

CUORE & Salute



Il divorzio fa male

ANNO XXIX

N. 10-11-12 OTTOBRE-NOVEMBRE-DICEMBRE 2011

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

Una pubblicazione del:



Centro per la Lotta contro
l'Infarto - Fondazione Onlus

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



 Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Capire per prevenire

 *Newsletter* *Novembre 2011*
del Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

 di Antonella Labellarte

PSICOLOGIA DELL'ATTACCO DI CUORE
DI IVAN BATTISTA



159 dopo Cristo. Nelle sue "Notte attiche", Aulo Gellio scrive che dalla punta dell'anulare sinistro parte un nervo che, attraverso il braccio sinistro, arriva fino al cuore. È per questo che l'anello di fidanzamento o di matrimonio, nella nostra cultura latina, si porta all'anulare sinistro. Il cuore era considerato, allora, il centro dell'emoività e del sentimento.

FORSE NON TUTTI SANNO CHE...
LE PATATINE FRITTE [VAI](#)

PARLIAMO DI FA: LA FIBRILLAZIONE ATRIALE [VAI](#)

LA GINNASTICA DEL MESE [GUARDA](#)

CALCOLO CALORIE 

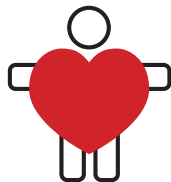
IL VIDEO DEL MESE 

CALCOLA IL TUO RISCHIO CARDIOVASCOLARE 

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

Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus - Viale Bruno Buozzi, 60 - 00197 Roma
Tel 063230178 Fax 063221068 - email: info@centrolottainfarto.it
Se non desideri più ricevere le nostre newsletter CLICCA QUI

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.

www.centrolottainfarto.it
cuoreesalute@centrolottainfarto.it

Direttore Responsabile
Franco Fontanini

Vice Direttori
Eligio Piccolo
Francesco Prati

Capo Redattore
Filippo Stazi

Coordinamento Editoriale
Marina Andreani

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

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

Progetto grafico e impaginazione
Valentina Girola

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

Cuore e Salute

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

Anno XXIX
n. 10-11-12 Ottobre-Novembre-Dicembre 2011
*Poste Italiane SpA - Spedizione
in abbonamento postale - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art 1, comma 1, C/RM/113/2004
Pubblicazione registrata al Tribunale
di Roma il 3 giugno 1983 n. 199*

Associata Unione Stampa Periodica Italiana



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

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

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

Il divorzio fa male Filippo Stazi 260

La stella di Natale Eligio Piccolo 263

**Quali farmaci antiipertensivi assicurano una migliore
aderenza alla terapia?** Vito Cagli 265

La mandorla delle emozioni Eligio Piccolo 267

Dal Congresso Conoscere e Curare il Cuore 2011
**La fibrillazione ventricolare, incubo e sfida
nella società moderna** Gaetano Thiene e Cristina Basso 270

**Ipertensione arteriosa: esistono nuovi valori
pressori target?** Intervista di Filippo Stazi a Massimo Volpe 275

Qualche secondo di buon umore 279

... Mal comune mezzo gaudio Raimondo Grossi 280

**San Menna, il cuore che non batte. Il dopo terremoto
raccontato da chi c'era** (seconda parte) Alfredo Giordano 284

La ricerca del CLI 288

La palla di Tiche
Guareschi, con trecento parole scritte quaranta libri 290

Franco Fontanini

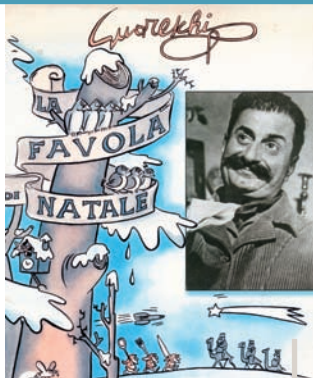
**Un chirurgo di "cuore" Werner Forssman
e il primo cateterismo cardiaco** Massimo Pandolfi 294

Food for thoughts
Quando i medici diventano pazienti 296

da **The New York Times** a cura di Mario Albertucci

Lettere a Cuore e Salute 299
- *Depressione, disfunzione erettile, cuore e terapia antidepressiva, Filippo Stazi*
- *Circolazione delle gambe, Eligio Piccolo*

