


CUORE & Salute

Lavarsi i denti è meglio di uno stent?

N.10-11-12 OTTOBRE-NOVEMBRE-DICEMBRE 2010

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

Una pubblicazione del:

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

ANNO XXVIII

ANNO



Cara lettrice, caro lettore,

ogni passo compiuto nel campo della ricerca, piccolo o grande che sia, è di grande importanza per il progresso della scienza medica. Quest'anno, grazie ai generosi contributi dei nostri sostenitori, la Fondazione del *Centro per la Lotta contro l'Infarto* ha saputo compiere un lungo cammino. Lo diciamo con orgoglio, essendo consapevoli di avere contribuito a comprendere le cause dell'infarto e a migliorarne la terapia.

Da anni la nostra Fondazione, oltre a promuovere un'attività scientifica divulgativa, sviluppa e finanzia la ricerca applicata alle cause e alla cura dell'infarto. Nell'ambito della ricerca in corso, vorrei segnalare in particolare quella che riguarda il miglioramento della terapia dell'infarto.

Il cammino è ancora lungo ed irto di ostacoli, ma siamo consapevoli che assieme possiamo affrontarlo.

Grato per la fiducia che ci ha concesso e per il sostegno che continuerà a darci, desidero rivolgere a Lei e ai Suoi cari i più sentiti auguri di Buon Natale e sereno Anno Nuovo, anche a nome del Consiglio di Amministrazione e di tutti coloro che collaborano con la Fondazione.

Buon Natale!

Francesco Prati



Presidente

Centro per la Lotta contro l'Infarto
Fondazione Onlus

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

- Prevenire l'infarto mediante uno studio osservazionale su un'ampia popolazione, basato sul rilievo dell'aterosclerosi in modo non invasivo in aggiunta ai classici fattori di rischio coronarico.
- Comprendere le cause dell'infarto con un progetto che fonde tecniche di *imaging* con moderni esami di laboratorio e studi di genetica molecolare.
- Migliorare la terapia dell'infarto con la messa a punto di nuove soluzioni tecniche, tra cui stent che non vadano incontro a trombosi o a restenosi.



Centro per la Lotta contro
l'Infarto - Fondazione Onlus

Capire per prevenire



Foto iStockphoto.it

Tariffe postali agevolate:
un lontano ricordo per il non profit
261

Lavarsi i denti è meglio di uno stent
262

Salute ed esercizio fisico
263

Esercizio fisico come opzione terapeutica
266

La cardiologia riabilitativa si rinnova
269

La palla di Tiche
273

Quando il ritmo cardiaco è irregolare
276

Food for Thoughts
278

Lettere a *Cuore e Salute*
281

Polipillola e prevenzione
285

Quaderno a Quadretti
290

Conoscere e Curare il Cuore 2011
296

News
300

L'ira da condominio
302

Il cuore degli iracondi
305

Un'ipertesa immaginaria
307

Diagnosi o prevenzione?
310

Statine, di tutto, di più!
312

Aforismi
315

www.centrolottainfarto.it

E-mail: cuoreesalute@centrolottainfarto.it

Cuore e Salute

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

Anno XXVIII - n. 10-11-12 Ottobre-Novembre-Dicembre 2010
Tariffa Associazione senza fini di lucro: *Poste Italiane SpA - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art 1 comma 2 DCB - Roma*

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

Associata Unione Stampa Periodica Italiana 

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

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

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

Direttore Responsabile
Franco Fontanini

Capo Redattore
Filippo Stazi

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

Vice Direttori
Eligio Piccolo
Francesco Prati

Coordinamento Editoriale
Lilli D'Agostino

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

Progetto Grafico
Gentil Srl [Valentina Girola]

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



**Tariffe postali agevolate:
un lontano ricordo per il non profit** CLI 261

• *Lavarsi i denti è meglio di uno stent* [E. P.] 262

Tutto quello che si deve sapere su ...
Non c'è buona salute senza l'esercizio fisico 263

Franco Fontanini

**Esercizio fisico: da attività ricreativa
ad opzione terapeutica** Filippo Stazi 266

La cardiologia riabilitativa si rinnova Cesare Greco 269

• *Il paradosso dell'aspirina* [F. S.] 272

La Palla di Tiche
Le celebrazioni di Vespasiano Franco Fontanini 273

Quando il ritmo cardiaco è irregolare Vito Cagli 276

Food for Thoughts
Non sempre il nuovo è meglio 278

da **The New York Times** Mario Albertucci e Lilli D'Agostino

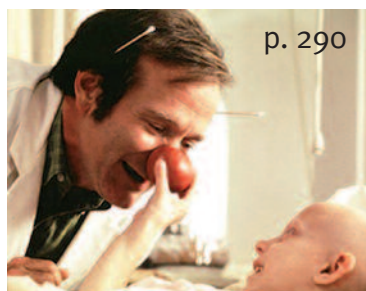
Lettere a Cuore e Salute 281

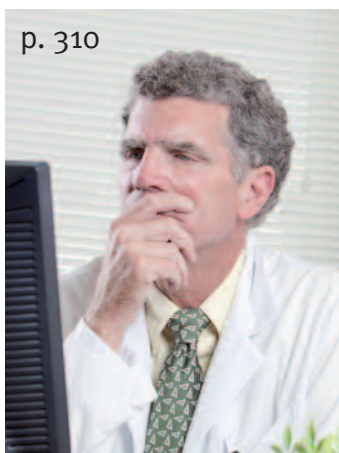
- *La cura dell'uva* [Franco Fontanini]

- *Vertigini e acufeni* [Eligio Piccolo]

Dal Congresso Conoscere e Curare il Cuore 2010
**La polipillola in prevenzione primaria: una vecchia conoscenza
che torna alla ribalta** Giuseppe Di Pasquale, Bologna 285

Quaderno a Quadretti Franco Fontanini 290





Conoscere e Curare il Cuore 2011 296

News

Aggiornamenti cardiologici Filippo Stazi 300

Di condominio si può morire Franco Fontanini 302

Il cuore degli iracundi Eligio Piccolo 305

Un'ipertesa immaginaria Eligio Piccolo 307

Diagnosi o prevenzione? 310

• *Cardiomiopatia aritmogena: anche di sinistra? [E. P.]* 311

Statine, di tutto di più! Filippo Stazi 312

• *Il fumo in declino [E. P.]* 314

Aforismi 315

Bilancio 317

Pregheira 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! ”

Cuore e Salute è una pubblicazione del



Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

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

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

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

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

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

Presidente

FRANCESCO PRATI

Presidente onorario

MARIO MOTOLESE

Consiglio di Amministrazione

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

Consiglio Generale

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

Soci sostenitori

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

Tariffe postali agevolate: un lontano ricordo per il nonprofit

L'anno che sta per concludersi, pur nelle difficoltà del momento, è stato indubbiamente positivo per la nostra Fondazione, sia per i risultati ottenuti sul piano delle attività istituzionali, che per quelli legati alle attività promozionali e di raccolta fondi.

Siamo riconoscenti ai nostri sostenitori per avere contribuito in modo sostanziale al raggiungimento di un risultato importante e tutt'altro che scontato. Un successo che ci incoraggia a proseguire con l'entusiasmo e la determinazione di sempre.

Ciò premesso, dobbiamo tuttavia porre all'attenzione dei nostri lettori un problema che, oltre a gravare sull'intero settore nonprofit, ha purtroppo peggiorato in modo consistente il budget destinato alla rivista e alle attività di informazione, sensibilizzazione, educazione e raccolta fondi.

Si tratta della soppressione delle tariffe postali agevolate per il nonprofit, in vigore da oltre 15 anni, sancita con Decreto Interministeriale del 30 marzo 2010. Dobbiamo dunque prendere atto di una situazione difficilmente modificabile, cercando di trasformarla in un'opportunità.

Ecco alcune soluzioni che intendiamo adottare, senza rinunciare ai necessari investimenti nelle attività istituzionali e nella ricerca.

- **Punteremo alla razionalizzazione e ottimizzazione delle spese**, limitando la spedizione della rivista ai soli sostenitori attivi, a coloro cioè che assicurano il proprio sostegno alla Fondazione, con continuità e puntualità.
- **Limiteremo all'indispensabile le spedizioni postali**, spostando gran parte delle nostre comunicazioni su internet e sul nostro sito www.centrolottainfarto.it.
- **Incrementeremo l'invio della nostra newsletter online**, indirizzata a tutti coloro che ci hanno già fornito il proprio indirizzo email o lo forniranno in futuro.

Ai nostri amici e sostenitori, chiediamo un sostegno economico, indispensabile all'autofinanziamento delle nostre attività e della ricerca scientifica, **ma chiediamo anche collaborazione, partecipazione, volontariato e passaparola.**

Chi si riconosca nei nostri valori e nella nostra missione ci può sostenere in tanti modi:

- **presentandoci** una persona interessata a ricevere le nostre pubblicazioni, in cambio di una libera donazione;
- **invitando** amici e conoscenti a visitare il nostro sito www.centrolottainfarto.it e ad iscriversi alla newsletter periodica;
- **scegliendo** tra le nostre offerte natalizie, visibili sul sito e pubblicate anche qui, in quarta di copertina;
- **ordinando** o donando i nostri libri "Lettere a Prati" oppure la "Piccola antologia del pensiero breve";
- **regalando** la nostra rivista *Cuore e Salute* per un anno ad una persona cara;
- **promuovendo** le nostre iniziative con incontri, eventi, piccoli o grandi che siano;
- **offrendoci** servizi o attività di volontariato professionale, per realizzare iniziative pubbliche di informazione, sensibilizzazione, educazione.

Infine, alle aziende chiediamo la disponibilità a sviluppare partnership con la nostra Fondazione, in una logica di scambio e di responsabilità sociale, a beneficio dei propri dipendenti e dell'intera collettività, oltre che a vantaggio dell'immagine aziendale e dei propri prodotti.

Con questo spirito e con l'aiuto di tutti supereremo le difficoltà del momento e riusciremo a consolidare e rafforzare il nostro impegno nella lotta contro le malattie cardiologiche.

Grazie per quanto fate e grazie per quanto farete.



Lavarsi i denti è meglio di uno stent

Da molti anni i dentisti raccomandano l'igiene orale; mentre i costruttori di dentifrici, spazzolini e quant'altro ci inseguono con prodotti sempre più perfetti e invitanti. Sembrava una propaganda pro domo sua e per un alito migliore. Ma poi sono arrivati i patologi, i quali hanno scoperto che le infezioni paradentarie, più facili in coloro che non si lavano i denti, possono creare una reazione più generale, addirittura nell'intima delle nostre arterie. Lo si è capito meglio quando s'è visto che gli eventi cardiovascolari (angina, infarti e altro) ed anche certi marker infiammatori del sangue incidono maggiormente in chi non cura l'igiene della bocca.

Verifiche ne sono arrivate molte in questi anni, anche da coloro che dopo aver praticato estrazioni dentarie o altri interventi, magari senza protezione antibiotica, constatavano che i pazienti avevano nei mesi successivi problemi cardiovascolari con un'incidenza significativamente maggiore rispetto ai non operati (Ann Intern Med 2010; 153:499). L'ultima constatazione ci viene dalla Scozia (BMJ 2010;340:c2451) dove circa 12.000 soggetti cinquantenni sono stati seguiti per otto anni, classificandoli in coloro che si lavavano i denti una volta al giorno, due volte, raramente o mai, e hanno confermato che la scarsa igiene aumenta il rischio di eventi cardiovascolari. Le spiegazioni sul piano fisiopatologico non sono ben chiare, ci si deve arrampicare sull'immunità e su reazioni del nostro organismo molto complicate. Per ora ci bastino i dati epidemiologici, che ci fanno intravedere meno coronarie ed altri vasi bisognosi di aiuto, e affidiamoci al nostro dentista.

Eligio Piccolo



Foto iStockphoto.it

Non c'è buona salute senza esercizio fisico

di Franco Fontanini

L'esercizio è indispensabile per la salute: è lo slogan lanciato ormai da cinquant'anni da cardiologi, ortopedici e pneumologi quando prese avvio la medicina preventiva.

Un'articolazione immobilizzata è colpita da anchilosi, l'inattività atrofizza i muscoli, persino le ossa vanno incontro all'osteoporosi.

I complessi meccanismi che mantengono normale la pressione del nostro sangue, nonostante la gravitazione, quando si è in piedi oppure sdraiati, dopo un periodo di immobilità si alterano, e sopravviene il "decondizionamento cardiocircolatorio": rimettendosi in piedi dopo essere stati a lungo sdraiati, la pressione si abbassa bruscamente, si ha l'ipotensione ortostatica con turbe dell'equilibrio e rischio di cadute.

Con l'inattività le capacità funzionali del cuore diminuiscono.

In giovani sani il cui cuore, per un determinato sforzo alla cyclette, batte a 120 al minuto, dopo alcune settimane d'immobilità, per lo stesso sforzo, raggiunge i 170.

Poiché la forza di contrazione del muscolo cardiaco è diminuita e la gettata cardiaca ridotta, per far fronte allo stesso sforzo il cuore deve aumentare il numero delle contrazioni.

Dopo tre settimane di letto, il volume cardiaco diminuisce in media del 17 per cento e la frequenza aumenta di un battito al minuto per ogni giorno di immobilità.

L'uomo della nostra epoca ha progressivamente dimenticato i benefici dell'esercizio fisico non più indispensabile alla sua sopravvivenza.

È dimostrato che l'attività aumenta la portata cardiaca, cioè la quantità di

sangue che il cuore pompa in circolo durante un minuto, che può passare da 5 a 25-30 litri. Questo avviene per l'accresciuta efficacia di ciascuna contrazione e per l'aumento del numero delle contrazioni.

Durante l'attività aumenta anche il consumo di ossigeno che passa da 0,20 litri al minuto del riposo, a 1,5 e più, fino a svariati litri nell'individuo allenato con miglioramento dell'estrazione dell'ossigeno dai globuli rossi e aumento dell'utilizzazione da parte dei muscoli.

Si ha inoltre abbassamento e migliorata distribuzione dei grassi del sangue, diminuzione dell'aggregazione delle piastrine, nonché aumento dell'attività fibrinolitica, con ridotto rischio di trombosi.

Numerose indagini del passato hanno messo a confronto gruppi di persone che svolgono un'attività fisica differente quali, ad esempio, due gruppi di ferrovie-

ri, uno con un lavoro attivo, l'altro con un lavoro sedentario, tutte le indagini, univocamente, hanno dimostrato come l'allenamento fisico sia il più importante modo per mantenere al meglio il funzionamento cardiocircolatorio, il trofismo muscolare e quello di tutti gli organi ad ogni età.

Nei giovani è soprattutto benefica l'attività sportiva amatoriale, praticata regolarmente due-tre volte alla settimana, preferendo quelle "di durata", vale a dire prolungate, non intense e che non esauriscono mai le riserve energetiche, come la marcia a passo sostenuto, la bicicletta, il nuoto e il jogging a piccolo trotto, evitando gli sprint.

Questi rilievi empirici, pluridecennali, sono stati confermati dai sofisticati studi fatti per la preparazione ai voli interplanetari e per valutare le conseguenze sfavorevoli della prolungata immobilità nelle capsule spaziali.

Lo sforzo è di due tipi: statico, che comporta contrazione del muscolo senza accorciamento, e dinamico che attiva muscoli antagonisti con sforzi alternati che li fa accorciare e allungare. I due tipi di sforzo hanno ripercussioni differenti sulla circolazione: lo sforzo statico modifica di più la pressione, quello dinamico la frequenza cardiaca; a lungo termine il primo tende ad ipertrofizzare le pareti del cuore, il secondo a dilatarle. Prima di sottoporlo a sforzi è



Foto iStockphoto.it

opportuno valutare la performance del cuore mediante prove da sforzo graduate, utili anche per riconoscere anomalie cardiache ignorate.

La contrazione muscolare comporta una combustione, cioè aumento del metabolismo del muscolo impegnato: perché questo avvenga, è indispensabile un accresciuto apporto di ossigeno veicolato dai globuli rossi del sangue.

La capacità di trasportare ossigeno è diversa da un individuo all'altro e può aumentare con l'esercizio fino a ventinque-trenta anni, dopodiché decresce gradualmente e a 60 anni è ridotta a poco più della metà di quella che era a 25.

La ripetizione degli sforzi, cioè l'allenamento, migliora tutte le prestazioni muscolari.

