo, Nuvoletti in una splendida villa a Cortina.
Tutti e due, ad una certa età, scrissero dei libri: Sissa una decina, alcuni dei quali premiati al "Viareggio" e al "Marzotto"; Nuvoletti due romanzi scarsini oltre ad un libercolo sulla cravatta. Sissa non li lesse ma non sentì nessuno dire che in Italia c'era un novello Proust.
Nonostante questo, il comune di Mantova decide di premiare con una medaglia d'oro proprio lo scrittore Giovanni Nuvoletti, compiendo un'ingiustizia da restar stecchito per la rabbia. Che occasione, fantasticò Sissa: in quella circostanza tornare a Mantova e restituirgli il calcio nel sedere proprio nel momento in cui il sindaco gli appuntava al petto la medaglia. Coltivò per parecchi giorni il sogno ma alla fine la paura lo assalì e non andò.
La sua città gli riservava ulteriori delusioni e amarezze.
Quando vi ritornò accompagnato dal suo editore, nessuno, nemmeno il principale libraio della città, conosceva i suoi libri. "Sissa?" diceva, fingendo di sforzarsi di ricordare.
Sul banco troneggiavano pile di "Un matrimonio mantovano" e di "Un divorzio mantovano" e altre opere di Nuvoletti.
All'editore, sconsolato e taciturno, il libraio disse: "Mi mandi due copie del libro di Sissa".
Lo stesso al Liceo-Ginnasio. Il nuovo preside fu gentile ma non l'aveva mai sentito nominare e restò del tutto indifferente al fatto che un vecchio alunno ritornasse a vedere la sua scuola. In compenso conosceva bene Nuvoletti, un grande scrittore, onore e vanto della scuola.
Come se tutto questo non bastasse, su "Panorama " comparve un'intervista a Nuvoletti, una sbrodolata che non finiva più. Descriveva la sua casa, i dieci armadi di abiti, le cento paia di scarpe e un'infinità di altre stupidaggini.
In preda alla rabbia, Sissa scrisse una lettera alla giornalista per schiarirgli le idee e chiedere, con pieno diritto, un'intervista anche per sé.
La giornalista gli rispose gentile, riconoscendo che i suoi giudizi erano giusti, certamente lui era uno scrittore più valente di

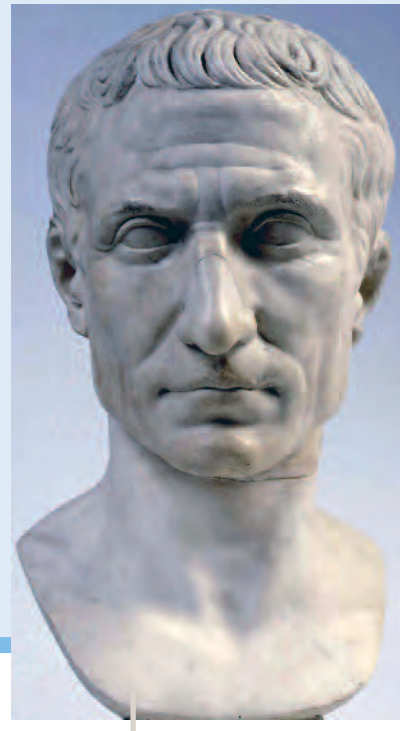
Nuvoletti e l'intervista sarebbe stata pienamente meritata ma purtroppo era in partenza per l'America .
Bugie smaccate, ipocrisie per tenerlo buono che non ebbero altro effetto che aumentare la stizza di Sissa al punto da non poterne più.
L'invidia gli stava sconvolgendo la mente, forse, come certamente aveva pensato la giornalista di "Panorama" stava dando fuori di matto, quando improvvisa e inattesa arrivò la pace.
Sissa sapeva che Nuvoletti aveva un suo programma in TV ma si era sempre rifiutato di guardarlo. Una sera, senza sapere bene perché, lo vide. Lo ricordava alto, snello, spavaldo, e quasi non lo riconosceva più. Che soddisfazione vederlo sì ancora elegante e diritto ma pieno di rughe, legnoso nei movimenti, ossuto, nasuto, bolso, pesante come un vecchio bue.
Sissa corse a guardarsi nel grande specchio della camera da letto e si scoprì anche lui invecchiato, imbolsito, rugoso e pesante. Dopo tanta rabbia, improvvisa e inaspettata, l'assalì la tristezza .
Tornò malinconicamente davanti al televisore e gli sembrò che Nuvoletti lo guardasse e gli dicesse: "È passato più di mezzo secolo, ormai siamo vecchi entrambi, il tempo ci ha distrutti. Io sono pentito di quel calcio, vuoi finalmente perdonarmi? "
Tutta l'invidia e il lungo rancore si dissolsero d'incanto, mentre Sissa si accorse di essere proteso verso il televisore come ad abbracciarlo e probabilmente lo baciò. Per poco non si mise a piangere.

Niente di nuovo sotto il sole

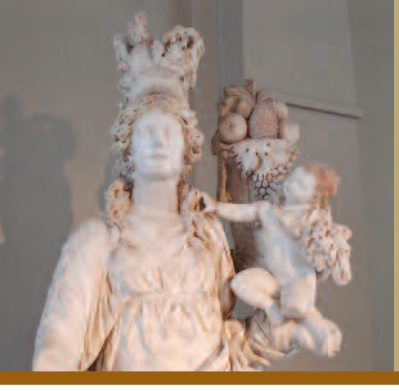
Non è noto se il Sindaco di Roma, Ignazio Marino, nel decidere la chiusura del centro storico della città agli autoveicoli si sia reso conto o meno di ricalcare le orme di Giulio Cesare. Questi infatti aveva promulgato la *Lex Julia Municipalis* con l'intento di risolvere l'annoso problema del caotico traffico romano che all'epoca era generato dai carri da trasporto, dai cavalieri e dalla gran massa di pedoni che affollavano le vie cittadine. La legge prevedeva che tutti i veicoli che giungevano lì dove iniziavano i quartieri più popolosi tra l'alba e l'ora decima (circa le 5 pomeridiane), dovevano fermarsi e far scendere i passeggeri, i quali potevano proseguire per il centro della città solo a piedi o in lettiga. Una zona a traffico limitato (ZTL) ante litteram. Gli unici veicoli che potevano evitare tale divieto erano quelli destinati ad attività religiose o di edilizia pubblica.
Passano i millenni, si modificano le forme ma la sostanza rimane sempre la stessa.

F.S.

Ignazio Marino



Giulio Cesare



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.*

Maria Montessori, la scienziata, la donna, la madre

di **Paola Giovetti**

Forse non tutti sanno che Maria Montessori, famosa per la sua pedagogia, fu proposta tre volte (1949,1950 e 1951) per il Premio Nobel per la pace e che disse e scrisse sul parto e sul neonato cose che oggi sono attribuite unicamente al medico francese Frédérik Leboyer, il cui libro *Per una nascita non violenta* è del 1975: Maria Montessori era morta più di vent'anni prima, nel 1952. E forse pochi sanno che la grande pedagogista fu anche un'ambientalista *ante litteram* e dedicò grande attenzione alla natura, all'ambiente in cui l'uomo vive, all'importanza del rapporto diretto dei bambini con le piante e gli animali. Poco noti sono anche la sua vita affettiva, il rapporto particolarissimo col figlio Mario e anche i dieci anni trascorsi in India dal 1939 al 1949. Maria Montessori è in fondo una grande sconosciuta: di lei si conosce il grande impegno pedagogico ma si conoscono ben poco altri aspetti. Vediamo dunque più da vicino quale fu la vita, complessa e avventurosa, della "signora delle mille lire".

Maria Montessori nacque nel 1870 a Chiaravalle, un paese in provincia di Ancona; per il lavoro del padre la sua famiglia si trasferì a Roma quando lei aveva appena cinque anni. A scuola rivelò ben presto un preciso interesse per le materie scientifiche e lottando col padre che l'avrebbe voluta insegnante riuscì ad iscriversi al Regio

Istituto Tecnico Leonardo da Vinci. Sua intenzione era iscriversi alla facoltà di ingegneria, ma all'ultimo momento cambiò idea e seguendo un impulso fortissimo (lei stessa parlò di "rivelazione") scelse medicina. Maria non fu la prima donna a laurearsi in medicina come spesso è stato scritto ma certamente fu una delle pochissime a farlo in quegli anni. Le sue predilezioni in fatto di materie andavano all'igiene, alla pediatria, alla psichiatria.

Maturava intanto il suo impegno civile: fu scelta infatti a rappresentare l'Italia a importanti congressi femministi europei e difese il diritto della donna al voto e la parità di diritti e stipendi dell'uomo e della donna nel lavoro; si batté anche contro la piaga del lavoro dei bambini in miniera, maltrattati e malpagati.

Professionalmente lavorò presso la Clinica Psichiatrica del Professor Sciamanna e qui conobbe il giovane medico Giuseppe Ferruccio Montesano, del quale si innamorò. Presso questa Clinica venne in contatto con i fanciulli ritardati e questo incontro determinò tutta la sua vita e la sua ricerca. Stando con loro si rese conto che il problema più che medico era pedagogico e si convinse che con una buona educazione essi avrebbero potuto essere in gran parte recuperati. Decise quindi di dedicare a questo compito tutta la sua attività: studiò Jean-Jacques Rousseau, Pestalozzi e Froebel e per due anni lavorò con i bambini ritenuti deficienti, riuscendo con i metodi da lei messi a punto a insegnar loro a leggere e scrivere e a far compiere loro grandi progressi nel comportamento e nell'apprendimento.

Maria viveva intanto la sua storia d'amore, dalla quale nel 1898 nacque un figlio che fu chiamato Mario. La gravidanza fu tenuta nascosta, il parto avvenne in segreto e il bambino fu dato subito a balia a Vicovaro, un paese nei Castelli Romani. In seguito fu mandato in collegio a Castiglion Fiorentino dove rimase fino a 15 anni. Non si sa perché i due innamorati, liberi entrambi, non si sposarono; si sa che tre anni dopo Montesano sposò un'altra donna e una settimana prima del matrimonio riconobbe il figlio, del quale non si occupò mai, se non economicamente fino alle scuole medie. Maria invece

faceva periodiche visite al piccolo, senza rivelargli di essere sua madre.
La separazione da Montesano fu un grave trauma per Maria Montessori, che da allora si vestì sempre di nero, colore che abbandonò solo molti anni dopo in India. Ben presto tuttavia fu in grado di riprendere in mano la sua vita. Furono anni di scoperte fondamentali, la più importante delle quali fu che i metodi da lei utilizzati con successo con i bambini ritardati potevano avere maggior successo ancora con i bambini sani. Fu questo il passaggio fondamentale che determinò tutto il suo lavoro successivo. Scegliendo di passare dalla medicina alla pedagogia Maria Montessori obbediva di nuovo a un impulso misterioso, a una sorta di ispirazione che aveva come scopo il miglioramento dell'umanità perché - diceva - "il bambino è il padre dell'uomo" e se si vuole migliorare l'umanità è dal bambino che bisogna cominciare. Di qui l'importanza dell'educazione.
La svolta ci fu nel 1906, quando fu invitata a organizzare una scuola infantile all'interno di case popolari: iniziativa avveniristica per quei tempi. Maria accettò con entusiasmo. La prima "Casa dei Bambini" fu inaugurata il 6 gennaio 1907 nel quartiere popolare e degradato di San Lorenzo a Roma: una cinquantina di bimbi timidi e spaventati che nel giro di poco tempo si

La prima "casa dei bambini", inaugurata il 6 gennaio 1907

trasformarono in una comunità di bambini attivi, felici e sicuri di sé.
Maria cominciò dall'arredamento e ideò tavoli e seggioline a misura di bimbo; fu costruito il materiale didattico: le torri, gli incastri, le figure geometriche, le campane per l'educazione musicale, i cartoncini con le lettere e i numeri. Ai bambini veniva insegnato a lavarsi e vestirsi da soli, a preparare la tavola, a occuparsi di piccoli animali (uccellini e pesci rossi) e dei fiori; venivano visitati dal medico, pesati e misurati con regolarità, nutriti in maniera razionale. Soprattutto veniva capovolto il sistema didattico: non più l'insegnante che, per usare le parole stesse della Montessori, "travasa" le conoscenze nel cervello dei piccoli ma libera scelta del materiale con cui lavorare senza venir meno alla disciplina. Un cambiamento totale di impostazione, una sperimentazione continua in cui la Montessori riservava a se stessa il ruolo di osservatrice del processo di crescita e autoeducazione dei bambini. L'esperimento di Maria Montessori nella scuola di San Lorenzo divenne così famoso che persino la regina Margherita andava talvolta ad assistere alle lezioni.
Nel 1909 Maria scrisse il libro che la rese celebre, *Il Metodo della pedagogia scientifica*, detto comunemente *Il Metodo*, che ebbe innumerevoli traduzioni in tutte le lingue e si diffuse in tutto il mondo.
Seguirono eventi importanti: nel 1913 Mario andò a vivere con la madre. Mario non era più un bambino, aveva 15 anni e certamente si era detto che la signora che fin da quando aveva memoria andava periodicamente a trovarlo non poteva essere che sua madre. Così in occasione di una delle visite di Maria glielo disse. Forse lei non aspettava altro, forse era il momento giusto in quanto da poco era morta sua madre, la persona che per motivi legati alla mentalità dell'epoca più si opponeva al congiungimento. Fatto sta che Mario salì con Maria in macchina, si stabilì con lei a Roma e nel tempo divenne il suo più valido e assiduo collaboratore. Maria Montessori per altro lo presentò sempre come figlio adottivo e soltanto nel testamento lo chiamò "il mio figlio". Ciò non impedì un rapporto simbiotico madre/figlio. Fra l'altro, pur riconosciuto dal padre, Mario scelse di portare il cognome della madre.
In quello stesso anno Maria tenne a Roma il primo dei suoi famosi corsi per insegnanti, al quale parteciparono persone di tutto il mondo che portarono poi nei rispettivi paesi quanto avevano appreso. Come conseguenza, Maria fu invitata a presentare il suo Metodo all'estero e fu più volte negli Stati Uniti e in molte nazioni europee. Iniziava la sua vita nomade, che doveva interrompersi soltanto con la morte.

(1.continua)

Every second counts.
Every choice matters.
Every move deliberate.

MORE CONTROL. LESS RISK.

St. Jude Medical is focused on reducing risk by continuously finding ways to put more control into the hands of those who save and enhance lives.

SJMprofessional.com

ST. JUDE MEDICAL™
MORE CONTROL. LESS RISK.

ST. JUDE MEDICAL, the nine-squares symbol and MORE CONTROL. LESS RISK. are registered and unregistered trademarks and service marks of St. Jude Medical, Inc. and its related companies. ©2013 St. Jude Medical. All Rights Reserved. Not available in all markets.