• **Fumare come un turco o come un cinese?** [Eligio Piccolo] 301



p. 290



p. 294

Conoscere e Curare il Cuore 2012 302

Quaderno a Quadretti 306

News

Aggiornamenti cardiologici Filippo Stazi 309

**Il tromboelastogramma:
un vecchio test sempre giovane** Marco Marietta 311

Recensioni

**Il Decimo Cerchio.
Appunti per una storia della disabilità.** 313
Mario Motolese

Aforismi 315

Bilancio 317



p. 299



p. 306

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

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

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

Il divorzio fa male

di Filippo Stazi

Erano le 23 di sera. Di una sera che non era come tutte le altre. A dire il vero era da un po' che le sere di Marco erano piene solo di amarezza e solitudine. Ma quella sera era comunque particolare: era la sera del 24 dicembre, la sera di Natale. Abbandonato su quella poltrona isolata in mezzo al piccolo salotto di casa sua come su una barca in mezzo al mare, illuminato a cadenza regolare dalle luci del piccolo albero che stava sopra ad un tavolino, Marco stava perdendo la sua personale battaglia contro i ricordi. Mentre teneva in mano un bicchiere di cognac, o forse era il secondo od il terzo, non era in grado di saperlo con certezza, la mente ritornava a quel Natale in cui aveva fatto il suo ingresso ufficiale nella famiglia di Milena. Era stato teso per tutta la serata fino a quando, al momento del brindisi, aveva dato a tutti l'annuncio del loro matrimonio e giù applausi e brindisi. Oppure ripensava a quando era bambino ed aspettava con gioiosa paura l'arrivo di Babbo Natale e, con lui, dei tanto attesi regali. Si sentiva ancora giovane, non gli sembrava che fossero passati molti anni da quei momenti, soprattutto dal tempo dei Natali con Milena eppure tutto era ormai diverso, molto diverso. Ed adesso il Natale era solo un male inevitabile, un giorno da superare e dimenticare il più in fretta possibile.

Immerso nella sua tristezza lo sentì arrivare. Cominciò proprio dietro lo sterno e poi si diffuse al collo, alla mandibola ed a tutte e due le braccia. La fronte diventò immediatamente madida di sudore, di un sudore gelido. Non era la prima volta che succedeva. Dopo il divorzio da Milena e superata la prima fase di euforia da separazione la sua vita aveva cominciato ad essere irregolare. Meno verdura e più alcool, aveva anche ripreso a fumare, prima una, poi due sigarette ed adesso viaggiava sul pacchetto al

giorno. Piano piano, senza neanche che se ne accorgesse, era ingrassato, almeno 10 chili. Non ricordava nemmeno più quante volte aveva deciso di mettersi a dieta, di smettere di fumare, di ricominciare a correre ma ogni volta era successo qualcosa, più o meno importante che lo aveva convinto a rimandare, a rinunciare.

Qualche settimana prima, tornando a casa, aveva trovato la sgradevole sorpresa dell'ascensore fuori servizio. Dopo due o tre doverose imprecazioni aveva attaccato con vigore i tre piani di scale che lo separavano dal suo appartamento. Dopo un piano scarso si sorprese di quanto fosse affannato e dopo un'altra rampa aveva sentito per la prima volta quel dolore, o meglio un bruciore o forse un peso. Non era in grado di definirlo bene e non sapeva neanche dire con esattezza quanto tempo fosse durato. Comunque sia si era fermato ed aveva atteso che il dolore passasse. Poi aveva ripreso a salire le scale con la lentezza di un bradipo, era entrato in casa, si era spogliato e si era gettato sul letto, felice dello scampato pericolo. Nei giorni successivi era andata bene, non aveva avvertito più niente e si era pressoché dimenticato di quell'episodio fino ad una mattina, forse un po' più fredda del solito, di dieci giorni dopo quando, poco dopo essere uscito dal portone, il dolore era tornato e lo aveva nuovamente costretto a fermarsi. Per l'imbarazzo aveva finto di guardare la vetrina del negozio davanti al quale si trovava anche se sfortuna aveva voluto che fosse una vetrina di audace intimo femminile. Stavolta, si era detto, non posso fare finta di nien-

te. Stasera smetto di fumare e domani chiamo il medico. Non aveva fatto né una cosa né l'altra.