L'attività maggiormente raccomandabile per mantenere sano ed efficiente l'organismo è la marcia, che non è diffusa come dovrebbe a causa della motorizzazione generalizzata. Durante la marcia si deve di tanto in tanto controllare la frequenza cardiaca, cercando di non superare i limiti ottimali per l'età riportati nella tabella:

ETÀ	FREQUENZA CARDIACA
20	150
30	142
40	135
50	122
60	120
70	115

Se si praticano attività più faticose è importante conoscere il limite massimo della frequenza cardiaca, che viene calcolato sottraendo gli anni d'età a 220. Per un quarantenne è di 180 battiti al minuto, per un individuo di 55 anni di 165.

Il soggetto che inizia, per prudenza, non superi l'ottanta per cento della frequenza massima.

Ricordare sempre che l'attività fisica per una buona salute non deve essere una moda occasionale, ma una pratica da seguire tutto l'anno, per strada, in campagna, sul tapis roulant, sulla neve, con la cyclette, ma soprattutto deve sempre restare un gioco destinato a mantenere ben funzionante la nostra macchina muscolare, cardiaca e polmonare, una macchina che ci deve opportunamente servire nella vita professionale di tutti i giorni. Non ci sono traguardi da raggiungere, per questo è utile anche semplicemente camminare, salire le scale rinunciando all'ascensore o spostarsi in città rinunciando all'automobile. Non è indispensabile mettersi in tuta né andare in palestra, si può fare ginnastica anche in casa o sul terrazzo, senza dimenticare, che anche la vita di ogni giorno può essere trasformata in allenamento.

Esercizio fisico:

da attività ricreativa ad opzione terapeutica

di Filippo Stazi

L'attività fisica fa bene. Quale medico non ha ripetuto questa frase fino allo sfinimento e quale paziente non se la è sentita ripetere quasi con altrettanta frequenza? Ciò nonostante in tutto il mondo occidentale la sedentarietà e l'obesità, che ne è in parte conseguenza, sono in costante aumento. Tra le numerose giustificazioni che i più pigri tra i nostri pazienti adducono per giustificare il loro ridotto livello d'esercizio vengono spesso citate la mancanza di tempo, l'inutilità di iniziare un'attività fisica in età avanzata o l'erronea percezione che i benefici possano derivare solo da alti carichi di lavoro.

Negli ultimi mesi sono stati però pubblicati o presentati ad importanti congressi internazionali i risultati di vari studi i quali, oltre che comprovare ulteriormente i benefici dell'attività fisica regolare, sembrano essere stati ideati appositamente per confutare alcune delle obiezioni che abbiamo appena citato. Su uno degli ultimi numeri di *Circulation* sono infatti stati resi noti i risultati di uno studio americano che ha indagato il rapporto tra mortalità e capacità di esercizio in 5.314 soggetti anziani ove con questo termine si intendevano individui con età compre-

Ippocrate di Coo



sa tra 65 e 92 anni. Il primo dato emergente era la conferma, anche in una popolazione di età avanzata, di un'associazione inversa tra il rischio di mortalità da ogni causa ed il livello di attività fisica. La capacità di esercizio rilevata ad inizio studio nei 2.337 soggetti che sarebbero poi andati incontro al decesso nel corso degli 8 anni di follow up era infatti di 5,3 METs contro i 6,3 METs di quelli che erano ancora in vita al termine dello studio. Tradotto nelle asettiche ma esplicative cifre statistiche il risultato indica che coloro che erano in grado di compiere esercizi > 5 METs avevano una riduzione del 38% del rischio di morte rispetto a quelli che presentavano invece una capacità di lavoro inferiore a tale soglia. Specifichiamo che un MET corrisponde al consumo di ossigeno necessario al mantenimento del metabolismo basale, ossia è una misura del consumo energetico a riposo. Quando si dice che un'attività fisica corrisponde, ad esempio, a 4 METs si intende pertanto che la richiesta di energia per effettuare tale attività è 4 volte superiore all'energia che l'organismo consuma quando è a riposo. Nello studio in questione, all'aumentare di ogni MET di capacità d'esercizio si assisteva ad un'ulteriore riduzione del 12% del rischio di decesso, fino ad arrivare, nei soggetti più allenati, quelli cioè con una capacità di esercizio > 9 METs, ad una riduzione del rischio del 61%. Gli altri due dati estremamente significativi che lo studio portava in evidenza erano che la relazione tra capacità d'esercizio e

mortalità era la stessa sia nei soggetti più giovani (< 70 anni) che in quelli più maturi (> 70 anni) e che i soggetti inizialmente poco allenati che miglioravano però la loro capacità di performance nel corso del tempo presentavano una riduzione del rischio di morte del 35% rispetto a coloro che si mantenevano vittime della loro pigrizia per tutta la durata dello studio. Questi due ultimi risultati quindi da un lato ribadiscono l'importanza dell'esercizio in ogni fascia d'età e dall'altro sottolineano come non sia mai troppo tardi per iniziare ad incrementare il proprio grado di attività fisica.

Al recente congresso della *Società Europea di Cardiologia* sono poi stati presentati i risultati preliminari di uno studio norvegese, in cui pazienti con scompenso cardiaco venivano sottoposti ad un programma di attività fisica consistente in 4 cicli di 4 minuti l'uno di camminata sul treadmill al 90-95% della frequenza cardiaca teorica massima, alternati con periodi di 3 minuti al 50-70% della frequenza cardiaca di picco. Tale schema di esercizio che, includendo riscaldamento e defaticamento richiedeva complessivamente solo 38 minuti, forniva risultati migliori rispetto ad un programma più tradizionale rappresentato da 47 minuti di esercizio svolto costantemente al 70-75% della frequenza massima. Tali dati rafforzano quindi l'evidenza che anche carichi di lavoro non eccessivi si traducono in benefici clinici sensibili.

Infine, nella stessa occasione congressuale sono stati diffusi i risultati di uno

studio tedesco (da interpretare però con cautela a causa della sua precoce interruzione per difficoltà di arruolamento dei pazienti) in cui soggetti con angina stabile sottoposti a 12 mesi di training fisico presentavano gli stessi risultati, in termini di soglia anginosa, miglioramento della perfusione miocardica e capacità d'esercizio, rispetto a quelli sottoposti a rivascolarizzazione percutanea.

La sintesi che possiamo trarre dai risultati degli studi succitati è che non è solo con il bypass, con l'angioplastica o con lo

stent che si deve trattare l'aterosclerosi ma che per modificare veramente la storia naturale di tale malattia è necessario associare anche un corretto stile di vita che comprenda, tra l'altro, una regolare attività fisica.

Non c'è niente di nuovo comunque sotto il sole visto che già 2.500 anni fa Ippocrate concludeva uno dei suoi testi più famosi affermando che "...per mantenersi in salute, oltre a basarsi su un'accurata alimentazione, bisogna affiancare anche degli esercizi fisici".

Attività sportiva

METs

Passeggiare a 5 km/h, golf, nuotare lentamente	3-4
Tennis in doppio, 1 ora di ginnastica, bicicletta in pianura a 15 km/h	4-5
Bicicletta a 18 km/h, camminare a 7 km/h, pattinare	5-6
Bicicletta a 20 km/h, tennis in singolo, trekking, nuotare	6-7
Jogging, sciare	7-8
Giocare a calcio, nuotare velocemente, bicicletta a 25 km/h	9-10
Correre a 15 km/h, canottaggio, sci di fondo	10-12
Correre a 18 km/h, ciclismo competitivo	12-14
Correre a 20 km/h	16-17

La cardiologia riabilitativa si rinnova

di Cesare Greco

La riabilitazione cardiologica è un intervento a lungo termine composto da valutazione medica, prescrizione dell'esercizio fisico, modificazione dei fattori di rischio, interventi educazionali e di *counseling*. Questa branca della cardiologia si occupa della gestione globale del paziente nella fase post-acuta e si avvale di un'equipe multidisciplinare; essa ha dimostrato di essere il mezzo più efficace per implementare le norme della prevenzione secondaria ed è attualmente raccomandata da tutte le linee guida nella fase post-acuta delle cardiopatie più importanti come l'infarto miocardico e lo scompenso cardiaco e dopo un intervento cardiocirurgico.

La componente principale dell'intervento riabilitativo è rappresentata dall'esercizio fisico; i primi programmi di cardiologia riabilitativa sono stati sviluppati negli anni '60-70 dopo la documentazione dei benefici derivanti da una mobilitazione precoce durante l'ospedalizzazione prolungata per un evento coronarico. L'esercizio era la componente principale di tali programmi che venivano proposti a pazienti sopravvissuti ad un infarto miocardico non complicato ed avviati all'attività fisica in genere tardivamente dopo l'episodio acuto. I programmi avevano una durata di alcune settimane e venivano condotti sia in regime di degenza che ambulatorialmente. La sicurezza e i benefici di



Foto di Contrasto

programmi supervisionati di training fisico di moderata intensità sono stati così largamente studiati e confermati. Diverse metanalisi di studi randomizzati condotti durante un lungo arco di tempo hanno dimostrato come i programmi di riabilitazione cardiologica fossero in grado di ridurre la mortalità a lungo termine dell'infarto miocardico del 25%. È verosimile che gli effetti favorevoli dell'esercizio fisico sulla mortalità siano mediati da un insieme di fattori, il principale dei quali è la modulazione dell'attività del sistema renina-angiotensina ottenuta con l'allenamento aerobico. Altri meccanismi implicati sono il miglioramento dello stile di vita, la riduzione dei fattori di rischio, la maggiore aderenza alla terapia farmacologica. Studi ecocardiografici condotti da autori italiani, hanno mostrato inoltre come, oltre all'effetto favorevole sulla sopravvivenza, l'esercizio fisico sia in grado di ridurre la tendenza del ventricolo sinistro al rimodellamento, fenomeno di dilatazione progressiva che è responsabile dell'insorgenza tardiva dello scompenso cardiaco. Con l'andare del tempo si è fatta inoltre strada la convinzione che anche la riabilitazione, come tutti i trattamenti in grado di ridurre la mortalità delle cardiopatie, sia tanto più efficace quanto più alto è il livello di rischio della popolazione immessa nei programmi riabilitativi; la dimostrazione dell'esattezza di questa assunzione è venuta da studi di coorte condotti in decenni successivi su pazienti in cui il rischio di

base aumentava con il crescere dell'età media ed in cui il beneficio dalla riabilitazione si faceva sempre più marcato, con una riduzione sempre più importante della mortalità. È infine stato recentemente pubblicato uno studio, l'HF-Action che ha dimostrato chiaramente che la riabilitazione cardiologica è in grado di ridurre significativamente i nuovi ricoveri in pazienti dimessi dopo un episodio di scompenso cardiaco e di migliorarne la capacità funzionale.

Sull'onda di questi risultati e per il suo favorevole rapporto costo-efficacia la riabilitazione cardiologica è stata, alcuni anni or sono, accettata dal sistema assistenziale nordamericano *Medicare*, diffondendosi rapidamente negli Stati Uniti. In Italia, invece, le strutture di cardiologia riabilitativa sono ancora distribuite in maniera disomogenea, concentrandosi nelle regioni del centro-nord. Vi



è inoltre ancora un divario tra la domanda potenziale di riabilitazione cardiologica e la reale richiesta di questo tipo di servizio: basti pensare che la percentuale di infartuati che accede a strutture riabilitative è superiore al 60% in Germania, mentre nel nostro paese è limitata al 10-20% nelle diverse regioni. Ciò è dovuto alla presenza di una serie di barriere che tuttora limitano l'accesso alle strutture specializzate, barriere innanzitutto culturali, poiché le risorse dell'assistenza cardiologica sono state finora concentrate sulla fase acuta delle cardiopatie, a scapito della fase post-acuta o cronica.

Le modificazioni dell'epidemiologia clinica delle principali cardiopatie intervenute negli ultimi anni obbligano però ad una profonda riflessione su questo punto.

Le tecniche di riperfusione si sono progressivamente diffuse a livello internazionale e la percentuale dei soggetti colpiti da infarto che vengono trattati con una terapia di riperfusione è aumentata, mentre il tempo tra l'esordio dei sintomi e la riperfusione stessa si è andato gradualmente riducendo. Queste favorevoli modificazioni si sono però accompagnate ad un progressivo peggioramento delle caratteristiche di base dei pazienti con infarto miocardico acuto, che sono sempre più anziani e con maggiori comorbidità. L'incrocio tra queste due tendenze di segno opposto ha prodotto da una parte una progressiva riduzione della mortalità intraospedaliera, scesa rapidamente dal 20% all'attuale 8%, ma dall'altra un incremento dell'incidenza

dello scompenso cardiaco postinfartuale ed un incremento della mortalità post-ospedaliera. In qualche modo è come se, almeno in parte, la quota di mortalità evitata in fase acuta si distribuisse nei primi mesi dopo la dimissione.

Questi effetti sono chiaramente già visibili analizzando le schede di dimissione ospedaliera in Italia: nel 2004, tra i dimessi vivi dopo un infarto miocardico, il 50% aveva almeno un secondo ricovero ad un anno, e la mortalità, il reinfarto e lo scompenso cardiaco ad un anno arrivavano al 25%; la percentuale di nuovi ricoveri ad un anno tra i dimessi dopo un episodio di scompenso acuto era ancora più alta. Nel frattempo, anche lo scenario cardiologico di riferimento si è fortemente modificato: con la progressiva riduzione della durata dell'ospedalizzazione il decondizionamento fisico è, di solito, oggi minimo, ma la degenza molto breve e orientata alla soluzione esclusiva del problema acuto non consente un adeguato intervento di stratificazione del rischio residuo, la valutazione funzionale e globale, l'ottimizzazione terapeutica, l'educazione-informazione sanitaria, la ripresa di un'adeguata attività fisica in regime di sicurezza e l'impostazione di significative modificazioni dello stile di vita. È evidente che questi dati richiamano ad una diversa organizzazione dell'assistenza, non più concentrata sulla fase acuta, ma articolata anche nel periodo post-dimissione in interventi mirati sulle popolazioni a rischio più alto. Con questo obiettivo le società scientifiche

cardiologiche hanno concordato nuovi criteri di accesso alle strutture di cardiologia riabilitativa, proprio con l'intento di dare priorità ai cardiopatici a rischio più alto. È evidente che questo orientamento comporta una profonda modificazione dei percorsi assistenziali della fase post-acuta ed una parziale riconversione delle strutture di cardiologia riabilitativa. Queste dovranno accogliere ed assistere prioritariamente, subito dopo l'episodio acuto, i pazienti con disfunzione postinfartuale del ventricolo sinistro, con scompenso cardiaco di classe NYHA

più avanzata e, tra i pazienti sottoposti ad intervento cardiocirurgico quelli con maggiori complicanze o comorbidità. Ciò renderà rilevante anche l'attività di rivalutazione funzionale di queste strutture, accanto al più tradizionale intervento riabilitativo. Si tratta di una sfida ambiziosa, ma nello scenario della lotta alle malattie cardiovascolari l'unica forza che può essere schierata per contrastare l'allarmante diffusione dello scompenso cardiaco nella fase post-acuta, vera pandemia del futuro, appare essere proprio la cardiologia riabilitativa.

Il paradosso dell'aspirina

Nonostante i ben provati benefici dell'aspirina od acido acetilsalicilico nella prevenzione primaria e secondaria della cardiopatia ischemica nonché nella terapia delle sindromi coronariche acute, alcuni studi hanno fatto sorgere il dubbio che i pazienti già in terapia con l'aspirina possano avere, in caso di occorrenza di una sindrome coronarica acuta, una prognosi peggiore rispetto ai soggetti che non avevano un precedente utilizzo di tale farmaco.

Una verosimile spiegazione di questo apparente paradosso la fornisce il database che raccoglie gli oltre 66.000 pazienti con sindrome coronarica acuta arruolati nei 16 studi clinici targati TIMI. L'analisi di questo impressionante numero di pazienti ha mostrato che i soggetti che erano già in terapia con l'aspirina al momento dell'evento acuto erano in genere più anziani, presentavano più fattori di rischio cardiovascolare ed avevano con maggiore frequenza una storia precedente di cardiopatia ischemica rispetto a coloro che invece non erano già in terapia con l'acido acetilsalicilico. L'analisi, inoltre, non ha evidenziato alcun nesso tra il precedente uso di aspirina e la mortalità ad un mese ed ad un anno dalla sindrome coronarica acuta.