Parole che aiutano a vivere

di **Bruno Domenichelli**

Noia

- Annoiarsi è fare esperienza del proprio vuoto; saper oziare può invece significare la riscoperta della ricchezza dei nostri spazi interiori.
- La noia è un ozio vuoto. Solo un ozio pieno può dare la felicità.

Oblio

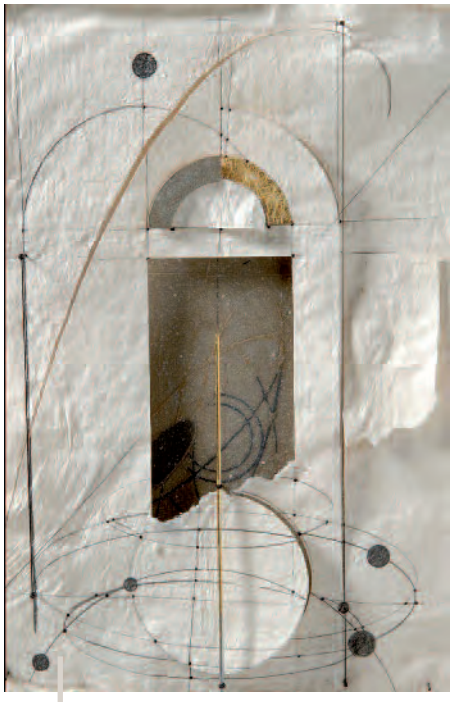
- Impietoso dilaga sulla memoria il tempo. Nella nebbia si confondono i fiori delle passate stagioni.
- In un'ora senza tempo ho scavato le mie radici. Ho ritrovato laghi di solitudine gelata.

Ozio

- Lottare per conquistare momenti magici di ozio, trampolini di quiete interiore da cui prendere l'abbrivio verso le stelle.
- Un vero ozio è occupazione attiva della mente, da consumare nel palcoscenico del silenzio e della solitudine. Vi costruirai cattedrali di vita.

Pensiero

- Nel buio della mente danzano fosforescenti scintille. E si fa luce.
- Scintille di immagini accendono fuochi nel pensiero
- L'argento invisibile delle sinapsi rinnova nella mente inesauribili cosmogonie.



Poesia
Walter Valentini. *La Porta ducale (2009)* (da: "Semi di universo" di: Bruno Domenichelli, Walter Valentini. Ed AGDT, 2015 - ritaldoabbondanzieri@libero.it)

"Vieni, s' io ti schiudo una soglia... Insieme giungeremo al meraviglioso giardino, che per sé l' uomo crea, ma pure esiste oltre l' umano"

Pianto

- Nell'attuale cultura, dove le lacrime aprono sospetti di interiori colpevoli debolezze o di declino senile, riscopri che è cosa giusta anche il pianto, risonanza non più consueta di familiari tenerezze, recupero di primordiali legami dimenticati, di antiche profondità di affetti.

Pioggia

- La pioggia carezza la terra stasera e l'erba si disseta di cielo.

Poesia

- Ininterrotto dialogo a due voci, protese a cogliere di un canto l'intimo senso.
- Vieni, s'io ti schiudo una soglia, ma delle mie parole non cogliere che il suono indistinto.
- Poesie: conchiglie colorate da contemplare in silenzio; rifugi dell'anima quando, a fine giornata, si è stanchi di risonanze di vite giunte al tramonto, di corpi senza più pensiero, di pensieri senza più voci.
- Poesie: alambicchi di fantasia; parole distillano suoni ed echi per il mio cuore e per il tuo.
- "Far poesia" è farsi testimone e protagonista stupito e cosciente di un oltre, la cui voce sentiamo parlarci dentro nei momenti imprevedibili della grazia.

Quinta di Beethoven

- D'improvviso si spalancò il Tempo. Risuonarono quinte di universi e franarono i millenni. Energie dilagarono cavalcando echi; e futuro e passato si inginocchiarono dinanzi al Tempo.

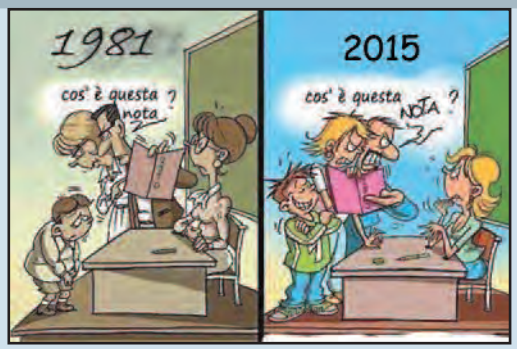
Pietà

- Mio Dio, restituiscici almeno la pietà delle lacrime, per singhiozzare sui tragici brandelli di questa umanità disanimata.

Pietà
Picasso. *Guernica*. (particolare)

"Mio Dio, restituiscici almeno la pietà delle lacrime, per singhiozzare sui tragici brandelli di questa umanità disanimata"

Qualche secondo di buonumore



Lezione di trading!
Da:
Inviato: martedì 26 gennaio 2010 15.17
Oggetto: Splendida 28enne cerca uomo con guadagno di almeno 500mila $.
Sentite che risposta ha ricevuto!

Una donna di New York ha scritto a un sito di finanza americano chiedendo consigli su come trovare un marito ricco: già ciò di per sé é divertente ma il meglio della storia é quello che un tizio le ha risposto.
LEI: Sono una ragazza bella (anzi, bellissima) di 28 anni. Sono intelligente e ho molta classe.
Vorrei sposarmi con qualcuno che guadagni minimo mezzo milione di dollari l'anno.
C'é in questo sito un uomo che guadagni così?
Oppure mogli di uomini milionari che possano darmi suggerimenti in merito?
Ho già avuto relazioni con uomini che guadagnavano 200 o 250 mila $ ma ciò non mi permette di vivere in Central Park West. Conosco una signora che fa yoga con me, che ha sposato un ricco banchiere e vive a Tribeca, non é bella quanto me, e nemmeno tanto intelligente. Quindi mi chiedo, cos'ha fatto per meritare ciò e perché io non ci riesco? Come posso raggiungere il suo livello?
LUI: Ho letto la sua e-mail con molto interesse, ho pensato profondamente al suo caso e ho fatto una diagnosi della sua situazione. Premetto che non sto rubando il suo tempo, dato che guadagno 500 mila $ l'anno. Detto ciò, considero i fatti nel seguente modo: quello che Lei offre, visto dalla prospettiva di un uomo come quello che Lei cerca, é semplicemente un pessimo affare. E ciò per i seguenti motivi: lasciando perdere i blablabla, quello che Lei suggerisce é una negoziazione molto semplice. Lei offre la sua bellezza fisica e io ci metto i miei soldi. Proposta molto chiara, questa. Ma c'é un piccolo problema. Di sicuro, la Sua bellezza diminuirà poco a poco e un giorno svanirà, mentre é molto probabile che il mio conto bancario aumenterà continuamente. Dunque, in termini economici, Lei é un attivo che soffre di deprezzamento, mentre io sono un attivo che rende dividendi. Lei non solo soffre un deprezzamento ma questo é progressivo ed aumenta ogni anno! Spiego meglio: oggi Lei ha 28 anni, é bella e continuerà così per i prossimi 5/10 anni, ma sempre un pò meno e all'improvviso, quando Lei osserverà una foto di oggi, si accorgerà che é diventata una pera raggrinzita. Questo significa, in termini di mercato, che oggi lei è ben quotata, nell'epoca ideale per essere venduta, non per essere comprata. Usando il linguaggio di Wall Street, chi la possiede oggi deve metterla in "trading position" (posizione di commercio) e non in "buy and hold" (compra e tieni stretto), che, da quanto sembra, é quello per cui Lei si offre. Quindi, sempre in termini commerciali, il matrimonio ("buy and hold") con Lei non é un buon affare a medio/lungo termine. In compenso, affittarla per un periodo, può essere, anche socialmente, un affare ragionevole e potremmo pensarci su. ...Potremmo avere una relazione per un certo periodo ..... Huuummm .... Pensandoci meglio e per assicurarmi quanto intelligente, di classe e bellissima Lei é, io, possibile futuro "affittuario" di tale "macchina", richiedo ciò che é di prassi: fare un test drive. La prego di stabilire data e ora.

Cordialmente, Suo Investitore

Pressione arteriosa e legge di gravità

di **Eligio Piccolo**

Il giovane che si alza al mattino e inizia disinvoltamente la sua giornata, corre, va a scuola o al lavoro e fa sport, non ci pensa proprio; ma l'anziano che passando dal letto all'impiedi nota una qualche incertezza e capisce di doverlo fare gradualmente, egli di certo pensa alla legge di gravità. Non sa spiegarselo bene ma intuisce che il sangue va più facilmente ai piedi che al cervello e che quindi bisogna dare più tempo all'adattamento quando, come dice il poeta, "allor che della vita l'arco piega" e tutte le funzioni si intorpidiscono. Nessuno glielo ha spiegato a scuola. Il medico con garbo ha tentato qualche volta di farlo ma il suo linguaggio fatica a farsi strada nella cultura del profano, che anche se egregia in altri campi non lo aiuta a capire la terminologia e i complicati meccanismi del nostro corpo. Può tuttavia consolarsi perché la scienza medica ci ha messo millenni per capirlo e solo da 400 anni, grazie agli anatomici italiani e a un fisiologo inglese, ha messo finalmente al loro posto le nozioni giuste sul nostro sistema circolatorio, che è anche quello di molte specie animali. L'uomo poi, a differenza del somaro e della scimmia, ha voluto passare dalla posizione orizzontale a quella ver-

Usain Bolt

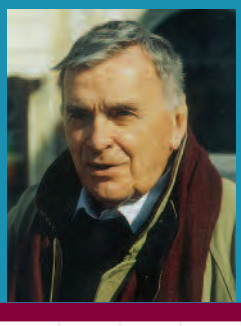
ticale, eretta, complicandosi ulteriormente gli adattamenti. E qui il filosofo potrebbe anche vederci il primo segno della sua ambizione a misurarsi con Dio, da cui le tante conquiste civili e incivili. Noi, però, per rimanere più terra-terra, vogliamo solo considerare come si è sviluppato quel complesso meccanismo che consente all'organo più nobile, il cervello, di essere ossigenato più e meglio dei piedi in ogni sua posizione.

Il nostro sistema circolatorio è una specie di *ortus conclusus*, come dicono quelli che hanno fatto le scuole alte, ossia un congegno chiuso, meccanico e idraulico, con il cuore che fa da propulsore del sangue e una mirabile rete di tubi e tubicini, le arterie, i capillari e le vene, che arrivano ovunque, aprendosi o chiudendosi secondo le necessità dei vari organi e nelle differenti fasi della loro attività. Da questa descrizione, certamente sommaria, si capisce come ci sia voluto tanto tempo a capire il funzionamento del tutto: il cuore che pompa, la pressione che imprime al sangue immesso nella circolazione e l'adattamento dei vasi secondo le richieste di ogni distretto. Pensiamo, ad esempio, a come deve variare la quantità di flusso nelle gambe di un atleta quando è a riposo o mentre corre i 100 metri. Così per il cervello durante il sonno o quando è nel pieno dell'attività. E infine come deve adattarsi la pressione mentre siamo distesi o in piedi.

I fisiologi hanno scoperto che nell'"homo erectus" più che negli altri animali si è formata una mirabile rete nervosa, la quale attraverso tutta una serie di riflessi mantiene la stessa pressione o quasi, ovunque e in ogni posizione. Naturalmente con gli opportuni adattamenti secondo le necessità. Così, dopo un pranzo, specie se abbondante, gli organi della digestione richiedono maggiore flusso e il cervello glielo concede mettendosi in stato di pennica. Purtroppo gli stessi fisiologi hanno dovuto anche constatare che nell'età più avanzata sia i riflessi diventano meno pronti e sia le arterie perdono l'elasticità, ossia la capacità di adattare meglio il flusso all'organo. Dopo i 60-65 anni e soprattutto dopo gli 80, è facile registrare pressioni arteriose più basse in piedi che distesi. Questo fenomeno ha da molti anni una definizione nosografica: IPOTENSIONE ORTOSTATICA, dove ipo sta per riduzione (della pressione) e orto per la posizione dell'uomo in piedi. Quando si voglia valutare questo divario la misurazione delle pressioni va fatta dapprima distesi e dopo almeno 40 secondi di posizione eretta. La differenza non dovrebbe superare i 20 millimetri di massima e i 10 di minima. Dopo i 50 anni e fino ai 60 il calo incide solo per il 4% della popolazione ma supera il 18% dopo gli ottanta. In genere però senza alcun disturbo per il paziente, a meno che la caduta di pressione non superi i 40 mm. Allora possono comparire vertigini, attimi di cecità o anche deliquio ma sono evenienze rare, quasi esclusive dei più anziani e spesso facilitate dai farmaci antiipertensivi, le cui dosi dovrebbero essere sempre vigilate secondo l'andamento dell'ipertensione e delle stagioni. Lo sanno i medici curanti che vengono interpellati dai pazienti fino alla noia per le molte variazioni della loro pressione in più o in meno al mat-

Samantha Cristoforetti

tino, alla sera e perfino di notte, specie da quando lo strumento digitale per misurarla lo si usa come uno smartphone.
I molti studi che hanno valutato l'incidenza dell'ipotensione ortostatica sono piuttosto rassicuranti non solo perché questo calo è poco frequente e di poca entità ma soprattutto per la scarsa espressività clinica, ossia la comparsa di disturbi soggettivi importanti. Quando questo succede è necessario un più frequente controllo del paziente, magari con il monitoraggio della pressione nelle 24 ore e soprattutto, come detto, con la rivalutazione della terapia in atto. Può accadere che il medico si trovi difronte al dilemma se tenere bassa la pressione per prevenire infarto o ictus oppure lasciarla più libera onde evitare i disturbi del suo calo in ortostatismo. Anche questo è un problema che il medico esperto riesce a risolvere senza grandi difficoltà proprio perché i rischi dell'una situazione o dell'altra sono fortunatamente bassi. I casi di ipotensione ortostatica grave che obblighi a terapie particolari si contano sulle dita di una mano nell'esperienza del medico di lunga milizia.
Sorge a questo punto la curiosità di sapere come è stata la pressione di Samantha Cristoforetti lassù nello spazio, durante le sue evoluzioni in assenza di gravità. Ce lo comunicherà ora che è tornata sulla Terra e avremo forse qualche informazione in più.