Due sere prima il dolore era tornato ma questa volta a riposo mentre era a letto, breve ma sufficiente a lasciarlo insonne per tutta la notte. E adesso era di nuovo con lui, l'unica compagnia di quella sciagurata notte di Natale ma anche il dolore quella sera non era come tutti gli altri. Era più forte, era mescolato ad uno strano senso di angoscia e soprattutto non passava. Quando era iniziato aveva guardato l'orologio ed ora erano già trascorsi quindici minuti. Al controllo successivo era passata mezz'ora ed il dolore era ancora lì anzi aumentava. Dopo



45 minuti si ricordò di quello che una volta aveva letto su una rivista di divulgazione medica. Con grande fatica si alzò e prese dal mobiletto del bagno una pasticca di aspirina, la mandò giù e finalmente fece la cosa migliore che potesse fare. Prese il telefono e digitò tre cifre:118.

Quando il medico dell'ambulanza gli fece l'elettrocardiogramma ogni remoto dubbio se ne volò via: infarto e dei peggiori. Mentre la sirena urlava nella notte, disturbando i brindisi delle case cui passava vicino durante la corsa all'ospedale, Marco faticava a capire a pieno quello che gli stava capitando. All'arrivo in ospedale il dolore era quasi insopportabile. Nonostante tutto fu fortunato: l'ospedale aveva un servizio di emodinamica attivo 24 ore al giorno, anche a Natale. Il cardiologo di pronto soccorso avvertì rapidamente l'equipe reperibile e venti minuti dopo la mezzanotte la coronarografia mostrò l'occlusione della discendente anteriore, il ramo principale della coronaria sinistra. La successiva angioplastica ne permise la riapertura ed il dolore, finalmente se ne andò. A mezzanotte e mezza il cardiologo emodinamista a cui Marco doveva forse la vita, se ne andò. Durante l'intervento avevano avuto modo di parlare un po' e così Andrea, questo era il nome del medico, aveva saputo della situazione familiare di Marco. Per questo quando Andrea salutò Marco fu piuttosto

sbrigativo, non aveva il coraggio di dirgli che aveva fretta di tornare da sua moglie e dai suoi figli. Non sapeva però che quella sera, grazie a lui, Marco aveva ricominciato a credere a Babbo Natale.

La storia di Marco è opera di fantasia ma che il divorzio presenti un conto salato anche sul fronte della salute cardiovascolare è un dato reale. Un recente studio texano condotto su 9500 persone ha mostrato che all'arrivo dei sessant'anni il 33% delle donne ed il 37,5% degli uomini divorziati è incappato in una malattia cardiovascolare contro, rispettivamente, il 21,5% ed il 31,7% dei loro corrispettivi felicemente sposati (o presunti tali). Un altro studio sempre proveniente da oltreoceano ha invece rivelato che gli uomini divorziati hanno una probabilità dieci volte superiore di dover ricorrere ad un supporto psichiatrico rispetto a coloro che non si sono tolti la fede dal dito. Infine, le coppie sposate vivono in media sette anni in più rispetto ai single e dopo una separazione la speranza di sopravvivenza si riduce di tre anni con gli uomini a pagare il prezzo più alto. Uno studio condotto in sedici differenti paesi ha infatti mostrato che i soggetti divorziati presentano un rischio di mortalità dieci volte superiore rispetto ai loro coetanei ancora coniugati. Ovviamente ci sarà sempre qualcuno pronto a sostenere che è sempre meglio un giorno da leone che.....

La stella di Natale

di Eligio Piccolo



La condotta medica fu una gloriosa istituzione, che ha lasciato nei ricordi di chi l'ha conosciuta, ma anche in coloro che ne sono stati informati dopo, un'immagine altrettanto gloriosa della sua realizzazione; di una medicina che si era finalmente fatta moderna e scientifica e di medici più attenti alla missione di Ippocrate. C'era nell'aria, da un lato, il racconto di Fucini, il cui padre medico nella maremma toscana dovette far fronte al debito che il figlio universitario aveva contratto al gioco, e mentre montava a cavallo in una notte di neve e gelo per una visita urgente gli consegnò il malperso, dicendogli: "prendi, ma ricordati come tuo padre li guadagna". E dall'altro lato, l'avventura mirabile del grande Murri, che dalla condotta in quel di Civitavecchia e di Fabriano ascese ai fastigi della cattedra di *Clinica Medica nell'Università di Bologna*.