L'aspirina, quindi, non è la causa ma solo la spia di una maggiore gravità. In altre parole, non è tanto l'assunzione dell'aspirina quanto l'aver una sindrome coronarica acuta nonostante l'uso cronico di acido acetilsalicilico a rendere peggiore la prognosi di questi pazienti. (JACC 2010; 56: 1376-1385).

Filippo Stazi



Foto iStock

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.

Le celebrazioni di Vespasiano

Chissà cosa direbbe Tito Flavio Vespasiano se venisse a conoscenza delle spese per le celebrazioni del bimillenario della sua nascita.

Certamente sarebbe dalla parte di coloro che sono contrari ai finanziamenti in un momento in cui si dovrebbero fare tutti i possibili tagli ad ogni spesa non strettamente indispensabile.

L'ha spuntata invece il professor Caporossi Bolognesi docente di Diritto Romano a *La Sapienza*, nonché presidente del Comitato Nazionale per le celebrazioni, il quale sostiene che non si può fare a meno di studiare la storia romana e che il ministro Tremonti non ha la competenza per opporsi. Il comitato, grazie al ministro Bondi, disporrà di trecentomila euro per la mostra nel Colosseo e per quelle allestite a Rieti e dintorni, con i relativi quattro cataloghi e per i tre congressi dedicati a "L'Italia rurale nell'epoca tardo repubblicana e primo imperiale".

Vespasiano merita di essere ricordato perché è stato il miglior governatore di Roma da Romolo ad Alemanno, ma non si dovrebbe dimenticare che fu il paladino dei tagli a tutte le spese e che il suo impegno principale fu rivolto a fare pulizia nella vita politica. Ed è stato il solo a riuscirci.

Non molto alto, grassoccio, calvo, un po' goffo, figlio di un esattore, come molti giovani sabini che volevano far fortuna, Vespasiano scese a Roma. Calcolatore avveduto, scalò uno ad uno i gradini della scala sociale senza sbagliare una mossa: questore a



Sesterzio coniato nel 71 d.C. con il profilo dell'Imperatore Vespasiano

Creta e Cirene, tribuno militare in Tracia, pretore sotto Caligola, proconsole in Africa, risparmiatore fino all'avarizia, quando Nerone, a causa dello sfascio economico, si fece uccidere da un liberto, era in Egitto al comando dell'esercito. Successore di Nerone fu il maldestro generale ribelle Galba che, appena nominato, ebbe l'infelice idea di ordinare a tutti la restituzione dei doni ricevuti da Nerone. Dopo neanche tre mesi i pretoriani lo trucidarono nel Foro dentro la sua lettiga.

Dopo di lui la scelta fu ancor peggiore: divenne imperatore Otone, un faccendiere spregiudicato che, anche lui, venne fatto fuori dopo poco tempo.

Visto questo caos, sia Vespasiano sia Aulo Gellio, comandante dell'esercito dislocato in Germania, decisero di marciare su Roma. Arrivò prima Gellio, ma nello scontro ebbe la meglio Vespasiano, il quale adattò a suo favore le leggi elettorali e, sfruttando con abilità le amicizie, dopo che il suo rivale venne gettato nel Tevere, riuscì a farsi nominare imperatore per acclamazione, raggiungendo a sessant'anni un traguardo che sembrava insperato, dopo che era caduto in disgrazia con Nerone per essersi addormentato durante una sua esibizione canora post-prandiale.

Dal trono imperiale dette piena dimostrazione della

sua accortezza realizzando numerosi miracoli amministrativi ed economici.

Cacciò corrotti e corruttori dal Senato, tagliò tutte le spese, ridusse la burocrazia e la magistratura, rese equo il fisco, mise in pareggio il bilancio, riedificò il Campidoglio e i quartieri distrutti dall'incendio del quale erano stati incolpati i cristiani, dette avvio alla costruzione del Colosseo, donò una casa ai senzatetto, impose l'austerità ai nobili e aiutò le arti e la cultura.

Combatté la corruzione anche minima. Un cortigiano gli chiese un incarico per il fratello, Vespasiano scoprì che si trattava di un falso fratello, tenne per sé la bustarella e consigliò al cortigiano di trovarsi un fratello vero, perché "ho scoperto che quello raccomandato è invece fratello mio".

Ad un ingegnere che andò a mostrargli una macchina che aveva ideato per tra-



Porta Romana, Rieti

sportare con poca fatica oggetti pesanti, dette un premio e proibì di realizzarla, dicendogli: “I poveri diavoli si debbono guadagnare la vita lavorando, la tua macchina toglierebbe loro il guadagno e li costringerebbe all’ozio. Ti dirò io quando potrai costruirla”.

Non senza un po’ di civetteria ricordava l’umiltà delle sue origini e l’impegno profuso nella sua ascesa, e affermava di riconoscere le qualità degli uomini con l’olfatto.

Ad un giovane ufficiale profumato di ambra che era andato a ringraziarlo per una nomina, disse: “Avrei preferito che tu odorassi di aglio”, e gli revocò la nomina. In pochi anni cambiò l’aspetto di Roma. Per tenere pulite e senza cattivi odori le strade e i vicoli fece piazzare negli angoli riparati grossi orci in terracotta come orinatoi. I lavandai e i conciapelli del Tevere nella notte li vuotavano per ricavarne ammoniaca dalle urine. Vespasiano dapprima li elogiò per l’utile servizio, poi ci ripensò e impose una tassa per ogni orcio.

Al figlio Tito, per il quale aveva reso ereditario il titolo di imperatore, che lo criticò per questo commercio, mise sotto il naso la manciata dei primi sesterzi dell’esazione, dicendo la famosa frase: “Senti, non puzzano!”

A settant’anni compiuti fece una rimpatriata a Rieti per fare festa con i vecchi amici e una battuta di caccia. Dopo il pranzo insolitamente copioso si sentì male. Colto da violentissimi dolori al



petto e all’addome, vomitò e perse tutte le forze.

Al terzo giorno di malattia senza miglioramento, si alzò in piedi perché, secondo lui, un imperatore non doveva morire nel proprio letto, e poco dopo morì.

Aveva ripulito Roma, ripristinando l’ordine e, riportando il benessere, l’aveva abbellita con molte opere pubbliche, belle e funzionali.

Ci vorrebbe oggi un Vespasiano per rimettere ordine nell’Urbe.

Nonostante questo viene ricordato come l’uomo che mise la tassa agli orinatoi.

Quando Luigi Filippo d’Orléans, diciotto secoli più tardi, per rendere meno maleodorante la città, fece installare gli orinatoi a Parigi, si ricordò di lui e li fece chiamare *vespasiennes* in suo onore.

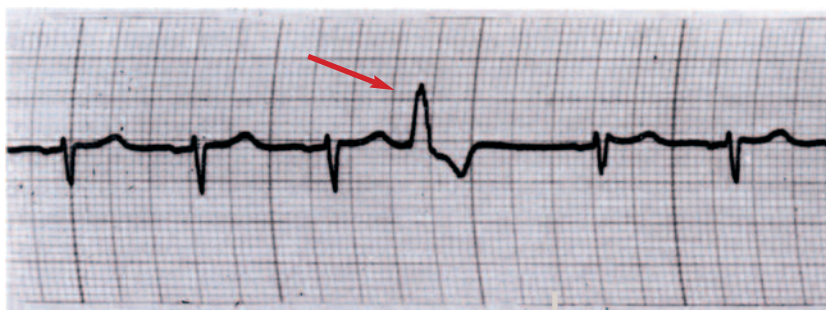
Sparagnino com’era, oggi Vespasiano sarebbe contrario ad ogni manifestazione e mai spenderebbe trecentomila euro in mostre e cataloghi, e si renderebbe conto che a Roma non ci sono più vespasiani.

Quando il ritmo cardiaco è irregolare

di Vito Cagli

Il paziente può anche non accorgersene, ma non di rado avverte nella regione cardiaca qualche sensazione strana (“un frullio d’ali”, “una mancanza”, “come un pizzico”), oppure un brevissimo senso di lieve stordimento. Nel maggior numero dei casi si tratta di extrasistoli, facilmente rilevabili all’esame clinico, o anche soltanto al polso per l’assenza di qualche battito, e meglio precisabili con l’aiuto dell’elettrocardiogramma e dell’elettrocardiogramma dinamico secondo Holter che consente una registrazione di 24 ore (o anche di più) dell’azione cardiaca. I clinici francesi le chiamavano “i capricci innocenti del cuore”, ma l’innocenza - si sa - con il passare del tempo spesso si perde e ora ha provveduto uno studio apparso su *Circulation* (Binici Z. et al. 2010;121:1904-11) a metterci sull’avviso dei possibili rischi connessi con la presenza di extrasistoli.

Gli Autori hanno sottoposto a elettrocardiogramma Holter per la durata mediana di 44.1 ore quasi 3000 soggetti di ambo i sessi tra i 55 e i 75 anni esenti da cardiopatie o da altre gravi malattie e hanno controllato



L'extrasistole

ad una distanza mediana di oltre 6 anni (76 mesi) quanti dei 678 pazienti in cui erano state riscontrate extrasistoli sopraventricolari erano andati incontro allo sviluppo di fibrillazione atriale, di ictus o di morte a confronto con coloro nei quali queste aritmie erano assenti.

In presenza di un numero di almeno 30 extrasistoli sopraventricolari per ora o anche di un'unica serie (*run*) di almeno 20 extrasistoli sopraventricolari il rischio della insorgenza di fibrillazione atriale rispetto ai controlli, dopo i debiti aggiustamenti, risultò mediamente maggiore di più di due volte e mezza (2.79; IC 95% , 1.23 - 6.30), mentre il rischio di morte o di ictus risultò di oltre una volta e mezza (1.64; IC 95%, 1.03-2.60).

Analizzando più in dettaglio i risultati

ottenuti emerse che anche in presenza di battiti extrasistolici sopraventricolari isolati, o di serie di non più di 3 battiti esiste un certo rischio di andare incontro a fibrillazione atriale, calcolabile in 11 casi/1000 pazienti/anno con un numero di extrasistoli tra 7 e 30 in 1 ora, che sale a 15 casi/1000/anno quando il numero di extrasistoli/ora supera 30 e giunge fino a 18 se sono presenti serie di 20 o più extrasistoli.

Cifre, potremmo concludere, non allarmanti ma sufficienti per richiamare una maggiore attenzione, una più attenta ricerca di possibili fattori causali presenti ed eventualmente un adeguato trattamento, delle extrasistoli sopraventricolari che non sempre sono soltanto “capricci innocenti del cuore”.

RINGRAZIAMENTI

Il *Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus* ringrazia vivamente i sostenitori che hanno contribuito a diffondere *Cuore e Salute*, offrendo l'iscrizione ai loro amici:

Filippo Altilia di Ascoli Piceno

Roberto Basilici di Roma

Vito Cagli di Roma

Gioele Centanni di Roma

Margherita Corsi Saccani di Parma

Elio Cutrona di Messina

Carlo Fedeli di Amatrice

Pompilio Grasso di Bagno a Ripoli

Dario Indovina di Torino

Emilio Martinengo di Savona

Francesco Peruzzi di Torino

Carlo Racani di Ostia Lido

Carmen Sciuto D'Arrigo di Roma

Giuseppe Sgobba di Alberobello

Maurizio Toso di Fiesole

Food for Thoughts

Perché leggiamo? La lettura è cibo per i nostri pensieri. Lo dicono gli americani, lo dicevano anche i sumeri più di tremila anni fa. È dal confronto con le opinioni degli altri che nascono nuove idee, nuove ipotesi, nuove opportunità.

Food for thoughts è una nuova rubrica di *Cuore e Salute* che nasce per offrire un momento di riflessione su opinioni forti e anche controverse. Oggi propone, riscritto in italiano, un editoriale apparso l'11 settembre scorso sul quotidiano *The New York Times*, che dovrebbe farci riflettere sul "prezzo" dell'innovazione in medicina.

Da: **The New York Times**

Is newer better? Not always

Non sempre il nuovo è meglio

di Mario Albertucci e Lilli D'Agostino

Un polemico editoriale del *New York Times* del settembre scorso era dedicato ai costi dell'assistenza sanitaria, argomento particolarmente attuale negli USA dove è più che mai viva la preoccupazione per l'ininterrotta crescita, in gran parte dovuta alle novità terapeutiche. Ai medici e all'opinione pubblica chiede come prima cosa se siamo certi che ciò che è nuovo sia sempre da preferire al vecchio.

Il sistema sanitario statunitense, che è basato sulla libera iniziativa dove l'intervento statale si limita a rimborsare, insieme alle assicurazioni private, le spese delle cure, è stato il motore di grandi progressi. Questo sistema è difeso da molti, ma ostinatamente disapprovato da altri che lo giudicano fatto apposta per far salire i costi.

Secondo l'editoriale sono indispensabili attente riflessioni e controlli per studiare tutti gli aspetti economici e provare che ogni farmaco nuovo, ogni nuova metodologia clinica, ogni nuova apparecchiatura diagnostica sia più utile, più efficace di quella in uso e priva di effetti secondari indesiderati.

Già adesso ogni novità terapeutica, per essere autorizzata, deve superare test che però non sono del tutto esaurienti.

I farmaci nuovi, ad esempio, vengono testati sull'efficacia ma non confrontati con quelli in uso, non si hanno sicure garanzie sulla loro superiorità e non vengono considerati i costi e i vantaggi vicini e a distanza.

Le aziende produttrici sono esclusivamente interessate alla promozione delle

novità e all'incentivazione delle prescrizioni dei medici, mentre i pazienti hanno ben poche possibilità di giudicare se sono realmente migliori, scarse garanzie di innocuità e nessun interesse per il loro costo.

La nuova legge-riforma del Servizio Sanitario Nazionale, al di là delle controverse demagogiche, sta cercando di far entrare queste considerazioni di tipo medico ed economico nella politica dei rimborsi e fare in modo che sia accettabile per lo Stato e per le assicurazioni private.

Le polemiche dell'editoriale sono rivolte a far superare la diffidenza di molti statunitensi verso i cambiamenti assistenziali e ad incitare tutti ad approfondite riflessioni e indagini intorno ai presunti benefici e vantaggi delle nuove terapie prima di accettarle, negando l'accettazione e la diffusione di ciò che è superfluo, antieconomico dal punto di vista dei costi/benefici, se non addirittura nocivo. Premesso che nessuno vuole in alcun modo limitare l'assistenza né scoraggiare le ricerche e riconoscendo i grandi progressi della medicina negli ultimi cinquant'anni che hanno consentito di tenere in vita gli ammalati in attesa di trapianto, di impiegare sofisticate articolazioni artificiali impensabili in passato, di scoprire tumori profondi grazie a dispositivi di *imaging* ad alta tecnologia, evitando interventi chirurgici esplorativi. Molte terapie inizialmente costosissime consentono risultati che a distanza divengono ottimi per il paziente ed anche economicamente vantaggiosi.

Le proposte mirano principalmente, oltre che al contenimento dei costi, alla prudenza nell'accettare le novità non collaudate. Vengono riportati alcuni esempi assai istruttivi, quali l'eccessiva diffusione del PSA, il test specifico dell'antigene prostatico per la selezione degli uomini a rischio di cancro, la cui affidabilità è stata ridimensionata dallo stesso scopritore che l'ha un po' paradossalmente dichiarata poco più attendibile del testa o croce con una moneta e che costa decine di miliardi al servizio sanitario per i trenta milioni di esami eseguiti annualmente senza tener conto degli interventi chirurgici, delle radiazioni e delle terapie evitabili.

Un altro esempio riportato è la chirurgia di fusione per la cura del mal di schiena. Questo tipo di intervento chirurgico è stato fortemente criticato da JAMA (Journal of the American Medical Association), perché risultati analoghi se non migliori si possono ottenere con minori rischi e costi assai più bassi, con interventi più semplici che diminuiscono altrettanto efficacemente la pressione sui nervi.

Difficile trovare un'altra spiegazione più convincente di quella economica: i chirurghi percepiscono compensi dieci volte maggiori e gli ospedali sono pagati tre volte e mezzo di più rispetto alla chirurgia tradizionale; le aziende ricavano circa 50.000 dollari a paziente dalla vendita del materiale necessario per l'intervento chirurgico complesso.

L'indispensabilità di una revisione siste-

matica che raffronti l'efficacia delle diverse terapie mediche e chirurgiche non può essere ulteriormente procrastinata, e nuove leggi e controlli maggiormente precisi, sono impellenti. Le leggi di riforma dell'amministrazione Obama, pur fra grandi difficoltà, si ripropongono di fondare quanto prima un istituto indipendente, no profit, che organizzi il lavoro e i compiti di una commissione governativa in cui siano rappresentati ammalati, medici, ospedali e aziende col preciso compito di fornire informazioni circa ciò che funziona e ciò che non funziona e tenga sotto controllo il rapporto costo-beneficio.