Quaderno a Quadretti

di **Franco Fontanini**

Cuore e vizi capitali
L'avarizia: nostalgia di avari

Non ci sono più avari in circolazione. I pochissimi che si vedono non sono avari veri, sono borghesi di vecchia schiatta o nobili di antico censo: il loro è un vezzo anticonformista, un neodandismo pauperista.
Gli avari autentici, quelli che tappavano il calamaio ogni volta dopo aver intinto la penna, per evitare che l'inchiostro evaporasse, che non leggevano per non consumare gli occhiali, che fermavano l'orologio di notte per risparmiare la pendola, che lavavano il preservativo per riusarlo, non ci sono più.
Non riuscivano a dormire senza aver segnato il livello del vino nella bottiglia, come faceva ogni sera il marchese di Aligne, avaro leggendario del secondo Impero che era ossessionato dai furti della servitù. Uscendo di casa metteva una mosca nella zuccheriera per controllare che ci fosse al suo ritorno. Raccontano i suoi biografi che nei giorni di festa mesceva personalmente, verso la fine del pasto, un bicchiere di vino ai maschi maggiorenni e alle vedove della famiglia. Alla domenica, in premio, portava il

Alberto Sordi ne L'Avaro

nipote più meritevole della settimana a veder mangiare i gelati da Tortoni.
Ogni volta che vedeva qualcuno dei suoi bere un uovo alla coque, prescrittogli dal medico, sospirava: "mio Dio, un'altra gallina in meno".
Poiché nell'albergo di Nantes, dove alloggiava ogni mese per il mercato, la prima colazione costava un franco e mezzo e il pranzo tre franchi, cenò sempre con la prima colazione.
Smentì il proverbio che vuole l'avaro come il porco, utile soltanto dopo la morte. Morì ultranovantenne lasciando un centinaio di milioni e una trentina di testamenti perché i suoi eredi, a causa dei contenziosi, morissero tutti prima di mettere le mani sul suo patrimonio.
I vecchi avari Euclione e Arpagone, le due sorelle di *Delitto e castigo*, l'usuraio ebreo del *Mercante di Venezia* hanno perso tragicità e comicità.
Le barzellette sugli scozzesi non fanno più ridere, quelle sui genovesi, che al tempo di Rabelais si salutavano "sanità e guadain, messer", sono passate di moda come quelle sulle suocere.
L'avaro oggi viene considerato un povero psicopatico, come il barbone trovato cadavere sul materasso colmo di banconote o come il vecchio di Verga che quando gli dissero che era tempo di lasciare "la roba" e pensare all'anima, uscì nel cortile barcollando e ammazzò a colpi di bastone i suoi tacchini e le sue anatre, strillando "roba mia, vientene con me!"
Per il moderno teologo moralista ci sono peccati ben più gravi dell'avarizia come la speculazione monetaria, l'evasione fiscale, le bustarelle e le tangenti, come ha recentemente ribadito Papa Francesco.
L'avaro non rubava, era rispettoso delle leggi di Dio e degli uomini, era sgradito a tutti ma non toglieva niente a nessuno: era solo senza limite nella parsimonia e viveva dominato dall'ansia di non consumare.

Il boom economico, l'ingresso dell'Italia fra le prime sette potenze industriali, il consumismo hanno segnato la sua fine. Al suo posto sono arrivati gli speculatori a tutto campo, i fanatici del *capital gain*, del *cash flow*, della *joint venture*, della *new economy* che guardano a Wall Street o alla Deutsch Bank come i musul-

mani alla Mecca e che si vantano dell'amicizia di qualche bancario di Zurigo come i tifosi milanisti di quella di Shevchenko o di Costacurta.
L'avarizia porterà, forse, alla perdita dell'anima ma sicuramente è salutare per il corpo. Nessun vero avaro è mai stato colpito da infarto: è vero che quando c'erano gli avari l'infarto era raro e quando l'infarto è diventato la malattia più diffusa gli avari erano in via di estinzione, ma, a memoria d'uomo, non c'è cardiologo che ne ricordi neppure un caso.
L'avaro infatti è igienista per istinto naturale: non fuma, non beve, non stravizia, è parco nel mangiare, condisce poco, predilige legumi e cereali a carni e salumi, scalda poco la casa, porta la maglia di lana da ottobre a giugno, cammina molto, va a letto presto.
Diffida delle medicine e si cura da solo, magari con le erbe che raccoglie nelle stagioni giuste. Convinto che il sapone privi la pelle delle naturali difese, si lava poco. Ha poco colesterolo nel sangue, la pressione bassa, la glicemia normale, è immune dalle malattie del benessere.
Se si vuol credere agli psicologi, l'avarizia predispone alle sindromi depressive ma l'avaro è depresso solamente perché non vede alcun motivo per essere euforico. Soffre solamente di stitichezza. Un avarissimo notaio di Parma combatteva la sua stipsi sollevando sul balcone la camicia da notte e tenendo la pancia nuda esposta alla brezza notturna. Nelle notti di plenilunio, nell'ombra si raccoglievano numerosi spettatori divertiti.
Degli avari si parla al passato perché non se ne vedono più, sono una specie estinta. Erano considerati longevi come le tartarughe ma non è più così. Come molte specie animali sono scomparse con le glaciazioni, gli avari non hanno resistito al consumismo.
Un'epoca come la nostra, con la nevrosi da shopping che dilaga, piena di spendaccioni, di dilapidatori del pubblico danaro, di tangentomani, di pirati con l'immunità, è diventata per loro invivibile.
Hanno cominciato a lamentare i sintomi della nevrosi cardiaca, palpitazioni, malessere, senso di strangolamento, difficoltà respiratorie, vertigini, sudorazioni, disturbi non pericolosi ma che li facevano vivere assai male e a disagio ed hanno finito col renderne impossibile l'adattamento. In pochi decenni c'è stata l'estinzione. Ne sopravvivono pochi esemplari inconsapevoli: a noi tutti è capitato l'invito al caffè da parte di un amico che sistematicamente dimentica il portafoglio in macchina.
Si racconta che agli avari piacessero le donne anche se generalmente erano profondamente misogini, considerandole spendaccione, dissipatrici di patrimoni. In genere una matura vedova che lavava mensilmente la loro biancheria, provvedeva a tutte le loro esigenze.
Ben raramente si sposavano prima della cinquantina; le prescelte erano anch'esse avare o lo diventavano ben presto: le poche che non si adeguavano erano destinate all'ipocondria. Gli avari erano mariti a loro modo premurosi, attenti ad ogni problema domestico, preoccupati soprattutto della sa-

lute delle consorti. Non sopportavano di vederle a letto ammalate.
Jean Chapelain, padre dell'Accademia francese, letterato raffinatissimo, si dedicò amorevolmente all'assistenza della moglie gravemente ammalata e alla sua morte era disperato. Quando apprese che il funerale sarebbe costato tremila franchi, con voce strozzata esclamò: "ma allora era meglio che non morisse!"
L'avaro è immutabile anche di fronte alla morte. Francesco Redi racconta di un certo ser Lippo che, prossimo alla fine, dette disposizione di essere seppellito in una grotta per non rescindere il contratto col quale aveva dato in affitto la sua tomba come deposito di grano.
A Brescia viene ricordato il signor Albino che non resisté allo strazio per essere stato derubato e decise di porre fine ai suoi giorni impiccandosi. Mentre andava a comperare la corda vide il Mella in piena e cambiò idea: si gettò dal ponte facendo il suo ultimo risparmio.

Gli avari erano mariti fedeli, refrattari, per economia, all'adulterio. Le uniche sporadiche evasioni se le concedevano in qualche casa chiusa poco costosa di altre città. Erano taccagni anche con i sentimenti, controllati con le emozioni, non si confidavano con nessuno, neppure con la moglie se l'avevano, pidocchi negli affetti, misurati nell'ira. Ai banchetti nuziali, i soli cui partecipavano, non toccavano il vino per evitare che l'euforia potesse portarli alla confidenza.
Per istinto si tenevano al riparo dalle emozioni e dagli stress sottraendosi così a sbalzi di pressione e a spasmi delle coronarie. Loro inderogabile impegno era dimostrare sempre di non aver alcun bisogno degli altri; risolvevano i contenziosi senza avvocato, ristrutturavano la casa senza ingegnere, si curavano senza medico. Se dovevano ricorrere alla banca, lo facevano con diffidenza, di nascosto, in altre città, come per il postribolo.
Neppure sotto tortura avrebbero ammesso di essere avari ma trovavano giustificazione a ogni loro comportamento.
Enrico IV asseriva: "dicono che io sia avaro ma non è assolutamente vero perché io faccio tre cose che l'avaro non fa, faccio l'amore, faccio la guerra e faccio le case".
L'avaro non ha hobbyes, al massimo si lascia tentare dal collezionismo: filatelia, piccolo antiquariato, antichi orologi, mortai da farmacia, ma il solo collezionismo che l'appassiona veramente è quello delle monete, anche fuori corso, specie se d'oro zecchino.
Nessun avaro si è mai lasciato tentare da mode. I loro abiti sono senza tempo, come quelli dei colonnelli in pensione.

L'avaro viene considerato antipatico ma non è sempre vero. Lo è assai meno del superbo, dell'invidioso e dell'accidioso e non manca di lati simpatici, solo che non ci tiene a mostrarli: lo riterrebbe concedere qualcosa e si diverte molto di più ad essere scostante. C'era un avvocato che strattonava il guinzaglio non appena vedeva che il suo cane scodinzolava a qualcuno: "ti taglierò la coda", lo minacciava a bassa voce. Un pittore, mio caro amico d'infanzia, arrivò alle mani con il gallerista che non gli aveva conservato gli imballi dei moltissimi quadri venduti.
Agli avari non è mai dispiaciuto essere oggetto di satire ed aneddoti, qualche volta inventati da loro stessi.
I testi scolastici non citano neppure uomini politici dell'Italietta seria, parsimoniosi fino all'avarizia come Quintino Sella, il ministro dell' "economia all'osso" e del "pareggio" o come Giuseppe Saracco, presidente del Consiglio, che invece dovrebbero essere ricordati ad esempio per tutti.
Quintino Sella disse a Vittorio Emanuele II: "O toglie le due sentinelle dalla casa della contessa Mirafiori o io mi ritiro da ministro". Saracco, sindaco di Acqui, non voleva che si spendessero soldi per il monumento al re. A Genova, nel magazzino di una fonderia, trovò il modello per la fusione di un altro monumento, lo comperò a peso, a proprie spese, lo fece ritoccare e senza che nessuno sapesse niente lo fece collocare nella piazza. Negò l'acquisto di una carrozza per le autorità municipali e l'assunzione di una seconda guardia: "Non capisco che bisogno ci sia di guardie comunali in un paese di gente dabbene come Acqui".
Da Ministro dei Lavori Pubblici cancellò la voce cibo per gatti dal bilancio del ministero: "O i gatti mangiano i topi e allora è inutile nutrirli a spese dello stato, o non mangiano i topi e allora è inutile tenerli".
A Roma, anche quando era Presidente del Consiglio, abitò sempre in una camera d'affitto e si cucinava da solo. Quando voleva festeggiare qualcosa, da sotto il letto tirava fuori una vecchia bottiglia di vino delle sue vigne.
Queste incredibili cose accadevano nel nostro Paese poco più di cento anni fa. Andrebbe ricordato anche Vespasiano il miglior governante che Roma abbia avuto. Portava gli stessi calzari per quattro anni, poi li abbandonava consunti alle terme, scambiandoli con un paio di nuovi incustoditi. A sessant'anni, dopo il suicidio di Nerone, con piccoli brogli elettorali diventò imperatore. Ricostruì Roma, stabilì la buona convivenza con i cristiani, eresse il Colosseo, dette monumentalità al Campidoglio e risanò il bilancio. È passato alla storia per aver detto "pecunia non olet" e il suo nome è ricordato solamente dai pubblici orinatoi. Per ricavarne un po' di soldi fece pagare l'urina ai folloni e ai conciapelli che l'avevano sempre presa gratuitamente per ricavarne ammoniaca.
Un simpatico avaro dei nostri giorni è un amico primario medico di una cittadina emiliana i cui abitanti, secondo Camilla Cederna, si dedicano principalmente a quattro attività che cominciano tutte per "S": salute, soldi, suini e sampagne, intesa come champagne.

La sua è un'avarizia vitale, essenziale, fine a se stessa, ricca di creatività, nonché edonistica perché lui non trae alcun piacere dal guadagnare, vuole solo evitare la sofferenza dello spendere.
Usa per un mese la stessa lametta da barba, conserva le buste usate, lo spago dei pacchi, i fiammiferi usati. Recupera i francobolli con l'annullo poco visibile, vive nella penombra perché nessuna lampadina della sua casa ha più di venti candele. Non ha mai comperato un etto di prosciutto ma sempre novanta grammi che, afferma, fanno la stessa figura e danno lo stesso risultato; mai un caffè freddo d'estate, al bar ordina un espresso molto ristretto che travasa nel bicchiere con un cubetto di ghiaccio che il cameriere gli porge senza che gli venga richiesto.
In vita sua non ha mai dato una mancia né preso un taxi. All'infuori del giornale di economia, al quale si è abbonato a diciott'anni, non ha mai comperato neppure il "Corriere della Sera". Ha sempre letto i giornali e le riviste abbandonate nell'anticamera dello studio. A differenza del giornalista di René Clair che conosceva la cronaca un giorno prima, lui ha sempre appreso ogni avvenimento con un giorno di ritardo.
Taglia in sedicesimi le pagine dei quotidiani recuperati e le ripone nelle cassette di fianco ai water: considera i rotoli di carta igienica un simbolo dello spreco. Le rare volte che si è ammalato si è curato esclusivamente con campioni gratuiti.
Una volta l'anno, a metà maggio, anniversario del matrimonio, ha sempre comperato un brillante per la moglie. È la sua unica spesa durante dodici mesi, a meno che non scopra liquidazioni fallimentari: non ha mai resistito agli sconti del 75 per cento.
Con gli amici ha sempre parlato di operazioni finanziarie, di mercati, di valore aggiunto, di Prodi, di Lucchini, di Galbraith. Come l'antico poeta persiano Saadi che cantò l'amore senza mai praticarlo perché eunuco, lui per tutta la vita ha parlato di profitti senza mai averne. Tutti i suoi amici sono diventati ricchi, molti grazie ai suoi consigli, meno lui.
È andato in pensione, con quarantadue brillanti chiusi nella cassetta di sicurezza della banca e cinquantatre annate del Financial Times nella libreria.

Gli stent riassorbibili: tante speranze a lungo termine, qualche problema in fase acuta.

Intervista di **Filippo Stazi**

Corrado Tamburino,
Divisione di Cardiologia, Ospedale Ferrarotto,
Università degli studi di Catania

Prof. Tamburino una delle più rilevanti innovazioni apparse nel campo della cardiologia interventistica è rappresentata dagli stent coronarici completamente riassorbibili, cosa sono esattamente?
Sono degli stent la cui struttura di sostegno è costituita da materiale polimerico e non da una lega metallica il che ne permette, appunto, il loro completo riassorbimento. Per questo motivo vengono più appropriatamente definiti "scaffold".