Fu pressapoco in quel periodo lontano che un altro medico, lo chiameremo dottor B, da qualche anno condotto in un paesino della campagna veneta, fece uno strano sogno. Era verso l'alba e gli apparve una stella luminosa, che interloquì con lui: "Tu che hai amato così tanto il tuo lavoro e hai dato tanta disponibilità e



attenzione ai pazienti, oggi che si avvicina il Natale ti concedo di chiedermi tre grazie, che saranno esaudite.” Immediatamente al povero medico, preso dall’entusiasmo ma alla sprovvista, vennero in mente tanti malati, ma si rese anche conto che non poteva perdere tempo e cominciò quasi di getto: “la povera Giannetta, la bambina che ho ricoverato a Padova con una leucemia grave; e poi Franceschino, che va dentro e fuori l’ospedale, con quel suo cuore grosso, che cede ogni giorno di più togliendogli il respiro; ma anche Giovanni, che non riesce a lavorare e mantenere la famiglia perché la circolazione delle gambe gli impedisce di andare per i campi. E...” alla fine si era ricordato del proprio figliolo con la sindrome di Down, ma la stella era scomparsa ed egli si svegliò. Rimase per un po’ di tempo, forse un’ora, con gli occhi sbarrati, ricordandosi perfino un verso di Dante (“...presso al mattin del ver si sogna”), ma poi pensò “non è che un sogno”.

Non disse niente alla moglie Anna per non turbarla, e poi quella imperdonabile dimenticanza! Dopo una settimana, nonostante i mille rimuginii, prevalse la curiosità e andò dapprima a Padova dove incontrò subito il primario che, come lo vide, gli corse incontro e lo abbracciò di gioia dicendo “facciamo gli scongiuri, caro collega, però da qualche giorno la sua bimba è rinata, le ecchimosi sono scomparse, ha ripreso colorito e soprattutto l’emocromo è tornato normale. Ho fatto rifare anche un puntato sternale, non c’è più traccia di cellule atipiche”. Tra colleghi di scienza, pen-

sò il povero medico condotto, non poteva certo raccontargli la storia del sogno. Quindi si riavviò con il calesse a casa di Franceschino, dove tutti i famigliari erano a rincorrere il ragazzo, che non sentendosi più il fiatone, sgonfiate le gambe e ripreso vigore sembrava voler riprendersi anche il tempo perduto. Il dottor B volle visitarlo e come poggiò lo stetoscopio sul torace, rimase incredulo: non soffi né itto sconfiante, né fegato grosso. Forse loro, pensando ai famigliari, avrebbero creduto al miracolo, ma non volle dire nulla, non per attribuirsi il merito, conosceva troppo bene i suoi limiti, ma per non innescare facili illusioni fra la gente. E Giovanni, pensò subito dopo, avrà avuto anche lui la grazia? Lo incontrò nei campi, felice del prodigioso miglioramento che le medicine gli avevano finalmente procurato. Non avrebbe mai creduto che a prescriverle fu solo il desiderio di non togliergli anche l’ultima illusione. Colmò il medico di espressioni riconoscenti e volle che accettasse alcuni prodotti della sua terra.

Ritornato a casa, il dottor B trovò Anna nel salotto mentre stava aiutando il bambino ad appendere le palle colorate sull’albero di Natale. Non volle raccontare nulla, in fondo era pur sempre un segreto professionale. E poi quella dimenticanza! E come farle capire che l’essere lì, loro tre, uniti dall’affetto e dall’armonia, era esattamente la quarta grazia che non aveva potuto chiedere?

Buon Natale a tutti!

Quali farmaci antiipertensivi assicurano una migliore aderenza alla terapia?

di Vito Cagli



La terapia degli ipertesi sarebbe coronata da successi anche maggiori di quelli ottenuti sin qui se la maggioranza dei pazienti seguisse le prescrizioni mediche e continuasse ad assumere i farmaci anche quando già da tempo la pressione arteriosa è mantenuta entro i limiti normali grazie al trattamento. Purtroppo così non è poiché spesso i pazienti sospendono il trattamento o se lo autoriducono o lo assumono discontinuamente. Il concetto di terapia a vita dell'ipertensione arteriosa non è ancora divenuto familiare ed accettato, tra i pazienti e anche tra alcuni medici. Concetti come "intossicazione" o "abitudine" congiurano contro l'assunzione di farmaci a tempo indeterminato e pertanto insidiano il trattamento di una malattia come l'ipertensione arteriosa essenziale, che sappiamo curare ma non guarire e che necessita pertanto di una somministrazione di farmaci senza scadenza di termini.