Purtroppo il linguaggio legislativo dei burocrati governativi suscita fra i sostenitori della riforma non poche perplessità. È compito del Ministero della Sanità incalzare tutte queste ricerche, mentre *Medicare*, l'assicurazione per gli ultrasessantacinquenni, continuerà ad adeguare i rimborsi e a definire i compiti che dovranno essere garantiti dalle assicurazioni private tenendo anche conto di questo tipo di analisi. Se la commissione farà bene il suo lavoro e i politici avranno il coraggio di dimostrare che le loro tesi sono giuste, tutti ne trarranno beneficio.

Questa è la realtà americana descritta in maniera molto cruda e a tratti forse ingiusta. E da noi? Abbiamo bisogno di nuove regole o dobbiamo lasciare ampia libertà all'innovazione? È giusto che il legislatore interferisca sull'operato dei medici? Food for Thoughts.

La nuova rubrica di *Cuore e Salute* è aperta a tutti. È necessario conoscere tutte le opinioni per raffrontarle, perché è dalla conoscenza che trovano origine le nuove idee, le nuove ipotesi, le nuove opportunità. I lettori sono invitati ad inviarci i loro pensieri, le loro esperienze e le loro speranze.

Lettere a Cuore e Salute

D. **La cura dell'uva**

Ho letto su un settimanale "serio" che sta tornando in auge la cura dell'uva che quand'ero signorinetta, vale a dire prima della guerra, una mia zia insegnante di biologia, autorità scientifica della famiglia, mi faceva fare ogni anno per due mesi in questo periodo, nonostante lo scetticismo passivo di mia madre, per contrastare la mia fragilità, la cronica anemia, nonché le frequenti indisposizioni di varia natura.

Ricordo che mi sentivo meglio, anche se non presentavo alcun cambiamento apparente, e che dopo cinque anni, vale a dire dopo dieci mesi in cui l'uva era stata il mio cibo principale, ero rifiorita, mi sentivo più forte ed ero diventata fra le migliori della scuola in ginnastica.

Adesso sono io che vorrei imporla alle mie due nipoti, ma non ho l'autorevolezza della zia che non c'è più fra noi e chiedo consiglio a voi. Nel caso che il vostro parere sia favorevole, qual è l'uva da preferire?

Serena C., Sassuolo

R. **La sua lettera avrebbe meritato di non essere riassunta,**

ma tre fitte pagine, lo riconoscerà, sarebbero state troppe. Anche per lettera, cara signora Serena, Lei riesce a suscitare simpatia e fiducia: fa parte delle zie rimpianti da Longanesi e in via di estinzione, sorprende che abbia bisogno della nostra approvazione per dare molta uva ai suoi nipoti.

Anche noi, come molti superstiti ottuagenari, abbiamo fatto la cura dell'uva, ci dispiace di non poter esserle di grande conforto ma pensiamo che sia benefica per i giovani di oggi che mangiano poca frutta fresca.

Ha ragione quando afferma che si avverte aria di revival: anche dalle lettere di questa rubrica con le quali spesso ci viene chiesto di parlare di balistocardiografia, di tromboelastogramma, di vecchie terapie naturali dimenticate.

In tutti i vecchi manuali di consigli medici per la famiglia, c'è il capitolo dedicato alla "cura dell'uva", che allora si chiamava ampeloterapia, raccomandata già nell'antichità da Marco Terenzio Varrone Reatino, da Plinio



il Vecchio e da Lucio Giunio Columella, il più autorevole botanico latino di origine spagnola.

Tutti i testi esaltano i vantaggi per la salute ottenuti con la depurazione autunnale, da praticare ogni anno. Viene definita “miracolosa” per combattere la predisposizione familiare a molte malattie e disturbi non esattamente precisabili oggi, da praticare in autunno allorché vengono avvertiti i primi sintomi. Con particolare impegno l’ampeloterapia veniva raccomandata a coloro che soffrono di stanchezza generalizzata, di affezioni circolatorie o respiratorie, di malattie genito-urinarie, gastrointestinali e del fegato, dispepsia “alcalina”, anemia “clorotica”, e in tutte le convalescenze. Gli straordinari effetti salutari dell’uva vanno avanti per moltissime pagine e vengono spiegate con il sapiente dosaggio dei suoi componenti, con la facilitazione della solubilità e l’eliminazione dei composti urici, delle scorie azotate attraverso le urine, con la stimolazione della funzione epatica, della secrezione gastrica e soprattutto con la depurazione di tutto l’organismo. Grazie al ricco contenuto in potassio l’uva svolge un’azione tonica sul cuore, previene i disturbi del ritmo, e stimola la peristalsi intestinale. Favorisce inoltre la risoluzione dell’acne e degli eczemi.

Niente è pari all’uva nella prevenzione dell’invecchiamento e, per la sua ricchezza di zuccheri facilmente assimilabili, di vitamine e di oligominerali. Tutti i tipi di uva erano ugualmente benefici ma doveva essere data la preferenza a quella raccolta dalle viti abbarbicate ad alberi. Pochissime le controindicazioni.

La fiducia era così grande che in mancanza di uva, le stesse malattie traevano beneficio dai primi germogli delle viti e d’inverno dall’uva appassita: zibibbo, sultanina, damaschino, catalana, le quali possedevano anch’esse specifiche capacità curative e precise indicazioni. Gli infusi preparati con pampini di vite attenuavano i disturbi della menopausa. Quando non c’era l’uva le vecchie zie andavano in farmacia a comperare le cartine di cremore di tartaro raschiato dalle pareti delle botti con le quali facevano molte bottiglie di liquido “rinfrescante, purificante”, protettore del fegato, da bere durante l’inverno.

Ovviamente non c’è nessuna prova ma l’importanza nutritiva dell’uva è rilevante: un chilo contiene circa 900 calorie, senza sopravvalutare le sue virtù terapeutiche, come fanno i sostenitori dell’alimentazione naturale. I cultori più rigorosi sconsigliano di mangiare l’uva al termine dei pasti, come tutta l’altra frutta, ma di fare un pasto, ad esempio la prima colazione oppure la cena, con solo pane e molta uva.

Fa bene, basta non imporla a forza.

Franco Fontanini

D. **Vertigini e acufeni**

Sono alla soglia degli anni ottanta, con diabete tipo 2 e portatore di pacemaker per vertigini, di cui dopo sono guarito, ma contemporaneamente alla loro guarigione mi è comparso all'apparato uditivo un "fruscio soft" simile a un cicalio, che persiste di notte e di giorno, con cui, mio malgrado, mi sono abituato a convivere. Certo nelle ore diurne risulta meno fastidioso perché coperto dai suoni dell'ambiente, mentre di sera e di notte mi tormenta fino a quando riesco a prendere sonno. Chiedo cortesemente se tale fastidio potrebbe essere nato a conseguenza dell'intervento del pacemaker oppure sia da considerarsi una pura coincidenza.

Graziano L., Matera

R. **Caro Signor Graziano,**

Lei si è espresso come un libro stampato. Non avrebbe potuto descrivere meglio il suo fastidioso disturbo auricolare, che in



medicina si chiama acufene dal greco e significa rumore che compare nell'orecchio. I latini lo chiamavano tinnitus, come gli inglesi attuali. È frequente poiché incide nel 10-15% delle persone. Non ha una caratteristica precisa poiché può assumerne diverse : ronzio, soffio, fruscio, fischio; può essere anche pulsante e sincrono con i battiti cardiaci. Può comparire in diverse malattie dell'orecchio, ma più spesso non ha cause specifiche, se non talvolta l'età avanzata, magari contemporaneo alla riduzione dell'udito (l'uso di apparecchi acustici qualche volta lo fa cessare). Può anche scomparire spontaneamente così come è venuto e, se ciò avviene in coincidenza con l'assunzione di uno dei tanti rimedi consigliati, la cui efficacia non è provata, lo si attribuisce a quel medicamento. Può attenuarsi nel tempo, forse perché ci si abitua, come lei ha ben descritto. Il meccanismo che lo provoca non è conosciuto, una delle tante ignoranze della nostra scienza. Quello su cui posso rassicurarla è che non c'è alcun rapporto fra l'impianto del pacemaker e la comparsa di acufeni, è stata una pura coincidenza; mentre è razionale la scomparsa delle vertigini che nel suo caso erano legate a problemi aritmici. Inoltre, visto che questo "cicalio" dura da anni, potrei anche rassicurarla che non corre rischi, e la sera, quando lei lo sente più forte, potrebbe ricorrere, come consigliano alcuni, a una musica che le asseconi il sonno, chissà un adagio di Chopin. Ma mi corre però l'obbligo di consigliarle una visita dello specialista ORL, il quale sicuramente la indirizzerà verso qualche accertamento (prove otofunzionali, RMN) e verso la terapia più adeguata, magari il semplice lavaggio dell'orecchio esterno.

Eligio Piccolo

DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2010

di **Giuseppe Di Pasquale**

Unità Operativa di Cardiologia, Ospedale Maggiore, Bologna



**CONOSCERE
E CURARE
IL CUORE 2010**

Atti
XXVII Congresso del
Centro per la Ricerca
sulle Malattie
Prevenzione Global
a cura di
Francesco Pisci
Firenze, 20-25 Marzo 2010

EDIZIONI URBAN

La polipillola in prevenzione primaria: una vecchia conoscenza che torna alla ribalta

Le malattie cardiovascolari continuano a rappresentare un'importante causa di morbilità e mortalità nel mondo occidentale e costituiscono un problema emergente nei paesi in via di sviluppo. Circa nel 90% dei pazienti che vanno incontro ad eventi cardiovascolari si evidenziano fattori di rischio riconosciuti per questa patologia, quali ipertensione arteriosa, diabete mellito, ipercolesterolemia, fumo, obesità o ridotta attività fisica. Appare dunque evidente che questi fattori di rischio non sono adeguatamente trattati nella popolazione generale.

Il modello di prevenzione cardiovascolare più noto e accettato dalla cultura medica occidentale è rappresentato da un approccio "individualizzato", ossia variabile da paziente a paziente in relazione ai fattori di rischio, volto a correggerli specificatamente con interventi mirati.

Una visione completamente diversa è quella dell'attuazione della prevenzione secondo un approccio definito "di popolazione" che consiste nell' eseguire interventi che riducano simultaneamente molti fattori di rischio nella popolazione senza tener conto del profilo di rischio delle persone. Il presupposto di questa strategia consiste nel fatto che non esiste una linea di demarcazione netta tra un profilo di rischio "normale" e "patologico".

Esempi di prevenzione cardiovascolare con approccio di popolazione sono costituiti dalle misure legislative di divieto del fumo nei luoghi pubblici di lavoro e da quelle di riduzione del sale negli alimenti di produzione industriale.

La proposta di una polipillola diretta contro più fattori di rischio cardiovascolare, indipendentemente dai loro livelli, da utilizzarsi in preven-

zione primaria dopo una determinata età, rientra perfettamente in un approccio di popolazione.

Uno dei problemi principali della medicina preventiva è rappresentato dal fatto che spesso una singola persona ha numerosi fattori di rischio, la cui correzione richiede l'assunzione quotidiana di diversi farmaci. Questo è difficilmente accettato, specie in prevenzione primaria ed è spesso causa di una ridotta aderenza alla terapia o di errori terapeutici. Per ridurre questi problemi già da tempo sono utilizzate in ambito cardiologico numerose associazioni farmacologiche precostituite.

Nel 2003 Wald e Law per primi hanno pubblicato l'idea ambiziosa di associare in un'unica compressa, denominata "*polipillola*", principi attivi con azioni farmacologiche completamente differenti capaci di modificare differenti fattori di rischio per la malattia cardio-cerebrovascolare, ossia la pressione arteriosa, la colesterolemia, l'aggregazione piastrinica e l'omocisteinemia, con lo scopo finale comune di modificare la prognosi attraverso la prevenzione di eventi clinici maggiori. Il secondo elemento innovativo di questa proposta è costituito dalla popolazione oggetto di intervento rappresentata da tutti i soggetti di età superiore a 55 anni, indipendentemente dalla presenza di fattori di rischio, con la finalità di ridurre gli eventi cardiovascolari globali nell'intera popolazione. All'interno della polipillola gli Autori ipotizzavano la presenza di sei differenti

principi farmacologici, rappresentati da tre differenti farmaci ipotensivi a bassa dose, costituiti da un ACE-inibitore, un beta-bloccante ed un diuretico tiazidico, una statina (atorvastatina 10 mg o simvastatina 40 mg), 75 mg di acido acetilsalicilico e 0.8 mg di acido folico.

Utilizzando i risultati di oltre 750 studi nei quali era stata valutata la modifica dei singoli fattori di rischio, gli Autori hanno stimato che l'introduzione della polipillola nella pratica clinica potrebbe determinare una riduzione dell'88% del rischio relativo di eventi ischemici cardiaci e dell'80% di ictus, con un guadagno medio di 11-12 anni liberi da infarto miocardico o ictus.

A distanza di otto anni dalla prima promettente ipotesi, l'unico studio ad oggi disponibile sugli effetti clinici della polipillola è lo studio TIPS, condotto in India in 50 centri. Sono stati arruolati 2053 pazienti di età compresa tra 45 e 80 anni con un fattore di rischio cardiovascolare (diabete mellito, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa, obesità o abitudine al fumo) randomizzati in doppio cieco a ricevere "polycap" (costituita da atenololo 50 mg, ramipril 5 mg, idroclorotiazide 12.5 mg, simvastatina 20 mg, aspirina 100 mg) (412 pazienti) oppure (8 gruppi di 200 pazienti l'uno): (1) aspirina, (2) simvastatina, (3) idroclorotiazide, (4) idroclorotiazide + ramipril, (5) idroclorotiazide + atenololo, (6) ramipril + atenololo, (7) idroclorotiazide + ramipril + atenololo, (8) idroclorotiazide + ramipril + atenololo + aspirina. Tutti i pazienti sono

stati seguiti con un follow-up di 12 settimane. A differenza dell'ipotesi di Wald e Law gli autori dello studio hanno scelto di eliminare dalla composizione l'acido folico, considerata l'assenza di effetti prognostici favorevoli di tale molecola nei trial disponibili, di ridurre il limite inferiore di età a > 45 anni, data l'incidenza più precoce di eventi cardiovascolari nella popolazione indiana, e di non trattare tutti i soggetti indiscriminatamente ma selezionare quelli con almeno un fattore di rischio cardiovascolare. Gli end-point primari di questo studio sono stati unicamente end-point surrogati, rappresentati dalla dimostrazione di non inferiorità dell'effetto dei componenti presenti nella polycap rispetto alle singole formulazioni e dall'incidenza di effetti collaterali che ne determinano l'interruzione di assunzione.

I risultati di questo studio hanno dimostrato come la "polycap" possa determinare effetti analoghi a quelli dei farmaci utilizzati singolarmente e risulti ben tollerata. I pazienti randomizzati a ricevere "polycap" infatti hanno mostrato una riduzione dei valori pressori (sistolica - 7.4 mmHg e diastolica - 5.6 mmHg) sovrapponibile ai gruppi di soggetti trattati con triplice terapia antipertensiva e significativamente superiore agli altri gruppi, una riduzione della frequenza cardiaca (- 7 battiti/minuto) sovrapponibile ai gruppi trattati con atenololo e significativamente superiore agli altri gruppi, una riduzione della colesterolemia (- 0.70 mmol/l) solo lievemente infe-

riore rispetto al gruppo trattato con simvastatina da sola ma significativamente superiore agli altri gruppi e una riduzione dell'attività urinaria del 11-deidrotrombossano B2 sovrapponibile ai gruppi trattati con aspirina e significativamente superiore agli altri gruppi. La tollerabilità della polycap è risultata sovrapponibile agli altri gruppi, senza evidenza di eccesso di effetti collaterali.

Il presupposto alla base della polipillola, quello della logica di una strategia preventiva di popolazione è molto attraente in un'ottica di cardiologia di comunità. La logica della polipillola è del resto già di fatto ampiamente accettata per due ampie categorie di pazienti: i pazienti con malattia coronarica nota e i soggetti ad alto rischio. In accordo alle linee guida, nella prevenzione secondaria dopo sindrome coronarica acuta al paziente viene somministrato alla dimissione un pacchetto farmacologico la cui confezione è in linea di massima uguale per tutti, costituito da aspirina, beta-bloccante, statine, ACE-inibitori ed eventualmente N-3 PUFA. Yusuf ha calcolato che se i farmaci raccomandati venissero prescritti regolarmente a tutti i pazienti coronarici in prevenzione secondaria, si potrebbe ottenere una riduzione del 70-80% degli eventi ricorrenti dopo infarto miocardico.