Quali sono i vantaggi di questi scaffold coronarici riassorbibili?
Con gli scaffold riassorbibili è stata ipotizzata la possibilità di una "terapia di riparazione vascolare" che potenzialmente conferisce numerosi van-

taggi rispetto agli stent metallici permanenti:

- superiore conformabilità e flessibilità che garantirebbero una biomeccanica più favorevole e preserverebbero la geometria vasale;
- liberazione del vaso dall'"incarceramento metallico" con potenziale rispristino della vasomotilità e della funzione endoteliale, con guadagno tardivo del lume vasale e rimodellamento tardivo della parete vasale di tipo espansivo, che permetterebbero di ridurre l'infiammazione e la neo-aterosclerosi;
- risoluzione della malapposizione e della frattura dello stent come conseguenza del processo di rimodellamento;
- copertura della placca con uno strato di neo-media che potenzialmente permetterebbe di ridurre la neo-aterosclerosi e di stabilizzare le placche vulnerabili;
- possibilità di eseguire un by-pass in corrispondenza del segmento trattato.

In generale, i suddetti effetti biologici degli scaffold riassorbibili, implicano una potenziale riduzione dell'angina e dell'incidenza di eventi trombotici tardivi (dopo un anno).

Esistono degli aspetti peculiari degli scaffold riassorbibili che hanno una ricaduta pratica sulla tecnica d'impianto?

La funzione fondamentale di uno stent è di provvedere al contenimento della placca e delle dissezioni, garantendo una forza radiale che si oppone al ritorno elastico precoce e tardivo del vaso. In particolare, i sei mesi successivi all'impianto dello stent costituiscono un periodo critico in cui è di cruciale importanza che la struttura dello stent mantenga un'adeguata forza radiale per contrastare il ritorno elastico del vaso ed evitare una riduzione significativa del lume interno.

L'aumentato spessore dello scaffold rispetto a uno stent metallico non riassorbibile è il prezzo che questa nuova tecnologia ha dovuto pagare per assicurare una forza radiale non inferiore a quella degli stent metallici di uso comune; tale maggiore "ingombro" rende comprensibile il motivo per cui è opportuno adottare alcuni accorgimenti tecnici per il suo impianto.

Inoltre va ricordato che le proprietà meccaniche di uno scaffold polimerico differiscono da quelle di uno stent metallico e ciò deve essere considerato per un appropriato impianto del device. Le caratteristiche meccaniche degli scaffold, infatti, ne limitano la post-espansione, con conseguente rischio di frattura in caso di eccessiva dilatazione.

Quali evidenze cliniche sono attualmente disponibili relativamente agli scaffold riassorbibili?

La performance di questi dispositivi è stata valutata prima in alcuni registri e poi, alla luce dei buoni risultati osservati, nel 2011 si è giunti all'ABSORB II, il primo trial randomizzato di confronto tra uno di questi scaffold, l'Absorb™ BVS e uno stent medicato (DES) di seconda generazione, lo Xience Prime™, Abbott®. Lo studio, che terminerà nel 2015, coinvolge circa 40 centri in Europa e prevede la randomizzazione in rapporto 2:1 tra Absorb™ BVS e Xience.

L'endpoint primario dello studio è valutare a 3 anni dall'impianto la vasomotilità e il diametro luminale minimo del segmento coronarico sottoposto a impianto dello scaffold. Nei pazienti arruolati in questo studio potevano essere trattate fino a un massimo di due lesioni coronariche di nuova insorgenza in vasi differenti e di lunghezza ≤48 mm. L'arruolamento è terminato nel giugno 2013 con un totale di 501 pazienti. Recentemente sono stati pubblicati i risultati procedurali e clinici (endpoint secondari) ad un anno di follow-up. Nel contesto delle lesioni semplici incluse nel trial, nonostante le differenze nel profilo dei due device (1.4 mm per l'Absorb vs 1.1 mm per lo stent Xience), la percentuale di successo di impianto del device polimerico è stata simile a quella dello stent metallico. Inoltre, è notevole considerare che il ritorno elastico acuto di entrambi i device è stato di simile entità. L'incidenza dell'infarto miocardico è stata tendenzialmente (p=0.06) più alta nel gruppo Absorb (4%) rispetto a quella del gruppo Xience (1%), con una differenza sostanzialmente guidata da un eccesso con Absorb di infarti periprocedurali, in particolari di quelli definiti da un rialzo dell'enzima creatinfosfochinasi (CPK) maggiore di 1 o 2 volte il limite superiore del range di normalità, che non sono stati associati ad eventi clinici avversi. Nel trial sono stati documentati solo 2 casi di trombosi definita dello stent che si sono verificati nel gruppo Absorb (0.6%). Una trombosi di scaffold probabile si è poi verificata tardivamente a 335 giorni con un'incidenza totale di trombosi definita/probabile con Absorb di 0.9% e con Xience di 0% (p=0.55). L'incidenza cumulativa dell'angina ricorrente o ingravescente è stata invece significativamente più bassa nel gruppo Absorb rispetto al gruppo Xience. In sintesi, l'analisi clinica ad interim pre-specificata dell'ABSORB II, nonostante manchi di un potere statistico adeguato, poiché gli endpoint clinici sono secondari, suggerisce che lo scaffold ABSORB™ BVS ha una sicurezza ed efficacia simile a quello dello stent metallico permanente migliore nella sua categoria, con risultati probabilmente più favorevoli in termini di eventi anginosi, almeno per il trattamento di lesioni coronariche relativamente semplici. Altri due studi randomizzati, l'ABSORB III e IV, sono attualmente in corso negli Stati Uniti, per valutare la sicurezza e l'efficacia dell'Absorb™ rispetto agli stent della famiglia Xience.

Quali conclusioni possiamo quindi lasciare ai nostri lettori sull'attuale ruolo degli scaffold riassorbibili?

Gli scaffold riassorbibili offrono l'opportunità per una "terapia di riparazione vascolare", con potenziali implicazioni cliniche in termini di riduzione degli eventi atero-trombotici tardivi e di miglioramento della sintomatologia anginosa. Per tale motivo, un ampio spettro di lesioni coronariche ne potrebbe potenzialmente trarre beneficio.

La performance clinica dell'Absorb™ BVS è attualmente risultata simile a quella dello Xience in lesioni relativamente semplici in studi preliminari. Tuttavia la sicurezza

e l'efficacia degli scaffold riassorbibili rispetto agli stent metallici permanenti necessitano valutazione in larghi studi clinici randomizzati adeguatamente disegnati e attualmente in corso con l'Absorb™ BVS.
Diversi registri attualmente disponibili con Absorb™ BVS, hanno mostrato risultati di efficacia promettenti anche nel contesto di contesti di malattia coronarica più complessa ma hanno fatto emergere un problema di sicurezza dello scaffold che ha suggerito la necessità di una più accurata tecnica di impianto e di contestuali miglioramenti tecnologici del device. Dati clinici a lungo termine derivati dai registri e dagli studi randomizzati sono necessari per confermare la possibilità che uno scaffold riassorbibile diventi nel futuro la terapia di scelta per la maggior parte delle lesioni coronariche.

Angina sospetta. Fidatevi del pronto soccorso.

Non avevamo dubbi che da quando i medici dei Pronto Soccorso, oltre a interrogare il paziente che lamenta dolore toracico gli eseguono sempre l'elettrocardiogramma (ECG) e aspettano i risultati della troponina, si mettessero, come dicono nel veneto, dalla parte del formenton, sicuri che la percentuale di errore avrebbe avuto molti zeri davanti. Non ne avevamo dubbi ma sentirselo confermare da una ricerca scrupolosa come quella dell'Università di Columbus nell'Ohio ci rassicura maggiormente. Weistock e i suoi sei collaboratori hanno valutato durante 5 anni dal 2008 al 2013 oltre 45 mila pazienti che si erano rivolti per problemi vari ai dipartimenti di emergenza di tre centri universitari selezionandovi quelli con dolore toracico sospetto e nei quali sia l'ECG che gli enzimi avevano escluso un'origine cardiaca acuta. In genere questi pazienti vengono rimandati a casa ma siccome l'errore ci può sempre scappare gli autori della ricerca, per essere più sicuri della decisione che il cuore non fosse la causa del sintomo, ne hanno ricoverato per alcuni giorni un gruppo di 11.230, statisticamente selezionato. E con piacevole sorpresa, nonostante il 46% di loro soffrisse di ipertensione, il 20% di diabete e il 13% di pregresso infarto, solo 20 soggetti, ossia lo 0.18% manifestò qualche problema medico durante il ricovero. Uno 0.18% che si sarebbe potuto ridurre allo 0.06% se si fosse fatta maggiore attenzione a quelli che qualche segno indicativo di prudenza, come un blocco di branca o un pacemaker, lo presentavano. In conclusione, tenuto conto che in medicina la sicurezza assoluta non è realizzabile a causa della complessità con cui si manifestano i disturbi e la limitazione degli accertamenti, crediamo che i risultati americani ottenuti con comportamenti analoghi a quelli dei nostri ospedali siano più che soddisfacenti per la nostra tranquillità.

E.P.

Saper volare

Riflessioni per la vita dedicate ai miei nipotini

di **Bruno Domenichelli**

"Di saper volare
non si deve scordare."

Non ricordo bene dove ho letto questa frase. Costituiva la didascalia di un disegno che raffigurava una graziosa bambina dal volto triste e pensoso accovacciata a terra, con le ginocchia strette mestamente fra le braccia. Due piccole ali trasparenti le spuntavano dalla schiena, ed era facile capire dalla posizione inerte delle ali che la bambina era rattristata perché aveva dimenticato il modo di usare le sue alucce. La scritta era un chiaro monito alla bambina, un invito a non dimenticare di saper volare.
Ringrazio lo sconosciuto autore perché, con parole semplici, aveva saputo raffigurare una realtà che molti sentono confusamente abitare nel cuore ma che non è facile esprimere con altrettanta immediata efficacia. La sintesi cartesiana delle parole che accompagnavano il ritratto della bambina triste, volta in positivo, poteva essere: "So di poter volare, *ergo sum*!"
Che un uomo potesse anche volare l'hai percepito forse nel momento stesso in cui per la prima volta hai spalancato gli occhi alla luce.

Ombretta Bacher. *"Di saper volare non si deve scordare"* (2015)

Ringraziamo l'autrice dell'illustrazione, nota acquarellista romana, per aver ideato espressamente per i lettori di Cuore & Salute la figura della fanciulla triste che non sapeva più volare. Con questo articolo la redazione di Cuore & Salute è lieta di dare inizio ad una nuova rubrica periodica, dal titolo: **Ecologia della mente**, che si propone di suggerire ai lettori positivi "antidoti" alla quotidiana fatica di vivere.

Poi hai imparato che per volare bisogna avere le ali, come le api che giravano nel loro variopinto carosello di celluloide sulla tua culla, verso le quali per ore tendevi, ridendo, mani di desiderio, con lo sguardo affascinato di chi scopre il mondo.
È così che, poco a poco, hai imparato a volare con le ali dei tuoi pensieri leggeri, a sorridere passando da un fiore all'altro dei tuoi giochi preferiti o dalle braccia della mamma a quelle dei nonni.
Con gli anni hai imparato che senza le ali dei desideri e dell'immaginazione non è bello vivere, perché senza poter volare il tuo giardino ha orizzonti ristretti. E hai scoperto che in queste ali era racchiuso il segreto della tua gioia di vivere. Perché le ali ti permettevano di volare fino al tuo fiore preferito. E facevi tornare il sorriso a coloro che ti volevano bene ma che avevano dimenticato che una volta anche loro erano capaci di volare. E insegnavi loro che ancora potevano ricominciare a volare. E a sorridere.
Le ali della fantasia, con cui entrare nel mondo dell'inesistente e dargli vita reale; le ali dell'immaginazione, con le quali raffigurarsi l'ignoto.
Ali per vivere la felicità e trasmetterla al prossimo come incontenibile gioia di essere. Ali per sfuggire alla sofferenza. Ali per esplorare la terra e il cielo: con cui volare tanto in alto, dove l'aria non ti sostiene più, ma dove ti sospinge ancora *oltre*, l'energia senza limiti del desiderio di conoscere.
Le ali che ti spingono a rendere grazie al cielo se ancora potrai di giorno ascoltare i canti delle cicale assolate e la notte dialogare ancora con i cori dei grilli e in questi riconoscere le voci dell'universo.
Le ali del pensiero, capaci di planare nell'aria come gabbiani,"per seguir virtute e canoscenza". Le ali delle analogie, affinché ti aiutino ad entrare nel cuore di realtà fra loro diverse e di scorgervi l'impronta univoca dell'Essere.
Le ali che senti vibrare nei momenti indimenticabili dell'amore.
Ali, talora, da agitare festosamente nell'aria anche senza volare, per il gratuito piacere di sentirle vibrare in risonanza col cuore.
Le ali della speranza, che ti persuadono che un volo interrotto potrà riprendere con la gioia di sempre.
Ali che però, talora, la vita può farti dimenticare di saper usare. Quando un muro di tristezza congiura per paralizzarti il volo. O quando, semplicemente, la stanchezza di vivere o la delusione, ti fanno dimenticare di saper usare le ali: per decidere, per pensare, per amare. Senza volo, la vita diventa allora un faticoso cammino privo di gioia e si spegne anche il sorriso di chi ti ama e vorrebbe ancora sorridere con te.
Come tante persone che, nella vita di ogni giorno, dimenticano di saper volare, anche la bambina triste raffigurata nel disegno non sapeva più usare le ali che fin dalla nascita l'avevano resa felice .
Dal vostro nonno, che ancora, con fatica, tenta di volare e talora ci riesce, l'augurio di ricordarvi sempre, nella vita, che invisibili ali rendono ogni uomo capace di volare e di indagare il mistero di una luce intravista, all'imbrunire, oltre la siepe.