In questi pazienti la polipillola potrebbe costituire un sicuro vantaggio dal momento che l'elevato numero di compresse da assumere giornalmente (5-7 pillole) costituisce una delle cause della

non aderenza alla terapia farmacologica a sua volta correlata ad una prognosi peggiore.

Un approccio simile a quello della prevenzione secondaria sta emergendo anche per i soggetti cosiddetti ad alto rischio. Il superamento di una determinata soglia di rischio per futuri eventi cardiovascolari, valutata attraverso strumenti come la carta del rischio, identifica i soggetti per i quali è giustificata una prevenzione farmacologica con statine, aspirina e ACE-inibitori.

In questo contesto l'utilizzo di una polipillola composta almeno da statina e aspirina troverebbe una logica collocazione.

La strategia proposta della polipillola rappresenta quindi solo un'estremizzazione di una tendenza già di fatto in atto per la prevenzione secondaria e per i soggetti ad alto rischio. La differenza, non marginale, è che come unico fattore di rischio viene considerata l'età > 55 anni oppure l'età > 45 anni se associata alla presenza di un altro fattore di rischio.

Numerosi sarebbero i potenziali vantaggi della polipillola, quali:

- facilitazione dell'aderenza alla terapia;
- semplificazione estrema della prescrizione che non richiede screening costosi;
- riduzione di eventi potenzialmente di enorme entità;
- rapporto costo/beneficio apparentemente favorevole.

Questi vantaggi sembrerebbero particolarmente interessanti per i paesi in via di sviluppo in cui si prevede una esplosione epidemica della malattia coronarica nei prossimi decenni ed in cui campagne educazionali sono difficili da realizzare.

Purtroppo questa presunta panacea in grado di farci vivere più a lungo e con minori problemi ha sicuramente molti limiti. Sostanzialmente riassumibili in:

- Assenza di flessibilità nella personalizzazione dei dosaggi dei diversi principi attivi.
- L'intolleranza ad una singola molecola può determinare la sospensione dell'assunzione di tutti gli altri principi attivi presenti nella compressa. La presenza di nota intolleranza gastrica ad aspirina, mialgie da statine o asma bronchiale possono rappresentare un limite per questo approccio onnicomprensivo.
- Possibilità di interazione farmacocinetica o farmacodinamica tra i diversi principi attivi, con conseguente riduzione dell'efficacia dei singoli farmaci.
- Timore che la polipillola rappresenti un'alternativa alla modifica delle

norme dietetico-comportamentali. Alcuni Autori hanno presentato come alternativa alla polipillola il “*polipasto*” (“*polymeal*”), rappresentato dall’assunzione giornaliera di un insieme di alimenti che hanno dimostrato singolarmente di possedere effetti cardioprotettivi, quali pesce, frutta, verdura, aglio, mandorle, cioccolato nero, vino rosso al fine di ridurre gli eventi cardiovascolari. La polipillola in realtà non dovrebbe aspirare a sostituire le modifiche dell’alimentazione e dello stile di vita ma ad affiancarle.

I limiti di utilizzo nella pratica clinica della polipillola potrebbero in parte essere superati tramite l’elaborazione meno ambiziosa di una serie di capsule comprendenti un numero inferiore di principi attivi. A tal proposito una proposta di polipillola in via di sviluppo prevederebbe l’utilizzo unicamente di aspirina, statina e differenti dosi di ACE-inibitore da utilizzarsi nei pazienti con cardiopatia ischemica in prevenzione secondaria, escludendo i beta-bloccanti gravati da maggiori problemi di individualizzazione dei dosaggi e tollerabilità. La sostituzione nella polipillola dell’ACE-inibitore con un sartano generico potrebbe ovviare al problema di un’interruzione di tutti i trattamenti a causa dell’effetto collaterale della tosse in corso di terapia con ACE-inibitori.

In conclusione, l’idea di una polipillola che possa ridurre l’impatto della malattia cardiovascolare è sicuramente attraente soprattutto in un’ottica di cardiolo-

gia di comunità, in particolare per i pazienti in prevenzione secondaria e per quelli ad alto rischio.

L’implementazione nella Medicina Generale della carta del rischio potrebbe migliorare l’identificazione dei soggetti ad alto rischio e la prescrizione di una polipillola contenente aspirina, ACE-inibitore e statina costituirebbe una comoda strategia preventiva per questa categoria di popolazione.

La somministrazione indiscriminata di una polipillola a tutti i soggetti che hanno come rischio solo quello di avere più di 55 anni di età, eventualmente in associazione ad un aumento del giro vita, non ci sembra al momento una strategia raccomandabile. Come per ogni nuovo trattamento è necessario che efficacia e sicurezza vengano dimostrati da ampi studi clinici prospettici randomizzati e con adeguato follow-up, che non sembrano essere oggi all’orizzonte.



Quaderno a Quadretti

di Franco Fontanini

RIDERE CONTRO L'INFARTO

Nella Bibbia (Proverbi 17,22) è scritto che un cuore allegro giova come una medicina.

Nelle corti medioevali e del Rinascimento erano apprezzati i giullari, i più bravi dei quali erano ricercati perché si dedicassero in modo particolare agli ammalati.

La regina Elisabetta d'Inghilterra volle sempre vicino a sé il giullare Richard Tarlton, comico spiritoso e acuto psicologo, che con lunghi dialoghi le illustrava i difetti del suo carattere e gli errori dei suoi comportamenti pubblici e privati, in modo divertente, senza mai annoiarla. L'aiutò, diceva, più dei confessori e dei medici.

Robert Burton di Oxford scrisse all'inizio del '600 un'opera curiosa e interessante, "Anatomia della malinconia", uno dei primi trattati di psichiatria, opera complessa, molte volte ristampata, ricca di citazioni e di aneddoti latini e greci, pieni di umorismo, in cui sostiene che la gaiezza è benefica perché purifica il sangue, acuisce lo spirito, rende il corpo più giovane e adatto allo sforzo e, soprattutto, allunga la vita.

Esortava gli allievi a dare il sorriso agli uomini sani e ammalati, a distrarre le loro menti dalla paura perché molte malattie psichiche e fisiche cominciano con la depressione e possono essere vinte con l'ilarità. Guarì molti ammalati ed ebbe molti seguaci, nessuno dei quali fu bravo come lui.



Il giullare Richard Tarlton

Dopo un secolare silenzio l'argomento è stato ripreso negli USA durante gli anni venti. Un trattato medico, "An Essay on Laughter" esaminava gli effetti salutari della risata, sosteneva che ridere rafforza la respirazione, migliora la circolazione e le funzioni del cuore, ipotizzando già allora l'esistenza di altri meccanismi cardioprotettivi che in seguito furono argomento di studio di psicobiologi e di immunologi. Poiché il senso dell'umorismo varia da una persona all'altra, si intuisce che gli effetti dell'ilarità possono essere diversi, la loro azione benefica non è uguale per tutti e le tecniche di approccio il più possibile adattate al tipo di personalità, nonché alle differenti patologie, individuando caso per caso i meccanismi coinvolti. Per molti anni i rapporti fra riso e salute sono stati indagati mediante innumerevoli test e non sono mancate intuizioni utilizzabili positivamente. Il bestseller "Laughter and Health" di James J. Walsh è considerato un classico dell'argomento. Red A. Martin, psicologo nella Western Ontario University, dimostrò per primo che l'umorismo migliora le difese immunitarie dell'organismo in caso di stress prolungati e che il riso aumenta significativamente la produzione di beta-endorfine. Nell'università californiana di Stanford è



stato dimostrato che il riso esplica effetti protettivi sul cuore sotto stress, analoghi a quelli dell'esercizio fisico. Le buone barzellette sarebbero comparabili al jogging. Nei reparti di pediatria sono ricomparsi i clown, ideati dal medico londinese William Brottie che all'occorrenza si trasformava lui stesso in clown e raccolse la sua casistica in un libro popolarissimo. In molte università statunitensi si tengono corsi di buonumore perché, sostengono gli assertori, la risata cordiale è un ottimo toccasana per molti disturbi, ma deve essere impiegata in modo appropriato. Edmond Sonnenblick, cardiologo assai autorevole, è d'accordo: la depressione è una grave forma di stress e lo stress, si sa, aumenta la probabilità di attacchi cardiaci. Un po' di buonumore quotidiano può essere un'ottima terapia preventiva, forse la migliore.

TBC, INFARTO E ARTE

La tubercolosi polmonare e l'infarto miocardico, una trentina di anni fa, venivano sovente messi a confronto, anche se non

avevano alcunché in comune all'infuori dell'elevato numero di morti che causavano.

L'accostamento derivava probabilmente dal fatto che la TBC era stata a lungo la principale causa di morte prematura fino a quando non venne debellata dalla streptomicina. Da quel momento al primo posto era salito l'infarto, malattia a quel tempo assai poco conosciuta, anche se molte ombre permangono ancor oggi.

Già allora qualche pessimista preconizzò che non ci sarebbe mai stata una medicina che, da sola, avrebbe sconfitto l'infarto come la streptomicina aveva sconfitto la TBC, e fino ad oggi ha avuto ragione, confermando il pregiudizio che i pessimisti vedono quasi sempre giusto.

Una grande differenza fra le due malattie venne enfatizzata dagli intellettuali, i quali notarono che fra i malati di TBC i personaggi di grande intelligenza, nonché molti geni, erano assai numerosi, mentre erano scarsi fra i morti d'infarto.

Anche se del tutto gratuito e non dimostrato, il rilievo sembrò fondato, frutto di attente osservazioni, il convincimento durò a lungo e, ancorché privo di dimostrazioni, fu autorevolmente sostenuto.

Ci furono clinici spericolati, i quali sostennero che il talento negli ammalati di tisi nasceva e si sviluppava a spese della forza fisica: il consumo della materia causato dalla malattia potenziava lo spirito in un "olocausto sublime" da cui avevano origine le più alte manifestazioni della genialità umana e le grandi creazioni artistiche.

Nella presentazione di un libro dedicato ai rapporti, anch'essi ipotetici, fra TBC e arte, il professor Bocchetti, direttore del Sanatorio Romano Ramazzini di Roma, nel 1938 scriveva che le grandi figure di artisti, poeti, scrittori, musicisti erano quasi tutte ammalate di *mal sottile*, coinvolti in un immenso unico dramma che porta un solo nome: la tubercolosi che, per "le sue proprietà elettive, viene definita *malattia del genio*.

In nessun altro terreno come in quello tubercolare la pianta della genialità cresce così rigogliosa, scriveva, producendo frutti tanto superbi.

In ogni campo del sapere umano, "il profumato fiore del genio, riscaldato dal calore della febbre - è sbocciato nell'intenso efflusso dell'ardente primavera, inebriando dei suoi delicati aromi la terra e il cielo".



Tenda per cinquanta fanciulli tubercolotici, Nettuno.

La tesi viene ribadita per altre duecentocinquanta pagine, tutte sullo stesso tono, dove si incontrano i poeti “più delicati”, come Catullo, De Musset, Keats, Novalis, Gozzano, i musicisti più sensitivi, come Chopin, Mozart, Pergolesi, Grieg, Catalani, gli “scrittori più affettivi”, Checov, Murger, la Mansfield, la Barret, i pittori “più sentimentali”, “i santi” più idilliaci, “i filosofi” più umani, fino alla lunga schiera delle attrici “più patetiche”, un elenco di persone che hanno alimentato la loro anima al fuoco della “febbre etica” e la cui vita “non poteva più essere una realtà e diventò un sogno”.

Qualche diagnosi potrebbe essere contestata ma, suggestionati dall'enfasi dell'illustre tisiologo, viene da chiedersi cosa avrebbe composto Beethoven se, insieme al virus dell'epatite, anch'esso secondo qualcuno capace di esaltare la fantasia, si fosse preso il bacillo di Kock.

Qualcuno, nello stesso periodo, ha scritto che Raffaello fece le sue opere più belle dopo essere stato “baciato” dalla grazia della tubercolosi.

Non si concepiva l'arte senza malattia; un giovanotto sano e aitante non poteva essere un vero poeta, non pochi hanno avanzato dubbi sul Nobel al Carducci, esuberante, iperteso, forte mangiatore e bevitore, mai un giorno a letto con la febbre.

Kokoschka non era tisico, a novant'anni dipingeva ancora, ma la potenza espressivista della sua arte toccò le vette più alte nei volti e negli sguardi dei milionari in attesa della morte nel sanatorio di Davos.

Anche la letteratura sui tubercolotici è

ricchissima; degli infartuati sovente si dice solamente che ha fatto una morte “bella”.

ERRATA CORRIGE

Le moltissime lettere, telefonate, email che hanno segnalato l'errore nell'articolo su Eisenhower a pagina 221 del numero precedente, ci hanno fatto molto piacere perché sono una testimonianza di lettura attenta, per cui ringraziamo tutti, in particolare il Professor Mario Domenichini di Urbino, il primo arrivato che simpaticamente ci ricorda il dovere di correggere, cosa che puntualmente facciamo. Purtroppo non siamo in grado di rispondere alla sua seconda curiosità.

La riga tagliata dal refuso tipografico si completava così.....“vinse John Kennedy in venti minuti”, episodio che fece effetto in un'epoca in cui il gossip presidenziale non era ancora di moda e che viene tutt'ora erroneamente ricordato come la prima “sveltina storica”, dimenticando quella ben più importante della camera azzurra del castello di Compiègne, dove Napoleone I accolse Maria Luisa e Luigi XVI Maria Antonietta.

Protagonisti furono la splendida contessa di Castiglione e l'Imperatore Napoleone III; l'incontro era voluto dal Conte di Cavour, Primo Ministro sabauda, che l'aveva ideato per far accogliere il piccolo Piemonte in Europa. Aveva scelto la contessa, sua seconda cugina da parte di padre, perché aveva capito che, oltre all'eccezionale avvenenza, possedeva spregiudicatezza, intelligenza e volon-



La Contessa di Castiglione

tà di affermazione per riuscire nella missione di portare a letto l'Imperatore francese, famoso tombeur nonostante i disturbi prostatici.

Informò il ministro Cibrario: "Vi avverto che ho arruolato nelle fila della diplomazia la bellissima contessa invitandola a sedurre, ove d'uopo, l'Imperatore".

Incoraggiò, senza che ce ne fosse alcun bisogno, la Castiglione: "Ruscirete, cara cugina, con i mezzi che preferite".

La conquista fu di irrisoria facilità; la Castiglione lo capì immediatamente da come l'Imperatore la guardò al suo arrivo, con calcolato ritardo, al ballo alle Tuileries, quando le musiche si zittirono nella generale ammirazione.

Il secondo incontro fu un invito a cena "tête-à-tête" dell'Imperatore; il terzo, nel castello di Compiègne.

La camera azzurra era la preferita dall'Imperatore per le grandi occasioni. Vi arrivò all'una e mezza con un'ora di ritardo, entrando da una piccola porta nascosta da tendaggi di satin celeste, in camicia da notte e babbucce di seta viola. Poco prima la cameriera aveva abbassato le luci. Se la sbrigò in meno di mezz'ora. Non si hanno altri particolari. All'indomani la contessa scrisse con enfasi trionfale a Cavour: "Ho fatto l'Italia!"

Era felice per la riuscita della sua missione e perché l'incontro aveva fatto indispettire l'Imperatrice Eugenia che era stata poco cortese con lei.

Certamente strappò all'Imperatore delle promesse.

Non è mai stata chiarita l'importanza del suo ruolo, ma fu certamente rilevante se Urbano Rattazzi la definì "vulva d'oro del nostro Risorgimento". Lei si considerò un'eroina risorgimentale e il prestigio del Piemonte e dell'Italia in Europa aumentarono subito dopo.

Non si sa altro, perché i diari dove la contessa descriveva dettagliatamente tutti i suoi incontri vennero bruciati dalla polizia segreta sabauda.

L'ARCHIATRA DELL'IMPERO

Prati era affascinato dalla figura di Corvisart, i cui allievi sono stati tante volte testimoni dell'arditezza e della strabiliante sicurezza delle sue diagnosi.