QUADRI & SALUTE

di **Filippo Stazi**

La prima operazione sotto etere, Robert C. Hinckley

La *Prima operazione sotto etere* è un olio su tela di 243 x 292 cm, dipinto dal pittore americano Robert C. Hinckley (1853-1941) nel diciannovesimo secolo. Il quadro venne iniziato a Parigi nel 1882 e terminato solo dopo circa 10 anni di lavoro durante i quali il pittore si documentò scrupolosamente, arrivando anche ad intervistare di persona alcuni di coloro che parteciparono all'intervento. Il perché un giovane pittore americano in quel momento a Parigi decidesse di dipingere un quadro raffigurante un evento avvenuto quaranta anni prima non è chiaro: alcuni hanno ipotizzato che potesse aver ricevuto una commissione da parte del Massachussets General Hospital, altri hanno pensato che fosse stata invece una sua iniziativa nella speranza di poterlo poi vendere all'ospedale. In realtà egli non ricevette alcuna offerta soddisfacente e dopo averlo tenuto per quasi venti anni nel suo studio decise di regalarlo alla Biblioteca medica di Boston nel 1903. Il quadro rappresenta la prima dimostrazione pubblica dell'efficacia dell'etere in chirurgia, in altre parole la nascita dell'anestesia. L'evento, forse il principale dono della medicina americana al mondo, si è svolto il 16 ottobre 1946 nella sala operatoria del Massachussets General Hospital di Boston da allora appunto chiamata "ether dome". I protagonisti sono il chirurgo, John C. Warren ed il dentista William T.G. Morton visibile nel quadro con in mano l'ampolla contenente l'etere. Il paziente è invece tal Gilbert Abbot che viene qui rappresentato seduto su una sedia con gli occhi chiusi e il collo esposto all'escissione di un piccolo tumore della mandibola. Nel dipinto è interessante vedere come le luci e le linee siano utilizzate per focalizzare l'attenzione sull'atto chirurgico. Una linea diagonale fornita dalla parete della galleria dove sono assisi gli spettatori conduce infatti alla testa del chirurgo, il cui corpo è leggermente piegato in avanti con la mano che tiene delicatamente il bisturi. La luce invece illumina l'inalatore di etere tenuto in mano da Morton. Gli abiti bianchi del paziente e l'altrettanto chiara strumentazione chirurgica posta sul tavolo in primo piano, contribuiscono a indirizzare lo sguardo sull'operazione. Oltre ai protagonisti già descritti sono presenti altre undici persone. Uno di questi si sta alzando da una sedia, un altro vi è salito sopra per vedere meglio. Due personaggi assistono direttamente il paziente tenendogli rispettivamente la testa e la mano destra. Tutti gli uomini sono vestiti in maniera molto formale, con abiti scuri, alcuni con baveri di pelliccia e l'insieme di questi particolari ci ricorda che all'epoca il concetto di sterilità non era ancora noto. Numerosi spettatori sono seduti nella galleria, prevalentemente studenti in medicina che guardano con estrema attenzione, quasi consapevoli che in quel momento si stava scrivendo la storia e che vengono rappresentati con sempre minori particolari man mano che dalla prima fila si passa a quelle successive. Nel quadro, infine, non c'è traccia di sangue sebbene nella realtà esso dovette essere presente dato che si racconta che il fotografo incaricato di documentare l'evento non riuscì a farlo perché si sentì male alla sua vista.

Fresche fresche (ma anche no) dalla Francia

di **Salvatore Milito**

"Gli italiani sono dei francesi di buon umore" *(Jean Cocteau)*
[Altra versione: "gli italiani sono dei francesi esagerati"].

"Preferisco i cattivi agli imbecilli. I primi, almeno, ogni tanto si riposano" *(Alexandre Dumas)*

"Faccio sommessamente notare agli uomini politici che mi prendono per uno che fa ridere che non sono stato io a cominciare" *(Coluche, famoso comico francese di origine italiana)*

"Se qualche volta ti senti inutile e avvilito, ricordati che un giorno sei stato lo spermatozoo più veloce di tutti" *(Coluche)*

"Sono capace delle migliori cose come delle cose peggiori. Ma è nelle cose peggiori che sono il migliore" *(Coluche)*

"Tutti i funghi sono commestibili, alcuni lo sono una sola volta" *(Coluche)*

"È tempo perso tentare di avere ragione con quelli che hanno le loro buone ragioni di credere di non avere torto" *(Raymond Devos)*

"Io, quando non ho niente da dire, voglio che lo si sappia" *(Raymond Devos)*

"Quando un un uomo tace mentre tutti parlano non si sente che lui" *(Raymond Devos)*

Più di **110.000**
dipendenti in 100 Paesi
Oltre **2.500 in Italia**

Un'offerta completa di
farmaci, vaccini e soluzioni
innovative in tutto il mondo

112 siti industriali
presenti in 41 Paesi
6 in Italia

L'IMPEGNO PER I PAZIENTI
HOPE È LA SPERANZA CHE SANOFI TRASMETTE OGNI GIORNO, AFFRONTANDO NUOVE SFIDE PER PROTEGGERE LA VITA DI 7 MILIARDI DI PERSONE.

Una delle principali aziende che opera nel settore della salute a livello mondiale.
Sanofi ricerca, sviluppa, produce e commercializza soluzioni terapeutiche innovative che prevengono le malattie, curano e migliorano la qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie.

www.sanofi.it

SANOFI

Il male

di **Antonio Pasquale Potena**

Si presenta, a volte, improvvisamente. Impietoso e vorace, s'impossessa delle tue carni, le penetra in profondità e le mortifica.
Una sofferenza immane, inumana. Una sofferenza santificante. Altre volte, subdolo ed insidioso, ti invia delle avvisaglie.
Ti allerta per costringerti alla sua attenzione e comincia a sconvolgere la tua esistenza e quella di chi ti ama. Un'esistenza di paure, di incubi, di lunghe notti insonni. Un'esistenza priva di sogni, di speranze, di progetti.
Uno sfiancamento continuo, asfissiante. Improvvise aggressioni, tregue armate, nuove aggressioni.
Così per giorni, mesi, a volte anni.
Nel frattempo cerchi di reagire ed accetti la dura lotta.
Ti sottoponi a continui e ripetuti controlli clinici e laboratoristici, ad indagini radiodiagnostiche dagli acronomi incomprensibili che col tempo ti diventano familiari (Tac, Pet, RMN ecc.)
Non hai scelta. Lo fai.
Sei in un tunnel lungo e buio, dove anche una lucciola può darti luce.
Un bel mattino, dopo tanta sofferenza, ti svegli e vedi il cielo terso e sereno.
Sembra che la bufera sia passata. Incredulo:
sei un sopravvissuto.
La lotta, però, ti ha trasformato nel profondo.
Ti ha fortificato nello spirito. Ti ha fortemente umanizzato.
Ti ha reso conscio della fragilità e della precarietà della tua esistenza.
Sei un uomo nuovo. Ma la lotta può anche travolgerti e soccombi. Soccombi da eroe.
E si sa che le anime degli eroi, finalmente libere dalle sofferenze delle "umane scorie", si librano felici nei cieli infiniti.

Il film che non vediamo

E in fondo ci va anche bene così. Perché le immagini che vedremmo con i Doppler e con le TAC lascerebbero preoccupati quasi i due terzi dei 45enni in apparente buona salute. Molto di più che se interrogassero una cartomante, in genere più predisposta al meglio. Stiamo parlando dei nostri vasi sanguigni, le arterie, che quando ammalano possono dare disturbi più o meno seri al cuore, al cervello o alle gambe. A causa di una malattia che, a differenza della scarlattina che si vede subito sulla pelle, si sviluppa molto lentamente, anche per decenni, e che lascia il paziente e i parenti con la solita domanda finale: "ma come, se fino a ieri stava bene e aveva perfino fatto gli esami del sangue, tutti perfetti". Il medico, nel tentativo di spiegarlo, si rifà spesso all'idraulica dove i tubi con gli anni si incrostano lentamente fino a chiudersi ma il profano non rimane soddisfatto di questo confronto poco rispettoso dell'essere umano e continua a domandarsi perché la medicina non sia in grado di prevederlo. In effetti egli ha in parte ragione perché nessuno lo informa adeguatamente che proprio per soddisfargli codeste sue perplessità da circa 70 anni nella cittadina di Framingham nel Massachusetts si setacciano annualmente i suoi abitanti per individuare con esami sempre più aggiornati le malattie e per poi formulare i consigli onde prevenirle.

Oggi a darci una mano è uscito su Circulation (giugno 2015) uno studio cooperativo fra Spagna, Danimarca e Stati Uniti nel quale oltre quattromila soggetti asintomatici, di età fra i 40 e i 54 anni (media 45), sono stati sottoposti, con tecniche ad ultrasuoni e tomografiche, all'individuazione di eventuali alterazioni arteriosclerotiche. Tali però, come dicono quei ricercatori, da rimanere ancora sub-cliniche, cioè senza disturbi in chi se le porta dietro. I risultati sono quelli che in parte sapevamo e in parte sospettavamo: le lesioni arteriosclerotiche, già evidenti ma ancora senza effetti sul paziente, avevano colpito il 63% dei casi analizzati, più gli uomini (71%) che le donne (48%), più le arterie che vanno alle gambe (44%) che le carotidi (31%), l'aorta (25%) o le coronarie (18%). Naturalmente mostravano maggiori lesioni coloro che erano stati classificati a maggior rischio per avere nel loro pedigree pressione alta, colesterolo, fumo e altri segnali negativi ma si sottolinea che anche la maggioranza di quelli a basso rischio avevano analoghe alterazioni. Infine, ci segnalano che un terzo dei lesionati lo erano contemporaneamente in molti distretti, non solamente nelle gambe o nelle coronarie o nelle carotidi.

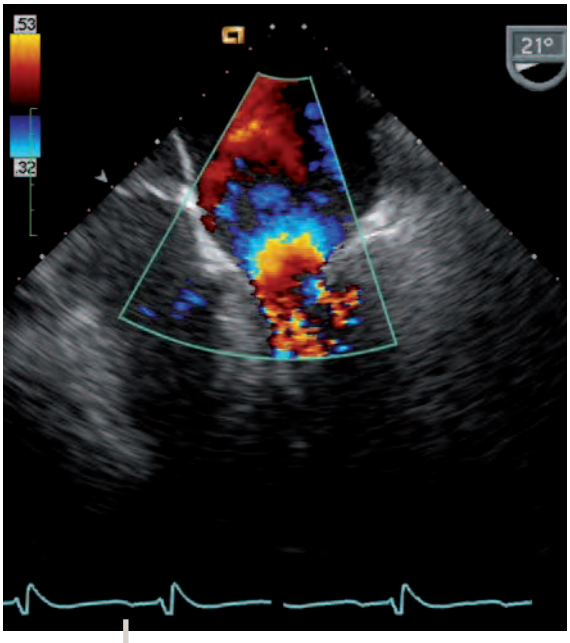
Le conclusioni sono tali da lanciare un messaggio molto chiaro: la prevenzione è l'unica via per ridurre questo lento progresso di una malattia che come in un film invisibile ha certamente una parte inesorabile legata all'età e alla genetica ma anche una buona parte dove il paziente e il medico possono, cambiando lo stile di vita e usando determinate terapie, perseguire "le magnifiche sorti e progressive" cui tendiamo con fiducia nella scienza.

E. P.

Il cuore fa gli esami: l'ecocardiogramma

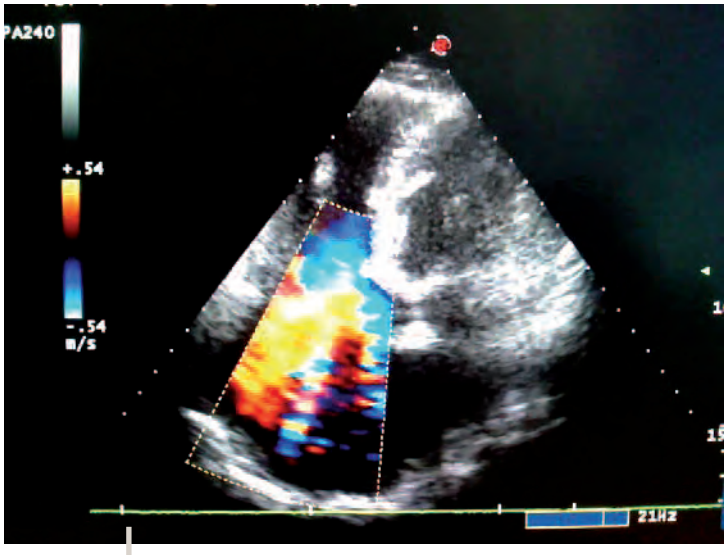
di **Filippo Stazi**

L'Ecocardiogramma color doppler o ecografia del cuore è un esame di secondo livello il cui arrivo e la cui introduzione nella pratica clinica ha drammaticamente migliorato le capacità diagnostiche dei cardiologi. Quest'esame è ormai entrato diffusamente e fortunatamente nell'uso quotidiano ma non ci stanchiamo di ripeterlo non deve precedere né sostituire le preliminari fasi dell'accertamento diagnostico che ricordiamo essere la raccolta anamnestica, la visita medica e l'elettrocardiogramma. L'ecocardiogramma fornisce delle immagini e delle informazioni entusiasmanti che i cardiologi di due o tre decenni fa avrebbero desiderato di vedere per tutta la loro vita senza esserci mai riusciti. L'ecocardiogramma permette infatti delle stime estremamente accurate delle dimensioni delle camere cardiache: atri e ventricoli; una misurazione degli spessori delle pareti cardiache, principalmente setto interventricolare e parete posteriore, inoltre esso permette di visualizzare la funzione contrattile dei singoli segmenti delle pareti cardiache evidenziando quelle zone che, sede di ischemia o infarto, hanno un'alterata cinetica di contrazione e permette inoltre di valutare quant'è la funzione contrattile globale del cuore. Ricordiamo che in chi ha avuto un infarto miocardico o comunque è affetto da scompenso cardiaco l'elemento prognostico fondamentale, il dato cioè che maggiormente influenza la sopravvivenza a distanza di tempo è il valore del-



Ecotransesofageo

la cosiddetta frazione d'eiezione. La frazione d'eiezione rappresenta la percentuale della quantità del sangue che si trova all'interno del cuore alla fine della diastole che viene espulso con la sistole successiva. La formula matematica che la determina prevede la sottrazione del volume telesistolico da quello telediastolico, il valore così ottenuto viene poi diviso per il volume telediastolico. In altre parole, alla fine di ogni diastole, cioè della fase di rilasciamento del cuore, quando il cuore si è completamente riempito c'è una data quantità di sangue, la quota che rimane di questo sangue al termine della sistole, cioè della fase di contrazione del cuore, diviso per quant'era la quantità di sangue al termine della diastole precedente indica questo famigerato valore, frazione d'eiezione, che si esprime quindi in percentuale. Questa percentuale non è, come erroneamente spesso viene riportato, la percentuale di funzionamento del cuore. Dire cioè che la frazione d'eiezione è il 50% non significa che il cuore funziona al 50%, significa che, ripetiamo, di tutto il sangue che si trovava nel cuore alla fine della diastole, nella sistole successiva ne viene espulso il 50% che, per inciso, è un valore assolutamente buono. Si è infatti visto che in pazienti che hanno avuto un infarto la differenza tra chi sopravviverà di più e chi sopravviverà di meno diventa marcata per valori di frazione d'eiezione inferiori o uguali al 40%. Finchè il paziente, cioè, sopravvive ad un infarto con una frazione d'eiezione superiore al 40% la sua sopravvivenza è abbastanza buona. Quando invece la sua frazione d'eiezione è uguale o inferiore al 40% il suo rischio di mortalità aumenta e cresce proporzionalmente al ridursi della frazione d'eiezione essendo tanto più alta la sua mortalità tanto più basso è il valore della frazione d'eiezione. L'ecocardiogramma però permette di ottenere molte altre informazioni, innanzitutto la definizione dell'anatomia degli apparati valvolari. Il cuore ha quattro apparati valvolari: la valvola mitrale, la valvola aortica, la valvola tricuspide e la valvola polmonare. La valvola mitrale separa l'atrio sinistro dal ventricolo sinistro, si apre per far passare il sangue dall'atrio al ventricolo e si chiude per evitare che, nel momento in cui il ventricolo si contrae, una quota di sangue possa rigurgitare indietro in



Ecocardiogramma

atrio. La valvola aortica, invece, si trova tra il ventricolo sinistro e la madre di tutte le arterie, l'aorta, si apre durante la sistole, cioè durante la contrazione cardiaca in modo da permettere il passaggio del sangue dal cuore alla circolazione arteriosa, si chiude alla fine della sistole per impedire che poi il sangue possa refluire dall'aorta in ventricolo. La valvola tricuspide, poi, analogamente alla valvola mitrale separa l'atrio ed il ventricolo ma questa volta di destra; anche lei si apre per far passare il sangue dall'atrio al ventricolo e si chiude per impedire che la successiva sistole ventricolare faccia refluire indietro in atrio il sangue. Infine, la valvola polmonare è interposta tra il ventricolo di destro e l'arteria polmonare; anche questa si apre, permette il transito del sangue dal ventricolo destro all'arteria polmonare e si chiude poi al termine della contrazione ventricolare per impedire il ritorno indietro del sangue.
L'ecocardiogramma permette di valutare l'area di apertura delle valvole, cioè quanto sono grandi le valvole quando si aprono, permettendo in questa maniera la diagnosi di eventuali restringimenti o stenosi degli apparati valvolari. La metodica consente inoltre di apprezzare se c'è uno sbuffo o rigurgito di sangue attraverso queste valvole, se cioè le valvole quando si chiudono non chiudono perfettamente bene e fanno tornare indietro il sangue. L'ecocardiografia rende quindi possibile apprezzare la presenza di questi difetti, stenosi o restringimento, rigurgito od insufficienza, e permette anche di valutarne la gravità, consentendo in questo modo di calibrare la strategia terapeutica: controlli ripetuti nel tempo o, eventualmente, terapia farmacologica o chirurgica.
L'ecografia è poi presidio indispensabile per lo studio dei difetti congeniti, sia nei bambini che, nei casi meno gravi, negli adulti; rende possibile il vedere la presenza di buchi nelle pareti che separano i due ventricoli o i due atri, i cosiddetti setto interventricolare e setto interatriale, pervietà e comunicazioni che possono consentire il mescolamento tra il sangue venoso che si trova nella metà destra del cuore con il sangue arterioso che si trova invece nella metà sinistra e che possono causare dei cortocircuiti che determinano un sovraccarico di lavoro che poi alla lunga può essere dannoso per il cuore.
All'ecografia è stata poi applicata la metodica Doppler che permette lo studio dei flussi del sangue ed è con questa tecnica, che si è poi evoluta anche graficamente con la comparsa del color, cioè la rappresentazione con colori diversi del flusso del sangue, che è stato possibile studiare approfonditamente la funzione degli apparati valvolari e l'eventuale comunicazione tra i due atri o i due ventricoli. A riguardo del color è importante ricordare che quelle immagini molto belle, anche dal punto di vista cromatico, che si vedono nel corso dell'esecuzione dell'esame in cui si vedono sbuffi di colore rosso ed altri di colore blu, non sono, come intuitivamente si potrebbe pensare, rappresentazione del sangue arterioso con colore rosso e di quello venoso col colore blu. Il colore, infatti, dipende semplicemente dalla direzione del sangue in avvicinamento o

allontanamento rispetto alla sonda con cui si esegue l'ecocardiogramma.
Nel corso del tempo si sono poi sviluppate ulteriori applicazioni dell'ecocardiogramma, quali il transesofageo che consiste nell'esecuzione di un'ecografia attraverso una specie di tubo che viene introdotto attraverso la bocca e che scende giù nell'esofago. Questo perché l'esofago è a contatto diretto con il cuore, in particolar modo con l'atrio di sinistra, e quindi riuscire a porre una sonda ecografica vicino alla parete cardiaca, eliminando l'ostacolo rappresentato dalla parete toracica, soprattutto nei soggetti più grossi ed obesi o nei forti fumatori, permette una migliore definizione delle caratteristiche del cuore e quindi un ulteriore rafforzamento delle capacità diagnostiche della metodica. Tale esame viene in genere utilizzato soprattutto per la ricerca di trombi all'interno dell'atrio sinistro, quali possono capitare soprattutto in pazienti con fibrillazione atriale destinati alla cardioversione elettrica; per studiare meglio l'anatomia degli apparati valvolari soprattutto in vista di un intervento cardiochirurgico di sostituzione o riparazione valvolare; per valutare anche le caratteristiche della parete dell'aorta e le sue dimensioni nel sospetto della presenza di un aneurisma.
Altre evoluzioni non ancora entrate nella pratica clinica usuale sono l'ecografia tridimensionale in cui l'immagine viene ricostruita al computer dando delle spettacolari immagini in 3D delle strutture cardiache e le metodiche cosiddette TDI (Tissue Doppler Imaging) che permettono di definire ancor meglio la successione temporale della contrazione delle diverse pareti cardiache.

Aleksandr Borodin:
altro che "Dilettante della domenica!"

di **Luciano Sterpellone**

Medicina e musica, scienza e arte...
Il dottor Borodin non si monta però la testa e dichiara di essere soltanto "un dilettante della domenica che si sforza di rimanere oscuro", di seguire cioè semplicemente quello che noi oggi consideriamo un *hobby*.
In realtà né la sua vita né le sue opere confermeranno questa sua affermazione. Si può anzi dire che sia la Medicina che la Musica sono state per lui ambedue così prepotenti, che riesce alquanto arduo dire quale delle due sia prevalsa sull'altra.
Alexandr Porfirievic Borodin nasce a San Pietroburgo il 12 novembre 1834 come figlio illegittimo di un nobile georgiano, che vanta a tal punto la propria discendenza dal biblico musico e scudiero Davide (poi re) da ostentare nello stemma l'arpa del salmista e la fionda dell'uccisore di Golia. Il giovane Borodin non si cura affatto di questa fantasiosa progenitura: pensa solo a vivere come ogni altro la propria giovinezza.
Del resto, la sua vera passione è la musica. Già adolescente suona il flauto, l'oboe, il violoncello, e studia assiduamente il piano. A tredici anni è così bravo da comporre un *Concerto per flauto e pianoforte*, e un *Trio per due violini e un violoncello*.

Aleksandr Borodin

Sua madre non è però affatto propensa a che egli prosegua su questa strada: nella Russia dell'Ottocento un musicista ha generalmente una vita così grama che se vuole sopravvivere deve anche fare qualche altro lavoro. Così a diciassette anni Aleksandr viene iscritto all'Accademia Medico-Chirurgica di San Pietroburgo dove si laurea sei anni dopo a pieni voti.
Diverrà un chimico di primo piano, non prima però di aver fatto pratica di medicina, come medico militare, dopo alcuni deludenti tentativi di dedicarsi alla chirurgia. Ma la sua passione per la musica, sovrasta decisamente quella per la scienza, come dimostra un fatto avvenuto in ospedale.
Dalle prime ore del mattino è ossessionato da un motivo musicale che non riesce a togliersi dalla mente. Gli viene portato d'urgenza un ufficiale che sta per strozzarsi per un piccolo osso di pollo che si è conficcato in gola. Il giovane dottor Borodin introduce allora nella faringe del paziente una pinza per estrarre il corpo estraneo, ma, sempre concentrato su quel motivo che gli frulla nella testa, compie una falsa manovra per cui la pinza si blocca. Riuscirà fortunatamente a retrarla (insieme con il piccolo osso di pollo) solo dopo drammatici momenti di apprensione. Commenterà lui stesso: "Pensate a cosa sarebbe successo se la pinza gli si fosse conficcata in gola! Sarei passato per la Corte marziale e spedito di filato in Siberia...E poi, che ne sarebbe stato della mia musica?..."

Già: il suo primo pensiero è la musica. Durante gli studi universitari non l'ha mai trascurata, continuando a studiare da solo e prendendo parte come violoncellista a dei Quartetti da camera.
La sua vera svolta "professionale" in questo campo coincide con l'incontro con il grande Mussorgskij, che gli fa conoscere la musica di Schumann e di Glinka e lo sollecita a comporre una sinfonia, la *Sinfonia in mi bemolle maggiore*.
Ciò non ostacola però in alcun modo l'altra sua grande passione, la chimica. A Heidelberg si specializza e viene quindi in contatto con i maggiori chimici del momento, primo tra tutti il grande Mendelejev che affiderà alla storia il proprio nome per aver concepito la famosa "Tavola periodica degli Elementi". Lo stesso Borodin diverrà un chimico di fama internazionale, in particolare per gli studi condotti sulle aldeidi e per aver realizzato per primo un metodo per la determinazione dell'urea nell'urina.
A Heidelberg ha anche conosciuto Ekate-

rina Protopopova, esperta in chimica, che sposa nel 1863 prima di tornare a San Pietroburgo, ove l'anno dopo viene nominato professore di Chimica nella stessa Accademia Medico-Chirurgica nella quale ha studiato.

Ora la sua vita trascorre tranquilla tra la musica, la chimica e un'intensa attività filantropica. Per natura Aleksandr è un animo quieto e sereno, che trova sempre il modo e il tempo per far tutto quel che desidera: il medico, il chimico, il compositore, i viaggi: in Germania stringe una cara amicizia con Liszt, dal quale riceve preziosi suggerimenti e sollecitazioni per la sua attività di compositore.

Borodin ha sempre reagito con noncuranza alle critiche facili e maliziose dei salotti di Pietroburgo, secondo le quali "come chimico è un buon musicista, e come musicista un buon chimico". Lui sa quel che vuole. Musicalmente è impegnato in qualcosa di veramente serio e radicale che va al di là del semplice dilettantismo. Infatti entra a far parte di un gruppo di musicisti "ribelli" (del calibro di Mussorgskij e Rimsky-Korsakoff) che vuol fare *tabula rasa* della musica prevalente in Russia e creare in suo luogo musica genuinamente russa, non copia-conforme degli abusati schemi della musica italiana che almeno da due secoli detiene il dominio in quel Paese: ritiene che il popolo russo è fermo alle melodie "concluse" e a tutte le forme "finite" della musica italiana. In realtà, Francesco Araja, Giovanni Paisiello (che proprio in Russia ha composto *La serva padrona* e il suo *Barbiere di Siviglia*), Giuseppe Sarto (Maestro di Cherubini), Domenico Cimarosa hanno impregnato e improntato in modo indelebile il gusto e la produzione musicale russa. Sotto Caterina v'era stata una vera frenesia per la musica italiana e i nostri cantanti erano stati coperti d'oro. Ora invece il "Gruppo dei Cinque" vuole che la musica russa attinga alla fonte genuina

del passato e della tradizione viva del popolo, alle sorgenti inesauribili del proprio folklore e della propria religione.
Per tali ragioni, Borodin che ora insegna all'Accademia di Pietroburgo va considerato molto più di un "dilettante della domenica". Al punto da temere egli stesso che la passione e l'impegno per la musica possano distrarlo eccessivamente dalla carriera universitaria. Non meraviglia quindi che, proprio per la sua intensa attività sia musicale che scientifica, a *Il principe Igor* egli abbia lavorato per ben diciassette anni e che l'abbia lasciato incompiuto alla sua morte: lo completeranno rimaneggiandolo, Rimsky-Korsakoff e Glazunoff.
Tuttavia, nonostante le sue idee innovatrici, a mano a mano che procede nella composizione de *Il principe Igor* si rende conto che i vecchi criteri musicali italiani non sono affatto da gettar via e che la melodia risponde più del recitativo alla sincerità della propria ispirazione. Per questo da un lato i tradizionalisti lo accusano di essere nemico della musica (è un cacofonico amante di stravaganze infelici), dall'altro gli innovatori rimangono delusi quando sentono che in fondo egli non disdegna le melodie e le cantilene, le forme finite e concrete "italiane", che ha "assorbito" direttamente durante il suo soggiorno professionale a Pisa.
Anche se ha rinunciato a fare il medico per dedicarsi interamente all'insegnamento della chimica, la musica è rimasta sempre la sua vera passione. E anche se non sempre è riuscito a creare una musica sinceramente "russa", questo fine lo ha raggiunto in modo più che totale nello schizzo sinfonico *Nelle steppe dell'Asia centrale*.
Tra le altre sue composizioni figurano due *Sinfonie* (degna di nota quella in Si minore), sono rimaste nella Storia della Musica due splendidi *Quartetti*, una deliziosa *Pétite Suite*, per un totale di cinquantacinque pezzi, numero certamente non trascurabile per un semplice dilettante.
Ad Aleksandr Porferievic Borodin medico, scienziato e musicista non è stato concesso vedere la propria opera maggiore consacrata dal pubblico: *Il principe Igor* appare sulle scene della vecchia San Pietroburgo solo tre anni dopo che la morte lo ha colto all'improvviso, appena cinquantenne, mentre sta ballando in una festa. L'infarto non perdona.

Lettere a Cuore e Salute

D. **È possibile rivivere come prima?**

Sono un 73enne, ho problemi di erezione, operato di 4 bypass, diabete mellito di tipo 2, mi faccio 4 insuline al giorno e prendo numerosi farmaci per la cardiopatia.
È possibile rivivere come prima senza molte pretese?
Attendo vostre risposte, ringraziandovi del tempo prezioso a me dedicato.
Vi porgo i più cordiali saluti.