Le sue sentenze, dicevano, erano irrevocabili come quelle del destino. Lui stesso ammetteva di avere ottenuto dalla sua

arte diagnostica le maggiori soddisfazioni della sua vita.

Napoleone I, cultore di aforismi, amava dire: “Non credo nella medicina, ma credo in Corvisart!”

Viene descritto come un uomo di grande delicatezza, amico sicuro e fedele, timido in giovinezza, che amava tirare frecciate piene di ironia, specialmente ai politici.

Quando l’Imperatore sposò Maria Luigia d’Austria, era ossessionato dall’urgenza di dar vita ad una discendenza imperiale, si rivolse a lui pieno di impazienza chiedendogli se un uomo che si avviava verso i cinquant’anni potesse avere figli, Corvisart gli rispose rassicurante: “Certamente”.

“E a sessanta?” chiese Napoleone.



Jean-Nicolas Corvisart

“Qualche volta”, gli rispose; non ancora soddisfatto insistè: “E a settanta?” chiese ancora.

Con palese ironia, alludendo a Maria Luigia, Corvisart gli rispose categorico: “Sempre, specialmente se la consorte è giovane e piacente”.

Corvisart tradusse in francese il libro di Auembrugger sulla percussione e divulgò il metodo dando pieno merito allo scopritore che gli austriaci avevano allontanato dall’ospedale. Suggerendo i programmi ai politici, portò la medicina francese all’avanguardia nel mondo, meritandosi il titolo di “Archiatra dell’Impero”.

All’apice della celebrità conservava l’entusiasmo giovanile, si esaltava per un caso raro e per la scoperta di un nuovo sintomo ed esultava per una diagnosi esatta.

Dopo la caduta dell’impero napoleonico rifiutò gli incarichi propostigli dai Borboni. Alle terme di Vozier udì un uomo tossire nel gabinetto vicino e andò ad attenderlo. “Mi voglia perdonare, gli disse, ma la sua tosse mi preoccupa, temo che Lei sia affetto da iniziale tubercolosi”.

L’uomo, un quarantenne erculeo, gli rispose infastidito che stava benone e se ne andò, lasciando Corvisart assai mortificato. L’anno dopo, appena tornato a Vozier, chiese dell’uomo e gli dissero che era inaspettatamente morto durante l’inverno per tubercolosi polmonare.

Corvisart non seppe nascondere la sua soddisfazione agli stupiti presenti. Probabilmente fu la sua ultima esatta diagnosi: pochi giorni dopo morì per un ictus.

Conoscere e Curare il Cuore 2011

Firenze, Palazzo dei Congressi

4 - 5 - 6 marzo 2011

Coordinamento
Francesco Prati

Segreteria
Alessandra Tussis

VENERDÌ 4 marzo

I SESSIONE

MODERATORI Mario Motolese, *Roma* • Marino Scherillo, *Benevento*

8.00 Registrazione

8.45 Saluto ai partecipanti

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

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

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

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

10.00 Discussione

10.30 Intervallo

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

II SESSIONE

MODERATORI Mario Albertucci, *Roma* • Giancarlo Piovaccari, *Rimini*

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

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

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

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

12.30 Discussione

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

III SESSIONE

MODERATORI David Antonucci, *Firenze* • Piera Angelica Merlini, *Milano*

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

IV SESSIONE

MODERATORI Fulvio Camerini, *Trieste* • Pietro Delise, *Conegliano - TV*

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

SABATO 5 marzo

V SESSIONE

MODERATORI Angelo Branzi, *Bologna* • Maria Grazia Modena, *Modena*

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

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

Fiorenzo Gaita, *Asti*

10.00 Discussione

10.30 Intervallo

11.00 - 11.30 **LETTURA**

Scompenso: cambia l'epidemiologia si evolve la terapia

Luigi Tavazzi, *Cotignola - RA* • Introduzione di Gian Francesco Mureddu, *Roma*

SIMPOSIO

LUCI ED OMBRE NELLA PREVENZIONE DELL'INFARTO

MODERATORI

Raffaele De Caterina, *Chieti* • Attilio Maseri, *Firenze*

11.30 Ci sono nuove acquisizioni sulla genesi dell'infarto?

Filippo Crea, *Roma*

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

Giuseppe Di Pasquale, *Bologna*

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

Claudio Cavallini, *Perugia*

12.15 Il progetto "outliers".

Attilio Maseri, *Firenze*

12.30 Discussione

VI SESSIONE

MODERATORI

Gian Franco Gensini, *Firenze* • Francesco Versaci, *Roma*

15.00 Diagnosi e cura dell'amiloidosi cardiaca.

Claudio Rapezzi, *Bologna*

15.15 Televisione e obesità.

Vito Cagli, *Roma*

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

Giulio Guagliumi, *Bergamo*

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

Eloisa Arbustini, *Pavia*

16.00 Discussione

16.30 Intervallo

VII SESSIONE

MODERATORI

Enrico Agabiti Rosei, *Brescia* • Alessandro Distante, *Pisa*

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

Pietro Delise, *Conegliano - TV*

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

Bruno Trimarco, *Napoli*

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

Cesare Greco, *Roma*

17.45 Perché il diabete ha più aterosclerosi?

Raffaele De Caterina, *Chieti*

18.00 Discussione

DOMENICA 6 marzo

VIII SESSIONE

MODERATORI Francesco Prati, *Roma* • Patrizia Presbitero, *Pavia*

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



SCHEDA DI ISCRIZIONE

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

Cognome Nome.....

Codice Fiscale

Via n.....

CAP..... città prov.....

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

e-mail

Data e luogo di nascita

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

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

Aggiornamenti cardiologici

di Filippo Stazi



Clopidogrel con o senza omeprazolo in pazienti con cardiopatia ischemica: La terapia gastroprotettiva con inibitori di pompa protonici è molto diffusa nei pazienti che sono sottoposti a concomitante duplice terapia antiaggregante con aspirina e clopidogrel anche se mancano evidenze derivanti da studi randomizzati che supportino tale utilizzo. Inoltre è in corso da tempo un'accesa discussione sulla possibile riduzione dell'efficacia del clopidogrel ad opera degli inibitori di pompa. Per tali motivi era estremamente attesa la pubblicazione dei risultati dello studio COGENT in cui 3.761 pazienti in duplice terapia antiaggregante sono stati randomizzati a 20 mg di omeprazolo od a placebo. Dopo un follow up medio di 106 giorni (lo studio è stato interrotto prematuramente per difficoltà di finanziamento), l'end-point primario gastrointestinale (la combinazione di sanguinamenti e di ulcere, erosioni, ostruzioni o perforazioni gastroduodenali sintomatiche) si è verificato nell'1,1% dei pazienti trattati col gastroprotettore contro il 2,9% dei soggetti riceventi il placebo ($p < 0,001$). Anche limitando l'analisi ai soli sanguinamenti manifesti del tratto gastrointestinale superiore, l'effetto dell'omeprazolo è risultato statisticamente significativo determinandone una riduzione rispetto al placebo (1,2% vs 0,2%, $p = 0,001$). L'end-point primario cardiovascolare (la combinazione di morte cardiovascolare, infarto non fatale, rivascolarizzazione o stroke), invece, non ha presentato differenze significative tra i due gruppi (4,9% nel gruppo con omeprazolo e 5,7% nel gruppo placebo, $p = 0,96$). La conclusione degli autori era che l'uso profilattico dell'inibitore di pompa protonica riduce il rischio di sanguinamenti gastroduodenali senza apparenti effetti negativi cardiovascolari. (*New England Journal of Medicine online*, 6 ottobre 2010)

Impianto transcateretere della valvola aortica: Un numero sempre crescente di pazienti con stenosi aortica severa non viene sottoposto alla sostituzione chirurgica della valvola a causa dell'elevato rischio operatorio. In tali pazienti è stato quindi proposto come terapia alternativa l'impianto transcateretere della valvola aortica (TAVI). Sono ora disponibili i risultati del primo studio randomizzato che ha valutato tale metodica. Nel PARTNER Trial 358 soggetti con stenosi aortica non considerati passibili di terapia chirurgica sono stati randomizzati a TAVI o terapia standard (con eventuale valvuloplastica). A distanza di 1 anno l'end-point primario (mortalità totale) si è verificato nel 30,7% dei pazienti trattati con la nuova tecnica contro il 50,7% del gruppo trattato in maniera tradizionale ($p < 0,001$). La TAVI ha ridotto anche l'end-point combinato di mortalità totale e necessità di nuova ospedalizzazione (42,5% vs 71,6%, $p < 0,001$) e la classe NYHA (74,8% vs 42% in classe I/II, $p < 0,001$) in coloro che erano ancora vivi ad 1 anno dall'inclusione nello studio. Ovviamente il rischio a 30 giorni di strokes (5% vs 1,1%, $p = 0,06$) e complicanze vascolari maggiori (16,2% vs 1,1%, $p < 0,001$) è stato significativamente più alto nei soggetti sottoposti all'impianto transcateretere. Tali dati sembrano pertanto confermare l'efficacia dell'impianto transcateretere della valvola aortica nei pazienti non candidabili alla cardiocirurgia tradizionale (*New England Journal of Medicine online*, 22 settembre 2010).

Ivabradina e scompenso cardiaco: *The Lancet* ha recentemente pubblicato i risultati dello studio SHIFT in cui 6.558 pazienti con scompenso cardiaco a funzione sistolica ridotta (frazione d'eiezione $< 35\%$), in ritmo sinusale con una frequenza cardiaca ≥ 70 bpm, con almeno un ricovero per scompenso nell'ultimo anno ed in terapia ottimizzata comprendente anche, se tollerato clinicamente, un beta-bloccante, erano randomizzati ad ivabradina (dose da titolare fino ad un massimo di 7,5 mg due volte al giorno) o placebo. Dopo un follow up medio di circa 2 anni il 24% dei pazienti trattati con ivabradina ed il 29% di quelli ricevuti il placebo raggiungevano l'end-point primario dato dalla combinazione di morte da cause cardiovascolari o ricovero per peggioramento dello scompenso cardiaco. La differenza tra i due gruppi risultava statisticamente significativa ($p < 0,0001$) ed era principalmente determinata dalla riduzione dei ricoveri (16% vs 21%, $p < 0,0001$) e delle morti secondarie allo scompenso (3% vs 5%, $p = 0,014$). Sebbene la bradicardia sintomatica fosse più comune nei soggetti trattati con l'ivabradina (5% vs 1%, $p < 0,0001$) il numero complessivo di effetti collaterali è risultato inferiore nel braccio ricevente l'inibitore selettivo del nodo del seno ($p = 0,025$). I risultati dello studio, come giustamente riportato dagli autori, da un lato sottolineano l'importanza della riduzione della frequenza cardiaca con ivabradina nella gestione dei pazienti con scompenso cardiaco e dall'altro confermano il ruolo che la frequenza cardiaca svolge nella fisiopatologia di tale sindrome. (*The Lancet* 2010; 376: 875-885).

Di condominio si puo' morire

di Franco Fontanini

Si vuole che l'ira, vizio o peccato che sia, volga al tramonto: se così è non è certo merito dell'accresciuta educazione, come sostiene qualche sociologo.

Freud disse che il primo cavernicolo che insultò l'antagonista anziché bastonarlo, è stato l'inventore della civiltà: da allora non si sono fatti grandi progressi.

Il filosofo Clizia ogni volta che sentiva montare la rabbia, prendeva la cetra e andava a suonare finché non gli era passata.

Pietro il Grande buttava dalla finestra chi gli dava torto, poi si dava dello stupido: "Riesco a dominare un popolo e non riesco a controllare la mia rabbia", diceva ogni volta, ma non cambiò.

E' esemplare Haydn che sapeva metabolizzare l'ira. Quando gli dissero che Beethoven l'aveva definito "vecchio parruccone", mandò in frantumi tutto ciò che gli capitava sotto mano, poi si mise a camminare nervosamente nell'appartamento. "Questo ha detto di me, del suo maestro. Ma chi si crede di essere, che cosa ha fatto lui per permettersi di giudicarmi? E' solamente un presuntuoso".

Dopo mezz'ora di marcia cupamente silenziosa, si fermò.

"Qualche sonata, qualche quartetto, nulla d'eccezionale". Andò avanti e indietro taciturno per un altro quarto d'ora. "Alcune sinfonie sono buone, si può dire che nessuno ha scritto niente di simile".

F. J. Haydn



Dopo un altro chilometro di marcia avanti e indietro si fermò e concluse che erano “divine”. Chiamò un allievo che aveva assistito alla scena e lo mandò ad invitare Beethoven a cena.

Oggi non si butta più nessuno dalla finestra, ma l'ira rimane presente e gli psichiatri hanno descritto tutti i livelli, da impazienza a collera, furore, vendetta. Le manifestazioni iniziali sono fisiologiche, indicative di carattere volitivo, insofferente di ostacoli e prevaricazioni, spesso dovute a contrarietà contro le quali si è impotenti, che provocano reazioni isteriche o infantili, dimostrazione dell'assoluta incompatibilità fra irascibilità e razionalità.

L'antidoto ideale sarebbe il *sense of humor* che invece è carente negli irosi.

Il *sense of humor* fu benefico per Michelangelo che doveva subire le continue sfuriate del padre che non voleva saperne di un figlio pittore.

“Che bel modello di padre irato saresti se stessi un po' fermo. Stai così per un quarto d'ora, ti prego!”.

Il padre si mise a ridere alla proposta ma da quel giorno Michelangelo poté disegnare indisturbato.

L'imperatore Claudio, facile all'ira, faceva gettare nel Tevere i giudici che non riscuotevano la sua approvazione. Dopo che un giudice annegò, nessuno accettava più la nomina e l'imperatore dovette farlo d'autorità. “Perché io? Protestò il prescelto, credete che io sappia mentire meglio del mio predecessore?”.

L'imperatore una volta tanto rise e non

buttò più giudici nel Tevere.

La bontà d'animo sarebbe il miglior rimedio all'ira, ma purtroppo si deve temere che scarseggi ancor più del *sense of humor*.

Come peccato l'ira sta perdendo sempre più considerazione, ma fin dall'antichità erano già numerosi i propensi all'indulgenza. Nella filosofia greca il giudizio sull'ira era solamente di riprovazione, se non oltrepassava la giusta misura, situata a metà fra l'iracondia e l'apatia.

In una riflessione aristotelica viene addirittura considerata una componente indispensabile alla virtù, uno stimolo per compiere grandi imprese.

Il marxismo, esaltando il significato etimologico, di origine scandinava, che significa afflizione o dolore, considerava l'ira un mezzo di difesa dall'ingiustizia e dall'oppressione, utile ad eliminare gli ostacoli al bene da parte dei potenti.

Persino Gesù si infuriò con i mercanti nel Tempio, qualcuno affermò che l'ira era un affare di famiglia perché dall'Antico Testamento suo Padre risultava piuttosto irascibile. San Paolo, in una lettera agli Efesini scrisse che l'energia derivante dall'ira può essere utile e non la vietò purchè non resistesse oltre la giornata e “nell'ira nessuno peccasse”.

Omero disse che i più facili all'ira sulla terra erano in egual misura gli uomini e le donne: non era un grande zoologo perché molti animali di ambedue i sessi sono irascibili, mentre può darsi che ai suoi tempi la donna fosse più remissiva o non osasse manifestare la sua tenden-



Acquerello di Achille Pinelli
(particolare), 1800

za alla rabbia. Con l'emancipazione, ha raggiunto la parità e il diritto alla collera. Poiché è più dotata dell'uomo di geni che predispongono alla litigiosità, le donne irose sono più numerose degli uomini.

Di recente nell'università di Harvard è stata individuata la zona responsabile della durata dell'attacco d'ira, situata nella corteccia cerebrale prefrontale. Con la monitorizzazione di coppie è risultato che quanto più è vivace l'attività neuronale della zona, tanto più è lento a recedere l'attacco. La durata dell'iperattività è maggiore nelle mogli e questo confermerebbe la maggiore tendenza femminile all'irosità, almeno nei confronti del consorte, che non è modificata da tranquillanti né da sedativi. L'ira può manifestarsi in qualunque luogo e in qualunque circostanza purché ci siano almeno due persone, come nel caso di Caino e Abele, di Romolo e Remo.

L'habitat prediletto, più degli stadi, del parlamento e delle piazze, sono risultate, secondo una indagine di qualche anno fa, le assemblee condominiali, palestre di violenti scontri, non raramente con caduti sul campo.