Angelo F., Taranto

R. **Caro Signor Angelo,**
la sua lettera telegrafica espone molto bene sia l'anamnesi che le sue attuali preoccupazioni. In particolare mi chiede se alla sua età e con i precedenti coronarici e metabolici può riacquistare "senza molte pretese" alcune funzioni, in particolare quella amatoria. Lo dice con molta discrezione ma ha tutta la mia solidarietà perché penso che una certa attività di alcova debba essere salvaguardata anche quando le pulsioni non sono più così frequenti e intense come negli anni della spensieratezza. Diceva mio nonno che dopo una certa età, allora s'intendeva dopo i 60, lo si deve fare "con forchetta e coltello", che voleva dire con prudenza, anche nella scelta della partner. Aggiungo, per inciso, che non mi garbano punto certi pensieri non espressi dai più giovani (figli o nipoti) secondo cui l'anziano o il vecchio padre o nonno dovrebbe usare per sé un linguaggio prudente, quasi asettico. Certo con gli anni la fisiologia ci riporta alla realtà che il testosterone, l'ormone maschile, e la funzione erettile vanno calando, mentre il partner stesso non collabora più come prima. Ma è proprio a questo punto che dobbiamo reagire perché lo stesso tasso di testosterone nel sangue, è stato dimostrato, si adegua in un certo senso alla frequenza dei rapporti. Settant'anni è ancora un'età piena di risorse e adattamenti, oltretutto viviamo un'epoca di veri farmaci pro-erezione (viagra e derivati), che hanno finalmente smascherato gli intrugli magici del passato, come il corno di rinoceronte. E proprio perché sono veri farmaci possono dare qualche effetto indesiderato, come una lieve cefalea o un abbassamento della pressione; purtroppo hanno anche qualche controindicazione quale la proibizione in chi soffra di insufficienza cardiaca o debba far uso dei nitroderivati (carvasin, monoket, ecc.) per un'angina cronica. I suoi pregressi bypass e il diabete non sono quindi di per sé delle limitazioni.
Con i più cordiali saluti.

Eligio Piccolo

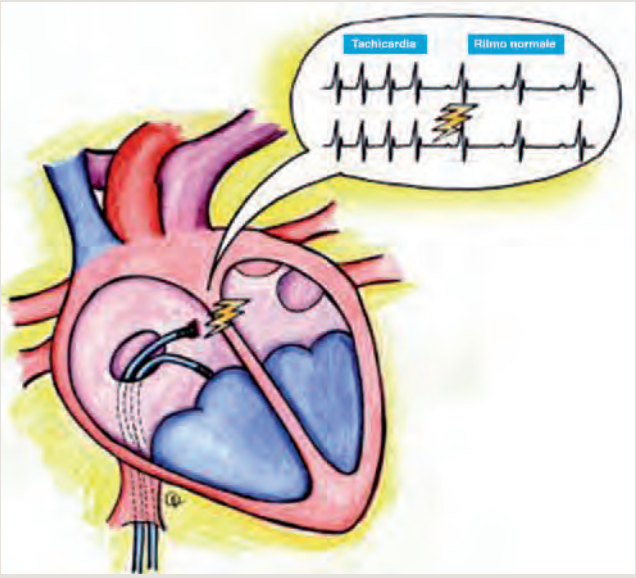
D. Tachicardie ed ablazione

Saluti a tutti,
ho 74 anni, da circa sei ho smesso un'attività sportiva non professionale ma regolare.
All'inizio di quest'anno sono stato in pronto soccorso per una tachicardia parossistica sopraventricolare. Sono stato dimesso in tre ore dopo trattamento con farmaco endovena.
Alla conseguente visita cardiologica con ECG ed ecocardiografia risultava tutto nella norma. Mi si consigliava, comunque di effettuare l'ablazione dell'aritmia mediante catetere a radiofrequenza.
Avete la possibilità di consigliarmi in merito?
Per ora grazie comunque e cordiali saluti.

Dario D. L., Torino

R.

Gentilissimo Sig. Dario,
le tachicardie parossistiche sopraventricolari (TPSV) sono delle tachicardie che, come il termine parossistico tende ad indicare, iniziano e terminano improvvisamente. Sono dovute alla combinazione di una condizione permanente, l'esistenza di un filo elettrico accessorio, generalmente posizionato nel nodo atrioventricolare, e di un evento scatenante, in genere un'extrasistole che, cadendo in un momento propizio, riesce ad innescare una sorta di cortocircuito che spinge il cuore a frequenze elevate. Tali tachicardie sono un problema puramente dell'impianto elettrico del cuore non hanno nulla in comune con infarti e malattie delle coronarie in generale e usualmente hanno una buona prognosi. È cioè difficile che si muoia per una tachicardia parossistica sopraventricolare, con l'unica possibile eccezione rappresentata dalla contemporanea



presenza di importanti alterazioni strutturali del cuore. Un cuore già debilitato per pregressi infarti o per altre condizioni, potrebbe infatti non tollerare l'elevata frequenza imposta dalla tachicardia parossistica. In genere però le tachicardie parossistiche, anche se responsabili di palpitazioni, sono abbastanza ben tollerate. Il trattamento in acuto, come lei ha sperimentato, prevede la somministrazione in vena di farmaci antiaritmici o, nel caso del loro fallimento, il ripristino del normale ritmo cardiaco mediante scossa elettrica, la famosa cardioversione. Per quanto riguarda il trattamento cronico o meglio la prevenzione delle recidive possono essere ipotizzati tre differenti approcci. Un atteggiamento attendistico, che non prevede alcun tipo di terapia, nei casi in cui le tachicardie avvengono molto sporadicamente, sono molto ben tollerate e magari anche a risoluzione spontanea. Qualora le aritmie dovessero divenire frequenti oppure essere mal tollerate dal paziente o comunque condurre a frequenti accessi al pronto soccorso, può essere ipotizzata una terapia cronica farmacologica con i farmaci antiaritmici pur sapendo che il paziente sarà tenuto ad assumere tutti i giorni una o più medicine per prevenire un evento la cui frequenza d'insorgenza non è prevedibile. La terza strategia è quella più aggressiva, l'ablazione: attraverso dei cateteri che vengono inseriti all'interno del cuore tramite le vie venose, si individua la zona dove è presente il filo elettrico accessorio responsabile dell'aritmia e la si brucia mediante erogazione di alte temperature prodotte da una radiofrequenza. La procedura è ormai ben sperimentata, ha un'alta percentuale di successo ma essendo una metodica interventistica non è comunque completamente scevra di rischi. L'ablazione è sicuramente indicata nei soggetti in cui la terapia farmacologica non riesce a prevenire frequenti recidive e nei soggetti che per motivi lavorativi o psicologici hanno necessità di risolvere definitivamente il loro problema aritmico.

Sperando di aver chiarito almeno in parte i suoi dubbi Le porgo cordiali saluti.

Filippo Stazi

Conoscere e Curare il Cuore 2016

Programma preliminare

XXXIII Congresso di Cardiologia

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

Firenze, Palazzo dei Congressi 11-12-13 marzo 2016

Coordinamento: Francesco Prati

VENERDÌ 11 MARZO

I Sessione **Moderatori:** **Mario Motolese**, *Roma*
Francesco Versaci, *Campobasso*

8.45 **Stenosi aortica importante a basso gradiente e contrattilità conservata. Siamo certi che si debba intervenire?**
Giuseppe Di Pasquale, *Bologna*

9.00 **Cardiopatia aritmogena del ventricolo destro. Ruolo della genetica e RMN per un moderno inquadramento.**
Claudio Rapezzi, *Bologna*

9.15 **Nuove frontiere della cardiologia interventistica. Il trattamento dell'insufficienza tricuspidalica di grado importante.**
Antonio Colombo, *Milano*

9.30 **Lo studio PEGASUS: chi può beneficiare di una duplice terapia antiaggregante protratta?**
Leonardo De Luca, *Roma*

9.45 ***Discussione***
10.15 ***Intervallo***

II Sessione **Moderatori:** **Enrico Agabiti Rosei**, *Brescia*
Gian Francesco Mureddu, *Roma*

10.45 **Va impiegata la terapia antitrombotica in presenza di episodi di fibrillazione atriale brevi ed autolimitanti?**
Filippo Stazi, *Roma*

11.00 **Trattamento dello stroke con imaging precoce e rivascolarizzazione. Quando essere aggressivi?**
Danilo Toni, *Roma*

11.15 **La variabilità nei livelli di colesterolo LDL aumenta il rischio di eventi: l'importanza di mantenere il colesterolo stabilmente basso.**
Alberto Corsini, *Milano*

11.30 **TBD**
TBD

11.45 ***Discussione***

III Sessione **Moderatori:** **Fernando Maria Picchio**, *Bologna*
Massimo Volpe, *Roma*

14.30 **L'adulto con cardiopatia congenita.**
Giancarlo Piovaccari, *Rimini*

14.45 **Gli eventi cardiovascolari nel broncopneumopatico cronico.**
Claudio Ferri, *Coppito - AQ*

15.00 **Trattamento ibrido: al chirurgo la discendente anteriore, al cardiologo interventista il resto.**
Massimo Massetti, *Roma*

15.15 **La cardiologia interventistica sta cambiando: considerazioni demografiche, cliniche ed economiche.**
Leonardo Bolognese, *Arezzo*

15.30 ***Discussione***
16.00 ***Intervallo***

IV Sessione **Moderatori:** **Pietro Delise**, *Conegliano -TV*
Luigi Tavazzi, *Cotignola - RA*

16.30 **La chiusura del PFO. Quando le metanalisi rendono giustizia.**
Achille Gaspardone, *Roma*

16.45 **La tachicardia ventricolare come prima manifestazione. Un elemento che sottende più scenari clinici.**
Riccardo Cappato, *Rozzano - MI*

17.00 **Tachicardiomiopatia: cosa nasce prima l'aritmia o la cardiomiopatia?**
Marco Metra, *Brescia*

17.15 **Quanto contano i trigliceridi come fattore di rischio?**
Claudio Borghi, *Bologna*

17.30 ***Discussione***

CASI CLINICI
E VOI COSA FARESTE?

Moderatori: TBD
TBD

18.00 - 18.40 **Presentazione e discussione di 3 casi clinici.**

SABATO 12 MARZO

V Sessione **Moderatori:** **Francesco Musumeci**, *Roma*
Gian Franco Pasini, *Gavardo - BS*

8.45 **Le apnee notturne: epidemiologia in crescita, come individuarle e trattarle.**
Enrico Natale, *Roma*

9.00 **Quando il cardiochirurgo rifiuta il by-pass per ragioni anatomiche o cliniche.**
Ottavio Alfieri, *Milano*

9.15 **Malfunzionamento della protesi aortica biologica. Spazio alla terapia percutanea con TAVI?**
Corrado Tamburino, *Catania*

9.30 **Impiego a lungo termine dei NAO nelle sindromi coronariche acute: razionale e dati clinici.**
Maddalena Lettino, *Rozzano - MI*

9.45 ***Discussione***
10.15 ***Intervallo***

10.45 - 11.15 **LETTURA MAGISTRALE**

I due anni di presidenza italiana all'ESC: ricordi, traguardi e prospettive future
Roberto Ferrari, *Ferrara*
Introduzione di Luigi Tavazzi, *Cotignola - RA*

SIMPOSIO **CAUSE E TERAPIA DELL'INFARTO**

Moderatori: Filippo Crea, *Roma*
Maria Teresa Mallus, *Roma*

11.15 **Tailored therapy: ogni paziente è diverso.**
Francesco Prati, *Roma*

11.30 **TBD**
TBD

11.45 **Abbassare la colesterolemia per ridurre gli eventi cardiovascolari: il ruolo dei nuovi PCSK9.**
Alberto Zambon, *Padova*

12.00 ***Discussione***

VI Sessione **Moderatori:** **Massimo Uguccioni**, *Roma*
Francesco Bovenzi, *Lucca*

14.30 **L'anticoagulazione nella fibrillazione atriale parossistica a basso CHADS2VASC score.**
Raffaele De Caterina, *Chieti*

14.45 **TBD**
TBD

15.00 **TBD**
TBD

15.15 **Jogging e mortalità. Esiste una curva ad U?**
Pier Luigi Temporelli, *Veruno - NO*

15.30 ***Discussione***
16.00 ***Intervallo***

VII Sessione **Moderatori:** **Diego Ardissino**, *Parma*
Alessandro Boccanelli, *Roma*

16.30 **Indicazione al defibrillatore e all'ablazione nella sindrome di Brugada.**
Carlo Pappone, *San Donato Milanese - MI*

16.45 **Una placca carotidea del 30-40% richiede sempre l'antiaggregazione?**
Pompilio Faggiano, *Brescia*

17.00 **Un problema insoluto: la disfunzione del ventricolo destro con contrattilità sinistra conservata.**
Pierfranco Terrosu, *Sassari*

17.15 **TBD**
TBD

17.30 ***Discussione***

CASI CLINICI
E VOI COSA FARESTE?

Moderatori: **Claudio Ferri**, *Coppito - AQ*
Giancarlo Piovaccari, *Rimini*

18.00-18.40 **Presentazione e discussione di 3 casi clinici.**

DOMENICA 13 MARZO

VIII Sessione **Moderatori:** **Fulvio Camerini**, *Trieste*
Eligio Piccolo, *Mestre - VE*

9.15 **FANS e rischio di eventi cardiovascolari.**
Pasquale Perrone Filardi, *Napoli*

9.30 **È vero che l'extrasistolia sopraventricolare individua i pazienti a rischio di fibrillazione atriale?**
Fiorenzo Gaita, *Torino*

9.45 **Triplice terapia con eventuale impiego di NAO nel paziente trattato con stent.**
Cesare Greco, *Roma*

10.00 **Quanto conta ridurre il sodio e aumentare il potassio nell'iperteso?**
Paolo Verdecchia, *Assisi*

10.15 **Com'è cambiata la storia naturale della cardiomiopatia dilatativa?**
Gianfranco Sinagra, *Trieste*

10.30 **TBD**
TBD

10.45 **TBD**
TBD

11.00 ***Discussione***

Per le modalità d'iscrizione vedi pagina accanto

Conoscere e Curare il Cuore 2016

SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CONGRESSO

Da compilare in stampatello ed inviare a:
Centro per la Lotta contro l'Infarto SRL, Via Pontremoli 26 - 00182 Roma
Fax 06 3221068 - email: clicon@tin.it

COGNOME .....

NOME .....

CODICE FISCALE/P.IVA .....
(indispensabile per la fatturazione ed ai fini ECM)

DATA DI NASCITA .....

LUOGO DI NASCITA .....PROV .....

VIA .....

CAP ..... CITTÀ.....PROV .....

Tel. (.....)..... Cell .....

e-mail .....
(obbligatoria per ricevere conferma iscrizione)

QUOTE DI ISCRIZIONE AL CONGRESSO

Iscrizione (inclusa IVA) *(farà fede la data in cui viene effettuato il pagamento)*	**Entro il 14/01/2016**	**Dal 15/01/2016**
☐ Iscritti alla Fondazione (in regola con la quota 2016 di € 25,00)	☐ € 250,00	☐ € 300,00
☐ Non iscritti alla Fondazione	☐ € 300,00	☐ € 350,00
☐ Giovani medici iscritti e non alla Fondazione (nati dopo il 01/01/1980, allegare fotocopia documento)	€ 100,00	
☐ Studenti e specializzandi (allegare fotocopia documento ed autocertificazione, reperibile sul sito www.centrolottainfarto.it)	gratuito	
☐ One day admission: ☐ venerdì *oppure* ☐ sabato	€ 125,00	

LA PRESENTE SCHEDA NON VERRÀ CONSIDERATA SE NON ACCOMPAGNATA DAL RELATIVO PAGAMENTO

MODALITÀ DI PAGAMENTO

(Valide esclusivamente per l'iscrizione al Congresso)

☐ bonifico bancario IBAN IT94J0350003201000000017897, intestato al Centro per la Lotta contro l'Infarto SRL, c/o UBI Banco di Brescia sede di Roma, Via Ferdinando di Savoia, 8 - 00196 Roma.

☐ assegno allegato non trasferibile intestato al Centro per la Lotta contro l'Infarto SRL

☐ carta di credito circuito VISA.

Carta N°.....

Scadenza .....

Nome e cognome del titolare della carta

.....

A ricevimento della quota di iscrizione al congresso verrà inviata regolare fattura.

Il Centro per la Lotta contro l'Infarto – Fondazione Onlus è titolare del trattamento dei dati ed informa che i dati da Lei forniti verranno trattati esclusivamente per le procedure anche contabili necessarie alla Sua partecipazione al congresso, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali di cui al D.L. 196/2003 (codice sulla privacy).

Data ..... Firma .....

SCHEDA DI ISCRIZIONE O RINNOVO DI ISCRIZIONE ALLA FONDAZIONE (anno 2016)

Da compilare in stampatello ed inviare a:
Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus
Via Pontremoli 26 - 00182 Roma - Fax 06 3221068 - email: clicon@tin.it

COGNOME .....

NOME .....

CODICE FISCALE .....

DATA DI NASCITA .....

LUOGO DI NASCITA .....PROV .....

VIA .....

CAP..... CITTA'..... PROV .....

Tel. (.....).....Cell .....

e-mail .....

☐ **Quota di iscrizione per l'anno 2016** **€ 25,00**

LA PRESENTE SCHEDA NON VERRÀ CONSIDERATA SE NON ACCOMPAGNATA DAL RELATIVO PAGAMENTO

MODALITÀ DI PAGAMENTO

(Valide esclusivamente per l'iscrizione alla Fondazione)

☐ versamento su c/c postale n. 64284003, intestato al Centro per la Lotta contro l'Infarto Fondazione Onlus, Roma;

☐ bonifico bancario IBAN IT56Y0100503213000000012506, intestato al Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus, c/o Banca Nazionale del Lavoro, Agenzia n. 13, Viale Bruno Buozzi 54 - 00197 Roma;

☐ assegno allegato non trasferibile, intestato al Centro per la Lotta contro l'Infarto Fondazione Onlus;

☐ carta di credito circuito VISA.

Carta N°..... Scadenza .....

Nome e cognome del titolare della carta

.....

A ricevimento della quota destinata alla Fondazione verranno inviate regolare ricevuta e tessera.

Il Centro per la Lotta contro l'Infarto – Fondazione Onlus è titolare del trattamento dei dati ed informa che i dati da Lei forniti verranno trattati esclusivamente per le procedure anche contabili necessarie alla Sua adesione, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali di cui al D.L. 196/2003 (codice sulla privacy).

Data ..... Firma .....

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA, E PRENOTAZIONI ALBERGHIERE:

Centro per la Lotta contro l'Infarto s.r.l. - Via Pontremoli, 26 - 00182 Roma Tel. 063218205 - 063230178 Fax: 063221068 - email: clicon@tin.it - www.centrolottainfarto.it

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

Aggiornamenti cardiologici

di **Filippo Stazi**

IMPROVE-IT, Ezetimibe dopo sindrome coronarica acuta: Gli effetti positivi delle statine nel ridurre sia i valori di colesterolo LDL che il rischio cardiovascolare sono ben noti. Non è invece noto se l'aggiunta dell'ezetimibe alle statine conferisca un ulteriore beneficio. Per colmare tale mancanza di conoscenza 18.144 pazienti con recente (< 10 giorni) sindrome coronarica acuta e colesterolo LDL tra 50 e 100 mg (125 mg se in assenza di trattamento ipolipemizzante) sono stati randomizzati a ricevere 40 mg di simvastatina + 10 mg di ezetimibe o la sola statina. Il valore medio di LDL era 53,7 mg/dl nel gruppo con ezetimibe e 69,5 mg/dl nel gruppo con la sola statina ($p < 0.001$). Dopo circa 7 anni l'end point primario (una combinazione di morte cardiovascolare, infarto non fatale, angina instabile con necessità di ricovero, rivascolarizzazione coronarica ≥ 30 giorni dall'arruolamento o stroke non fatale) si è verificato nel 32,7% dei soggetti che ricevevano l'ezetimibe e nel 34,7% di coloro che assumevano solo statina ($p = 0,016$). Lo studio mostra quindi due risultati significativi: da un lato che l'aggiunta dell'ezetimibe alle statine può migliorare l'outcome dei soggetti in prevenzione secondaria, dall'altro che il raggiungimento di valori di LDL minori di quelli comunemente perseguiti può avere benefiche ricadute prognostiche. *(New Engl J Med 2015; 372; 2387-2397)*

I dati a 5 anni dello studio PARTNER: I dati ad un anno di follow up dello studio PARTNER hanno spianato la strada all'uso della sostituzione valvolare aortica transcatetere (TAVI) nei soggetti considerati non operabili per il loro elevato rischio chirurgico. Sono ora disponibili i risultati dello studio a 5 anni. 179 pazienti sono stati sottoposti a TAVI e 179 sono stati invece randomizzati al trattamento standard (che spesso comprendeva il ricorso alla valvuloplastica aortica). La mortalità totale dopo 5 anni era 71,8% nel gruppo TAVI e 93,6% nel gruppo standard ($p < 0,001$). 42 dei 49 soggetti ancora vivi dopo 5 anni (86%) erano in classe NYHA I-II, cioè con solo lievi sintomi di scompenso e l'ecocardiografia mostrava la sostanziale persistenza del beneficio emodinamico (area media 1,52 cm^2, gradiente medio 10,6 mmhg).
I risultati confermano quindi il fondamentale ruolo della TAVI in chi ha controindicazioni alla sostituzione chirurgica. *(The Lancet 2015; 385: 2477-2484)*

Digossina e fibrillazione atriale, i dati del ROCKET-AF: La digossina (digitale) è un farmaco ampiamente impiegato per il controllo della frequenza ventricolare in corso di fibrillazione atriale (FA) nonostante la scarsità di dati provenienti da studi randomizzati. Negli ultimi anni si è anzi sollevato molto clamore sul possibile effetto deleterio dell'uso del farmaco in questo contesto. Partendo da tali presupposti gli autori del ROCKET AF (trial sul nuovo anticoagulante rivaroxaban) hanno condotto un'analisi retrospettiva sull'impiego ed i risultati della digossina nei pazienti inclusi nel loro studio. 5.239 pazienti (37%) sui 14.171 inclusi nello studio assumevano il farmaco al momento dell'arruolamento. I pazienti che ricevevano digossina erano più frequentemente donne (42 vs 38%), scompensati (73 vs 56%), diabetici (43 vs 38%) e con FA persistente (88 vs 77%). Dopo l'aggiustamento per le condizioni di base è emerso che la digossina era associata con un incremento della mortalità totale (HR 1,17, p=0,0093), vascolare (HR 1,19, p=0,0201) ed improvvisa (HR 1,7, p = 0,0076). Sebbene non è possibile escludere che le caratteristiche cliniche abbiano comunque, nonostante gli aggiustamenti statistici, influenzato il risultato, il sospetto di un'azione dannosa della digitale viene rafforzato dai risultati di questo studio. Si rimane ovviamente in attesa di una parola definitiva che non può che derivare da uno studio randomizzato condotto in pazienti con FE con o senza scompenso cardiaco. *(The Lancet 2015; 385: 2363-2370)*

Meno ischemia ma più emorragia: l'amletico dubbio del PEGASUS - TIMI 54: Molti studi sono stati condotti per valutare gli effetti della duplice terapia antiaggregante a lungo termine dopo procedure interventistiche. Pochi dati sono invece disponibili sui potenziali benefici della duplice terapia antiaggregante in soggetti con infarto pregresso. Per tale motivo gli autori del PEGASUS-TIMI 54 hanno randomizzato 21.162 pazienti, con infarto datato da 1 a 3 anni, a ricevere, oltre all'aspirina, ticagrelor 90 mg due volte al giorno, ticagrelor 60 mg due volte al giorno o placebo. Dopo circa 3 anni entrambe le dosi di ticagrelor hanno indotto una riduzione significativa, rispetto al placebo, dell'end point combinato di morte cardiovascolare, infarto o stroke (rispettivamente 7,85%, 7,77% e 9,04%, p = 0,008 e 0,004). Il rovescio della medaglia era l'aumento significativo, con entrambi i dosaggi (p < 0,001) dei sanguinamenti maggiori (2,6%, 2,3% e, rispettivamente, 1,06%). Il risultato si presta ovviamente a differenti interpretazioni e deve essere sicuramente interpretato in ogni singolo paziente alla luce del suo specifico rischio ischemico ed emorragico. *(New Engl J Med 2015; 372; 1791-1800)*

aforismi

Ti voterò. Ma solo se vincerai.
> R. Franchini

La vecchiaia inizia quando si è sicuri di non essersi mai sentiti così giovani.
> J. Renard

Il cretino è chi fa danno al prossimo senza trarne vantaggio.
> A. M. Cipolla

Una notte stellata ci dà la misura della nostra piccolezza in maniera seducente.
> M. Missale

È bello vivere in Svizzera: quando tacciono le campane della chiesa si odono quelle delle mucche. Entrambi fanno piacere: le prime ricordano la beatitudine celeste, le seconde l'Emmenthal.
> Anonimo Toscano

Non avrai mai una seconda occasione per dare una prima buona impressione.
> S. Ward

Quando il tuo avversario si strofina le mani, abbi libere le tue, è il momento buono.
> S. J. Lee

Abusi di potere, mitigati dal consumo popolare, ecco l'ideale della nostra democrazia.
> L. Longanesi

È duro senza dubbio non essere amati quando si ama ma niente in confronto a essere ancora amati quando non si ama più.
> G. Courteline

a cura di Franco Fontanini

Lo stato è indubbiamente un patrimonio per gli uomini di affari.
> P. Ellero

Quando una donna dice di stimare molto un uomo, non c'è dubbio che non l'ama più.
> A. Morandotti

Diffida di chi inserisce nel post-scriptum i saluti a tua moglie.
> M. Tommaseo

È un giovane stufo di aspettare di passare a far parte della generazione che passa il tempo aspettando il futuro.
>C. Flaiano

La felicità costa cara, se è a buon prezzo è fasulla.
> F. Fontanini

Nelle signore giovani tutte le cure dimagranti fanno perdere i primi chili proprio dove non vogliono perderli.
> F. Fontanini

Esistono uomini talmente ipocriti da comportarsi come mariti fedeli.
> Anonimo

La differenza fra repubblicani e democratici americani? È semplice i primi corrono dietro ai tuoi soldi i secondi a tua sorella.
> G. Andreotti

Le avanguardie finiscono sempre con l'essere superate dal grosso dell'esercito.
> E. Flaiano

Sostenete e diffondete
Cuore & Salute

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

- La quota minima annuale di iscrizione alla Fondazione in qualità di Aderente è di **€ 25.00**.
- 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 & 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 & 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)

☐ ON-LINE CON **DONA ORA** DIRETTAMENTE DAL SITO **WWW.CENTROLOTTAINFARTO.IT**

☐ DIRETTAMENTE PRESSO LA NOSTRA SEDE

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* - Via Pontremoli, 26 - 00182 Roma.

Ogni mese una newsletter sulla salute del tuo cuore.

DONA ORA | DIVENTA SOCIO DEL CLI | LA NOSTRA RICERCA | SOSTIENI IL CLI CON IL TUO 5X1000 | ARCHIVIO NEWSLETTER

Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

NEWSLETTER Giugno 2015

Capire per prevenire

di Antonella Labellarte

LA PRESSIONE ARTERIOSA AD ALTA QUOTA
di Antonella Labellarte

E' tempo di villeggiatura, come da Goldoniana memoria, e molti scelgono il fresco della montagna, le passeggiate, gli spuntini nei rifugi. Ma cosa accede alla pressione arteriosa quando si va in montagna?

GRASSI SATURI E CARDIOPATIA ISCHEMICA. UNA FACCENDA COMPLICATA.
di Antonella Labellarte

Fin dagli anni '60 le linee guida per la prevenzione della cardiopatia ischemica hanno sottolineato l'importanza di ridurre nella dieta il consumo di acidi grassi saturi.

"PCSK9 CHI ERA COSTUI?"
di Antonella Labellarte

La genetica apre forse una nuova era nel trattamento dell'ipercolesterolemia.

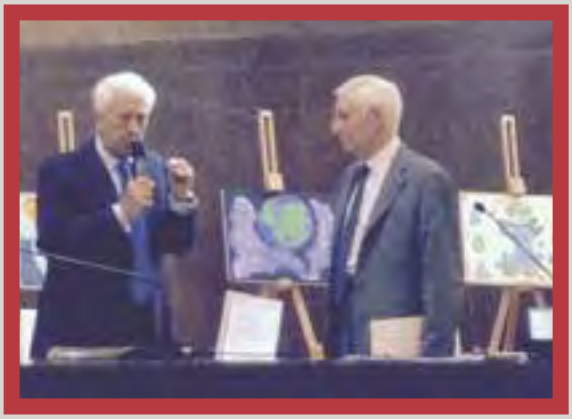
PER RICEVERE LA NEWSLETTER OGNI MESE CLICCA QUI | INVIA AD UN AMICO

www.centrolottainfarto.org

XI giornata mondiale contro l'ipertensione

Il **15 maggio 2015** presso l'Aula Magna dell'Università - La Sapienza di Roma, in occasione della **XI Giornata Mondiale dell'Ipertensione** si è svolta la premiazione del concorso "*Maturità e Ipertensione*" per i migliori disegni dedicati a "Cuore e Ipertensione Arteriosa", effettuati dagli studenti Liceali delle provincie del Lazio.

Il *Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus*, nella persona del Prof. Mario Motolese, ha partecipato omaggiando i tre vincitori del concorso, tutti del Liceo Orioli di Viterbo, con un abbonamento annuale alla nostra rivista ***CUORE & SALUTE***.



Nelle foto, il Prof. Motolese (a destra) e il Dr. Giovanzana