"Cuore e Salute" segnalò i pericoli quando venne rilevato che, relativamente al numero dei partecipanti, durante le riunioni veniva registrato il più alto numero di attacchi cardiaci.

L'Associazione Amministratori di Condominio attestò la sua gratitudine con una pregevole targa. L'andamento non è migliorato e non possiamo che ripetere agli ammalati di cuore l'invito a disertare le assemblee condominiali.

L'assenteismo è diffuso fra i nostri parlamentari e ancor più, strano ma vero, fra i Lord del parlamento britannico, niente di male se lo farà anche qualche inquilino delegando, se già non lo fa, la moglie che, grazie ai lobi prefrontali, potrebbe essere anche maggiormente efficace.

Il cuore degli iracondi

di Eligio Piccolo

Dante mette gli uomini che si lasciavano prendere dall'ira nel settimo canto dell'Inferno, immersi nel fango e nel liquame dello Stige a percuotersi "... non pur con mano, ma con la testa e col petto e coi piedi, troncandosi co' denti a brano a brano." Condanna tremenda per dei poveracci che, a dirla con le comprensioni sociologiche attuali, avevano avuto la disgrazia di nascere con un brutto carattere. Sì, certo, si facevano cogliere facilmente da impulsi non certo accomodanti, ma più spesso soffrivano nel cercare di reprimerli. Il sommo poeta, fine osservatore, ne aveva colto anche quest'ultimo aspetto e chiamava "iracondi amari" quei malcapitati che avevano covato dentro di sé la propria rabbia e che ora, dall'immersione in quella palude stigia, facevano ribollire il pantano con i loro tristi pensieri.

La legge del contrappasso, che Dante immagina specifica per ogni tipo di peccato, con pene analoghe o contrarie ai vizi perseguiti in vita, prevedeva per gli iriosi la condanna a infierire contro se stessi, così come avevano fatto in vita contro gli altri; mentre per coloro che avevano covata e repressa la rabbia, gli "iracondi amari" appunto, era prevista l'immersione nella palude a trangugiare e regurgitarne il fango.

È curioso come la medicina moder-



Gli iracondi, di P. G. Doré, 1875
(Divina Commedia, Canto VII)

na, a distanza di tanti secoli bui, sia giunta, se ci possiamo permettere una certa parafrasi, ad analoghe conclusioni. Osservando che il contrappasso gli iracondi lo soffrono già in vita poiché essi non solo hanno un maggior rischio di infarto e di aritmie gravi, ma, se sono già stati colpiti da qualche guaio cardiovascolare, sono ancor più propensi ad averne di ulteriori. Il risultato tuttavia più suggestivo che Johan Denollet dell'Università di Triburgo ci trasmette dalle pagine dell'*American Journal of Cardiology* di giugno 2010 è quello che riguarda i pazienti con l'ira depressa, che potremmo paragonare agli "iracondi amari" di Dante. Essi, più ancora di quelli che sfogano la loro rabbia, rischiano l'infarto miocardico e la morte cardiaca. Quanto poi a spiegare, nelle numerose

ricerche cliniche e di laboratorio, con quali meccanismi l'iracondia, questo brutto approccio caratteriale, riesca a predisporre il nostro muscolo cardiaco, le coronarie e gli altri vasi ad ammalarsi mettendo a repentaglio la vita stessa, non è una questione da poco. Gli esegeti fanno rientrare in questa complessa analisi molti fattori: dalle lesioni endoteliali all'ischemia, dall'aumento degli adrenalinici all'instabilità elettrica, dalla psicosomatica alla personalità tipo D, quella che ci porta a reprimere la rabbia, ed altri ancora. Accontentiamoci per il momento di accettare il messaggio che ci viene dalle ricerche epidemiologiche: l'ira fa male al cuore, a soffocarla si fa peggio, e l'unico rimedio per evitare lo Stige da vivi e da morti sembra essere quello di cambiare la filosofia esistenziale.

Hanno inviato contributi per la ricerca cardiologica

- *in ricordo del loro fondatore Dr. Vito Jacona di Cesano Boscone (MI): l'Associazione "Amici Veri"*
- *in ricordo di Marco Pigozzo di Padova: i parenti, gli amici, i conoscenti*



Foto di Stefano Di Carlo

Un'ipertesa immaginaria

di Eligio Piccolo

La signora Anna entrò nello studio dello specialista accompagnata dalla figlia che, prima ancora di sedersi di là del tavolo, si adoperò per spiegare al cardiologo i disturbi dall'anziana madre. "Vede, dottore, lei è molto preoccupata, ansiosa, ha la pressione alta, più spesso al mattino, ma anche la sera, si sveglia la notte con mal di testa e la pressione è ancora alta, e nonostante le pastiglie..." Il medico le fece un cenno, quasi autoritario, di lasciarlo fare. Egli non gradiva questo tipo di interferenze, si sentiva come spiazzato nel suo ordine procedurale, e soprattutto in questi casi gli veniva difficile di capire quanto l'interferenza dei familiari fosse frutto di un vero allarme disinteressato oppure di un benevolo tentativo di orientare la diagnosi. L'aveva lasciata parlare anche perché si era un po' distratto sulla sua figura slanciata e piacente, con quell'aria piuttosto disinibita. Ebbe perfino il tempo di pensare che quel tipo di donne, ai tempi in cui poteva permettersi certe fantasie, lo avevano spesso attratto, ma anche procurato poi qualche grattacapo.

Il lido di Venezia



Rimessosi nel suo ruolo, impostò il computer e cercò di non lasciarsi sviare concentrando l'attenzione sulle risposte della paziente alle sue domande, sui precedenti personali e familiari, sui disturbi e da quanto tempo la pressione si era alzata. Aveva peraltro osservato che, in contrasto con l'atteggiamento protettivo della figlia, la signora portava ancora bene i suoi 73 anni e non aveva quella mimica di rassegnazione o di rimpianto che spesso egli aveva notato sul volto delle signore nell'età in cui perdono il marito. Vestiva con cura, senza ricercatezze, ma soprattutto sembrava sicura di sé e piuttosto contrariata da quella specie di tutela della figlia, a volte quasi aggressiva. Non passò molto tempo durante la raccolta dell'anamnesi che il cardiologo non rilevasse un passaggio, qualcosa che gli consentì di mettere a fuoco quella storia di per sé piuttosto confusa e anche, per così dire, irrazionale. Fu quando la signora Anna disse nel suo dialetto veneto: "Mi stavo cussì ben

al Lido. Qua a Mestre no me trovo proprio. Tuta sta confusiòn, le machine, no conoso nisùn, i negozi pieni de tanta zente, no, no, me par de esser in un altro mondo".

"Ma mama, cosa ti disi", intervenne subito la figlia, "vede, dottore, non potevamo lasciarla sola". "Va ben, lasemo perder", troncò subito la madre, la quale spiegò come dopo la morte del marito fosse rimasta sola e benché tanti altri amici e conoscenti non ci fossero più lei aveva la sua casa, dalla finestra vedeva la laguna, le piante; il fornaio e il "casoin" (pizzicagnolo) conoscevano le sue abitudini. I figli però l'avevano convinta che viver sola era pericoloso, al Lido. "Ma mama, i me disevo, ti xe fora dal mondo e guai un mal de note ti devi andar al Civil (l'Ospedale di Venezia) col motoscafo". Alla fine cedette, ma il trasferimento a Mestre le aveva scombinato la vita, e anche la pressione. Prima ce l'aveva normale e solo saltuariamente, come quando andava in montagna, aumentava un poco. Il suo nuovo medico le aveva prescritto un ACE-inibitore, "come acqua fresca" disse, "poi un diuretico, ma la massima restava sempre sopra i 170 e la minima sopra i cento".

Lo specialista a quel punto volle vedere gli esami che, tranne un po' di colesterolo, non indicavano altri problemi. La visita confermò solo l'ipertensione che, verosimilmente, pensò, non poteva essere

molto datata poiché l'elettrocardiogramma era normale e non aveva quei segni che si trovano in chi ha il cuore impegnato da un certo tempo. In attesa di altri esami e di come avrebbe risposto con nuovi farmaci, egli espresse, più a se stesso che alla paziente, le sue considerazioni su una importante componente psicologica, che tutto sarebbe rientrato con una più attenta terapia e che fortunatamente non c'erano complicazioni a carico del cuore o di altri organi, sui quali la pressione alla lunga può lasciare il segno.

Nei mesi seguenti, dopo varie telefonate della figlia che annunciavano la persistenza degli stessi valori alti anche dopo vari aggiustamenti terapeutici, si concordò un nuovo controllo, che fu la fotocopia del primo. Questa sconfitta terapeutica da un lato lasciò il cardiologo, come dicono i francesi, *dèsolè*, ma dall'altro gli consentì di sperare che fosse azzeccata quell'ipotesi, per lui più seducente, di un'ipertensione psicologica, ossia dovuta al cambiamento di vita della paziente. Ripensando a questa suggestione che gli veniva dalla lunga esperienza con malati della terraferma e della laguna veneziana egli si era fatta l'idea che gli abitanti delle isole vivessero in un mondo d'altri tempi, a dimensione certamente più umana ma anche meno aperta ad affrontare il cambiamento. Il loro trasferimento, quando non era determinato da nuove prospettive giovanili, poteva effettivamente risultare traumatizzante.

Fu così che, entrando nella confidenza

familiare, il cardiologo si decise di proporre un "esperimento", riportare la signora per qualche mese al Lido, dove aveva ancora la sua casa, e senza farle mancare le dovute attenzioni, si capisce, vedere se quello stato di tensione migliorava. Funzionò: la pressione non solo discese ma si poterono perfino ridurre i farmaci.

Un fatto come questo non avrebbe certamente sorpreso i medici dell'antichità che consideravano l'attività della psiche intimamente connessa a quella degli altri organi e non come oggi una specialità a parte. Fu con questa riflessione che al medico sovvenne il pensiero del grande William Harvey, lo scopritore della circolazione del sangue, vissuto a cavallo tra la medicina empirica e quella scientifica, il quale scrisse: "Ogni stato della mente vissuto con dolore o piacere, con speranza o paura, è causa di un'agitazione la cui influenza si estende al cuore", e alla pressione, avrebbe potuto dire oggi.

Diagnosi o prevenzione?

Un medico 45enne, fumatore, stressato, con familiarità di ipertensione labile mai curata decide di fare una tac al polmone, convinto che la sola radiografia non sia in grado di rilevare iniziali neoplasie.

Dopo la tac negativa, dice al collega “...già che ci sei, controllami le coronarie!”

Il collega obbedisce e sospetta malattia sull'arteria discendente anteriore, come è noto la più importante ai fini prognostici, dice.

Il medico nell'apprenderlo va in stato confusionale, che fare? Smette di fumare, poi comincia una terapia antiaggregante, antipertensiva, anticolesterolemica, si considera un grave coronaropatico, già pensa a quale sia lo stent migliore da impiantare, insomma non lo dà a vedere ma va in tilt, si consulta con amici e colleghi che lo definiscono completamente asintomatico. Viene ancora eseguito un eco-stress (negativo), con una contrattilità del ventricolo perfetta, si evidenziano solo i segni di una iniziale ipertrofia, ben evidente durante gli stress con punte che superano i 200/120.

Il rischio coronarografia è scongiurato, il paziente comincia una regolare terapia antipertensiva, continua con le statine e l'antiaggregante, si sforza di cambiare regime di vita ed

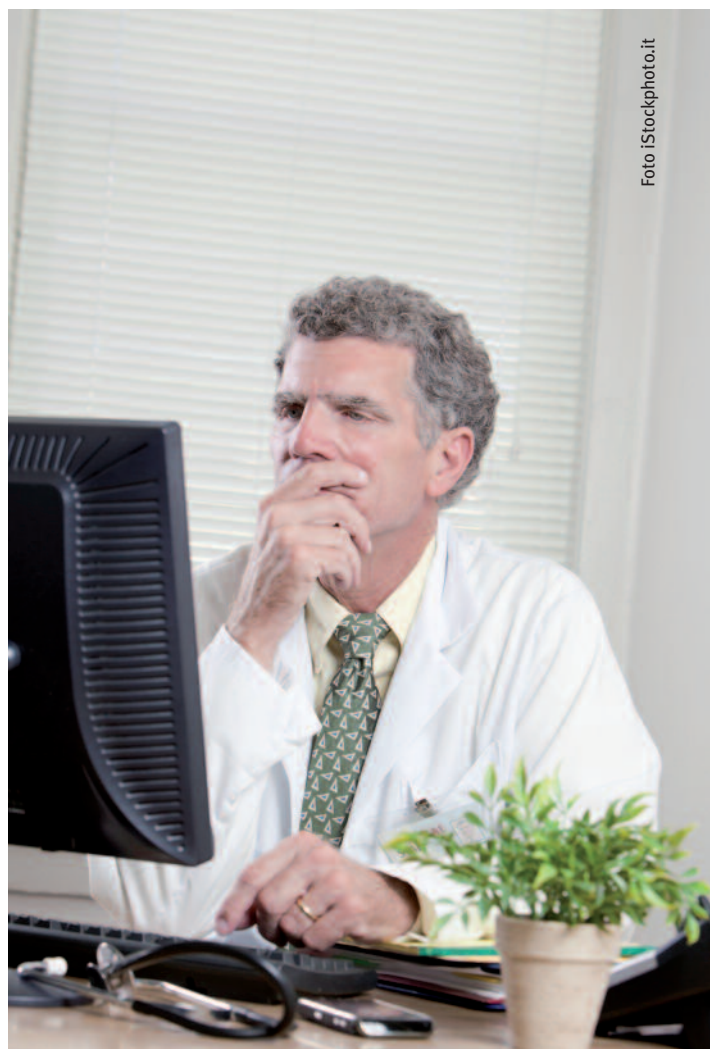


Foto iStockphoto.it

alimentare, lo stress lavorativo si riduce, il nervosismo da ex fumatore cresce in modo esponenziale con “l’astinenza” da sigaretta.

Viene spontaneo chiedersi:

- 1) Se non avesse mai ficcato il naso fra le sue coronarie, quella placca visualizzata sarebbe stata da qui a poco causa di trombosi?
- 2) Se avesse effettuato solo un check-up cardiologico, visto l’esito negativo dell’esame da sforzo avrebbe mai cominciato una terapia con statine ed antiaggreganti, e soprattutto avrebbe mai avuto la volontà di smettere di fumare?

- 3) Nelle persone con test funzionali negativi, ma fattori di rischio positivi, vale la pena “buttare un occhio nelle coronarie?”

L’unica considerazione che mi viene spontanea, anche se banale, e’ che quando i medici suggeriscono un corretto regime alimentare, un minimo di attività fisica e l’abolizione del fumo, lo fanno perchè convinti che non necessariamente ad un benessere fisico corrisponde un benessere delle arterie!

Forse la politica del buon senso a basso costo ha una valenza maggiore di qualsiasi sofisticato esame diagnostico.

Cardiomiopatia aritmogena: anche di sinistra?

La scuola padovana ha descritto da oltre 25 anni una strana malattia familiare che colpisce solo il muscolo del ventricolo destro distruggendolo progressivamente, il che non sarebbe così grave se non si accompagnasse ad aritmie ventricolari pericolose per la vita. Si chiama cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro (ARVD è la sigla internazionale) e colpisce ceppi famigliari del Veneto, ma è stata segnalata anche in molte altre parti d’Italia e del mondo. Purtroppo non ci sono cure risolutive ma solo di prevenzione delle aritmie. Oggi in *Circulation* (dicembre 2009) ricercatori dell’University College di Londra e dell’Università La Sapienza di Roma riportano il caso di un cinquantenne con familiarità per ARVD, mentre lui stesso sembra essere affetto da una forma analoga, però originaria dal ventricolo sinistro. Il futuro ci riserverà probabilmente nuove segnalazioni, nel qual caso concluderemo che nel cuore destra e sinistra non sono così incommensurabili.



E. P.

Statine, di tutto di più!

di Filippo Stazi

Nell'antica civiltà contadina si era soliti dire che “del maiale non si butta niente” intendendo in tal modo sottolineare l'estrema versatilità di utilizzo delle diverse parti di questo prezioso animale. Recenti evidenze della letteratura scientifica sembrano rendere ipotizzabile un parallelismo tra le statine ed il nobile suino. Le statine, infatti, farmaci ipocolesterolemizzanti che hanno ampiamente mostrato la capacità di ridurre morbilità e mortalità da cardiopatia ischemica sia in prevenzione primaria che secondaria sia negli ipercolesterolemici che nei soggetti con colesterolemia nella norma, sembrano avviate a rivestire, con meccanismi non ancora completamente compresi, un ruolo di primo piano anche nella terapia di altre patologie quali quelle neurologiche e tumorali.



In ambito neurologico vi sono infatti iniziali evidenze a supporto della sicurezza e dell'efficacia dell'utilizzo delle statine nella terapia non solamente dell'ictus ma anche di vari altri disturbi neurologici come la malattia di Alzheimer, il morbo di Parkinson, la sclerosi multipla ed alcuni tumori cerebrali primitivi.

In campo oncologico ad un precedente studio caso-controllo pubblicato nel 2005 in cui l'uso delle statine era associato ad una riduzione relativa del 47% del rischio di neoplasie del colon e del retto si affiancano i dati recentemente

pubblicati dalla Duke University relativi a 1.319 uomini sottoposti a prostatectomia radicale per tumore della prostata.

Il 18% dei pazienti di questa casistica assumeva statine al momento dell'intervento chirurgico e l'utilizzo di tali farmaci ha comportato una riduzione del 30% del rischio di recidiva biochimica della neoplasia.

In conclusione, quindi, se tali dati dovessero trovare ulteriore conferma potrebbe essere a ragione associato alle statine il celebre slogan della nostra televisione di stato: statine, di tutto di più!!

Ad integrazione di quanto detto segnaliamo ora i risultati di uno studio israeliano pubblicato nello scorso mese di settembre sulla rivista PLoS Medicine che sembrerebbe aprire un'ulteriore campo di azione per questi farmaci. Infatti valutando, sia pure retrospettivamente, più di 200.000 soggetti gli autori hanno evidenziato una significativa associazione tra la terapia con statine e la riduzione del rischio di comparsa di artrite reumatoide. Come si è soliti dire, ulteriori studi dovranno comunque confermare tali risultati!

Il fumo in declino

I vizi (ma anche le virtù) attraversano spesso l'Atlantico, nei due sensi: fumo, droghe, cattiva alimentazione, obesità. Il tabacco ci è arrivato con i Conquistadores, ma poi sono giunte anche le sigarette, sempre più raffinate e invitanti, specie quelle bionde e profumate portate dai liberatori dell'ultima grande guerra. Allora non si sapeva che facessero così male, ma poi gli stessi anglosassoni a partire dagli anni '60 ce ne hanno dato la prova. Tremenda: milioni di malati di cuore e di asma, milioni di cancro polmonari e della gola, milioni di invalidi, miliardi di dollari, sterline, lire, euro a carico delle Sanità dei vari paesi. Allarme! Tutti impegnati, i medici in prima linea, a informare e a rieducare le popolazioni: grande diffidenza iniziale, poi la paura, i molti metodi e tentativi per smettere, i malati e gli anziani ci riescono, i giovani no, non ci pensano. Finalmente arrivano le leggi: non si fuma dove ci sono gli altri, praticamente solo all'aperto o, come da ragazzi, in gabinetto.

E arrivano anche i risultati, promettenti. Non conosco ancora quelli del nostro paese, ma i "Centers of Disease Control and Prevention" degli USA (NEJM, agosto 2010) ci informano che dal 1955 al 2008 la percentuale dei fumatori è calata dal 43% al 20%, si è quindi più che dimezzata. Significativo il fatto che solo l'1% dei medici continua a fumare contro il 30% dei colletti blu. Incoraggiante poi un altro dato: in California nel 1990 il 18% fumava più di 25 sigarette al giorno e il 45% meno di 15; nel 2005 queste percentuali sono passate al 7% e al 67% rispettivamente. Infine, coloro che seguono le proiezioni statistiche hanno calcolato che nel 2020 la percentuale dei fumatori scenderà al 16.7% e nel 2050 al 13.5%.

Le ragioni di questo fortunoso declino sembrano, anche secondo i commentatori americani, dovute non tanto alle campagne di dissuasione e alle scritte terrificanti sui pacchetti di sigarette quanto alle leggi che hanno, da un lato, reso scomodo e guardato a vista l'accendersi di una sigaretta e, dall'altro, la riacquistata libertà di non subire il fumo degli altri, specie dopo le verifiche sui danni del fumo passivo.

Eligio Piccolo



Tre ore al giorno di jogging fanno benissimo, specialmente se a praticarle è un rompiballe.

> **F. Fontanini**

Non è necessario capire sempre, ma in tal caso uno dovrebbe mostrarsi appropriatamente perplesso e pensieroso.

> **M. Missale**

Ha una faccia di moda, meglio lasciarlo perdere.

> **L. Longanesi**

Ha l'espressione di una donna in perenne attesa di un orgasmo che non arriva.

> **F. Fontanini**

Non abbiamo diritto di lamentarci della vita, non costringe nessuno.

> **L. A. Seneca**

Neppure i migliori amici possono andare l'uno al funerale dell'altro.

> **F. Fontanini**

Condanniamo negli altri soprattutto i difetti dai quali non traiamo alcun profitto.

> **A. Dumas padre**

Se gli uomini diventassero improvvisamente virtuosi, migliaia di persone morirebbero di fame.

> **G.C. Lichtenberg**

La grande maggioranza delle persone morirebbe piuttosto che pensare e riflettere. E lo fa veramente.

> **B. Russel**

aforismi

Divorziare da un uomo solo perché non l'ami è altrettanto sciocco che sposarlo solo perché l'ami.

> **Zsa Zsa Gabor**

Non bisogna mai improvvisare l'improvvisazione.

> **F. Fontanini**

Qualunque cosa ti succeda, sarà già successa a chiunque tu la racconti.

> **A. Block**

Errare è umano, dare la colpa ad un altro ancor di più.

> **A. Block**

Seconda lettera di San Paolo ai Corinti. "Perché non avete risposto alla prima?"

> **F. Fontanini**

Bisogna cambiare spesso opinione per essere d'accordo con un partito.

> **J.F.P. da Gondi**

Che siamo fatti gli uni per gli altri, lo dicono gli altri.

> **Pitigrilli**

Come mai non mi hai mai detto che stavi avendo un orgasmo? Perché tu non ci sei mai quando succede.

> **B. Midler**

L'avaro autentico lo è anche per conto terzi.

> **A. Morandotti**

I costumi cambiano, il malcostume resiste.

> **Detto popolare**

CENTRO PER LA LOTTA CONTRO L'INFARTO-FONDAZIONE ONLUS

BILANCIO AL 31/12/2009

STATO PATRIMONIALE

ATTIVO	31.12.2009	31.12.2008
A) Cred.v/soci per vers.ti anc.dovuti	0,00	0,00
B) Immobilizzazioni		
I. Immateriali (al netto di ammort.ti)	255,00	255,00
II. Materiali (al netto di ammor.ti)	306.129,00	221.756,00
III. Finanziarie	137.144,00	189.010,00
TOTALE IMMOBILIZZAZIONI	443.528,00	411.021,00
C) Attivo Circolante		
I. Rimanenze	0,00	0,00
II. Crediti	530.286,00	562.994,00
III. Att.finanz.che non cost.immob.	715.002,00	927.532,00
IV. Disponibilita' liquide	1.350.673,00	355.095,00
TOTALE ATTIVO CIRCOLANTE	2.595.961,00	1.845.621,00
D) Ratei e Risconti	0,00	10.389,00
TOTALE ATTIVO	3.039.489,00	2.267.031,00

STATO PATRIMONIALE

PASSIVO	31.12.2009	31.12.2008
A) Patrimonio netto		
I. Fondo di dotazione dell'ente	516.457,00	516.457,00
II. Patrimonio vincolato	0,00	0,00
III. Patrimonio libero	0,00	0,00
IV. Utili (perdite) portati a nuovo	1.646.394,00	1.630.917,00
V. Utile (perdite) dell'esercizio	701.035,00	15.477,00
TOTALE	2.863.886,00	2.162.851,00
B) Fondi per rischi e oneri	0,00	0,00
C) Trattamento fine rapporto	3.169,00	1.412,00
D) Debiti	172.434,00	102.768,00
TOTALE	175.603,00	104.180,00
E) Ratei e risconti	0,00	0,00
TOTALE PASSIVO	3.039.489,00	2.267.031,00

CONTO ECONOMICO

31.12.2009

31.12.2008

A) Valore della produzione

1) Quote associative	425.531,00	424.457,00
2) Contributi e liberalità	672.200,00	7.100,00
3) Contributi 5 per Mille 2007	92.288,00	0,00

TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE

1.190.019,00 431.557,00

B) Costi della produzione

4) Per servizi	335.672,00	387.489,00
5) Per godimento di beni di terzi	26.765,00	26.015,00
6) Per il personale		
a) Salari e stipendi	24.987,00	18.349,00
b) Oneri sociali	7.538,00	5.645,00
c) Trattamento di fine rapporto	1.757,00	1.221,00

34.282,00 25.215,00

7) Ammortamenti e svalutazioni

a) Amm.to delle immob.ni imm.li	0,00	9.890,00
b) Amm.to delle immob.ni mat.li	81,00	81,00
	81,00	9.971,00

8) Accantonamento per rischi

0,00 0,00

9) Altri accantonamenti

0,00 0,00

10) Oneri diversi di gestione

5.892,00 6.434,00

TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE

402.692,00 455.124,00

DIFFERENZA TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)

787.327,00 (23.567,00)

C) Proventi e oneri finanziari

11) Altri proventi finanziari:

a) da crediti iscritti nelle immob.ni

- altri 0,00 0,00

b) da titoli iscritti nelle immob.ni

0,00 0,00

c) da titoli iscritti nell'attivo circolante

16.784,00 32.905,00

d) proventi diversi dai precedenti

0,00 0,00

- altri 3.783,00 18.123,00

20.567,00 51.028,00

12) Altri oneri finanziari

a) da titoli iscritti nelle immob.ni

0,00 0,00

b) da titoli iscritti nell'attivo circolante

15.725,00 4.010,00

c) oneri diversi dai precedenti

0,00 0,00

- altri 1.768,00 697,00

17.493,00 4.707,00

TOTALE PROVENTI E ONERI FINANZIARI

3.074,00 46.321,00

D) Rettifiche di valore di attività finanziarie

81.866,00 0,00

TOTALE DI RETTIFICHE DI VALORE DI ATT. FINANZ.

81.866,00 0,00

CONTO ECONOMICO

31.12.2009

31.12.2008

E) Proventi e oneri straordinari

13) Proventi:

- plusvalenze da alienazioni	0,00	0,00
- varie	93,00	0,00
	93,00	0,00

14) Oneri:

- minusvalenze da alienazioni	0,00	0,00
- varie	622,00	0,00
	622,00	0,00

TOTALE DELLE PARTITE STRAORDINARIE
(529,00)
0,00
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)
708.006,00
22.754,00

15) Imposte sul reddito dell'esercizio

Correnti:

- Irap	6.971,00	7.277,00
Anticipate	0,00	0,00

16) Utile (Perdita) dell'esercizio

701.035,00





15.477,00

**RIEPILOGO ATTIVITA' SVOLTA NELL'ANNO 2009 DALLA SOCIETÀ DI SERVIZI CENTRO PER LA LOTTA CONTRO L'INFARTO SRL
PARTECIPATA DALLA FONDAZIONE**

Ricavi per congresso	973.285,00
Atri ricavi	25.091,00
TOTALE RICAVI	998.376,00
TOTALE COSTI	1.026.866,00
RISULTATO	-28.490,00

Sostenete e diffondete Cuore e Salute

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

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



MODULO PER ISCRIVERSI ALLA FONDAZIONE O PER ISCRIVERE UN AMICO

DESIDERO: ISCRIVERMI RINNOVARE L'ISCRIZIONE ISCRIVERE UN AMICO AL

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

IN QUALITÀ DI *ADERENTE* IN QUALITÀ DI *MEDICO*

COGNOME NOME

CODICE FISCALE

VIA CAP CITTÀ

PROV. NATO A IL

E-MAIL CELL

(*) nominativo di chi offre l'abbonamento

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

VERSAMENTO SUL C/C POSTALE N. 64284003

BONIFICO BANCARIO IBAN IT 56 Y 01005 03213 000000012506
c/o BANCA NAZIONALE DEL LAVORO AG. 13 - V.LE BRUNO BUOZZI 54, ROMA

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

CARTA DI CREDITO CIRCUITO VISA: N. CARTA SCAD

NOME E COGNOME DEL TITOLARE DELLA CARTA.

AI NOSTRI LETTORI

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

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

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



 Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Il Centro per la Lotta contro l'Infarto promuove e diffonde nel nostro paese l'educazione sanitaria, la ricerca e la cultura scientifica al fine della prevenzione delle malattie del cuore. Dal 1962 è un punto di riferimento per la popolazione, per i medici, per la comunità scientifica.

Capire per prevenire

Home
Chi siamo
La voce
Testimonianze
Contatti
Link
CLi su YouTube
CERCA NEL SITO

Newsletter Ottobre 2010
dal Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

L'ESERCIZIO FISICO: PICCOLO GLOSSARIO SEMPLIFICATO. II PARTE

Benefici di un regolare esercizio aerobico

- consente di bruciare calorie;
- migliora la resistenza allo sforzo;
- riduce il rischio di malattie croniche come il diabete e le malattie cardiovascolari;
- riduce moderatamente i valori di pressione arteriosa;
- riduce il rischio di tumore del colon;
- migliora la densità dell'osso (particolarmente il calcitrineo);
- allevia i sintomi della depressione;
- riduce la percentuale di grasso corporeo;
- aumenta il colesterolo HDL (quello "buono");
- riduce il livello dei trigliceridi;
- facilita il controllo del peso;
- migliora la tolleranza al glucosio e riduce l'insulino-resistenza.

MA QUANTO ESERCIZIO FISICO SI DEVE FARE PER OTTENERE QUESTI BENEFICI?

Non bisogna fare chissà quanto perché si traggano benefici sulla salute e generalizzare nelle indicazioni è sempre complicato, ma citiamo due fonti americane (sì, gli americani da un lato così obesi e dall'altro così bravi nello sport): le raccomandazioni della Surgeon General (www.sfgov.gov/health/physical-activity) e quelle dell'American College of Sports Medicine (ACSM) (www.acsm-science.org/10037-combination-journal/).

Le prime (SG) raccomandano **30 minuti o più di attività fisica "cumulativa"** di moderata intensità (ricordate la semplice sensazione di essere solo lievemente affaticati nella respirazione e con una frequenza cardiaca di poco aumentata così da poter mantenere l'attività a lungo?) per cinque giorni a settimana. Cosa si intende per "cumulativa"? Si intende che l'attività può essere svolta anche in intervalli di 10-15 minuti ciascuno nel corso della giornata, raccomandazione molto utile per persone molto impegnate.

Le seconde (ACSM) invece, raccomandano **20-60 minuti di attività fisica continua, da tre a cinque volte a settimana**, al 60%-80% della frequenza cardiaca massima e due o tre giorni di allenamento di resistenza. Allenamento decisamente più sportivo!

MA QUELLO CHE CONTA È INIZIARE

Il consiglio è di scegliere un'attività che realisticamente si potrà essere in grado di mantenere, non che fin dall'inizio debba essere necessariamente divertente, ma che si abbia un po' la voglia di portare avanti. Non attività in una palestra, magari bellissima, ma distante da casa o dal luogo di lavoro. La prima regola da seguire è, per dirla in inglese, "five minutes out, five minutes back": **per iniziare basta uscire e camminare con intensità moderata 10 minuti in tutto**, cinque ad andare e cinque a tornare. Questo è tutto, iniziare con poco e continuare!

LA SICUREZZA

Sebbene i rischi legati ad una vita sedentaria superino di gran lunga il rischio

DONA ORA
iscriviti alla newsletter
SOSTIENI IL CLi
Distribuisci il CLi con il tuo SKY1000
Spiega Sottolinea

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



Capire per prevenire

Speciale Natale 2010

*Scegliere il CLI è un segno di responsabilità e solidarietà,
un'opportunità per contribuire a sostenere la ricerca
e la prevenzione cardiologica*

Per Natale, scegli un regalo di CUORE



E-Card

Biglietto di auguri

Iscrivi un amico al CLI

**Libri del CLI: "Lettere a Prati"
e altre pubblicazioni**

Centro per la Lotta contro
l'Infarto - Fondazione Onlus

Viale Bruno Buozzi, 60 - 00197 Roma Tel. 063218205 fax: 063221068
Email: info@centrolottainfarto.it - www.centrolottainfarto.it