È evidente che nella sospensione del trattamento antiipertensivo un ruolo determinante è sostenuto dagli effetti indesiderati: tanto più questi sono gravi e molesti, tanto più frequente sarà la sospensione



della terapia. Chi ricorda gli effetti collaterali dei farmaci in uso negli anni '40 e '50 del secolo da poco trascorso sa bene quanto allora fosse difficile – tra ipotensione ortostatica e impotenza sessuale – convincere gli ipertesi a curarsi.

Ma anche oggi, con farmaci efficaci e ben tollerati, il problema è tutt'altro che risolto ed è quindi molto utile avere una chiara idea di quali siano i farmaci antiipertensivi meglio tollerati, in quanto il loro impiego preferenziale può essere di aiuto a migliorare l'aderenza alla terapia.

Questo argomento è stato preso in esame recentemente da I.M.Konish et al (Hypertension 2011;123:1611) attraverso una metaanalisi dei dati contenuti in sette studi per un totale di 935.920 pazienti. Con un rimarchevole grado di concordanza fra tutti i lavori esaminati è risultato che la maggiore aderenza alla terapia viene conseguita dai pazienti trattati con inibitori recettoriali dell'angiotensina o con ACE-inibitori, mentre con i beta bloccanti e i diuretici l'aderenza è stata minore. Questa differenza può avere diverse spiegazioni tra cui il fatto che ogni singola classe di farmaci è gravata da differenti effetti collaterali spiacevoli. I diuretici possono determinare la necessità di urinare frequentemente e, a più forti dosi, anche crampi muscolari, astenia e impotenza sessuale; oltre a ciò possono indurre aumento della glicemia e dell'uricemia e diminuzione della potassiemia che

può indurre il medico a una sospensione del farmaco. I beta bloccanti possono ridurre in modo eccessivo la frequenza cardiaca e questo oltre a generare talora dei disturbi soggettivi può allarmare sia il medico sia il paziente. Gli ACE- inibitori, invece, a parte la comparsa di tosse in una minoranza di casi sono ben tollerati e i bloccanti dei recettori dell'angiotensina hanno una tollerabilità che è sovrapponibile a quella del placebo. Aggiungiamo che i calcio antagonisti diidropiridinici, non considerati nell'articolo sopra citato, possono associarsi ad una ridotta aderenza alla terapia a causa della non infrequente comparsa di edemi malleolari, talora di notevole entità, ma comunque sempre regredibili con la sospensione del farmaco.

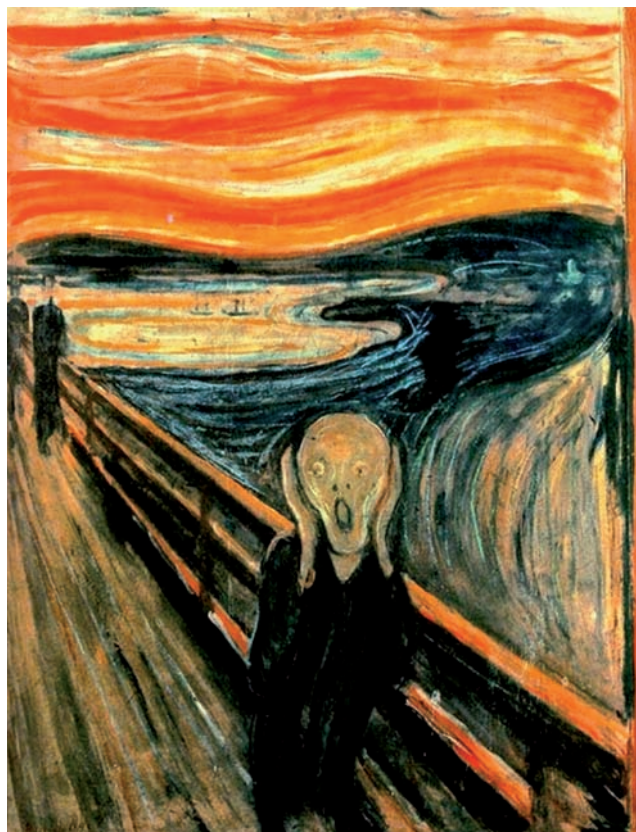
Anche se gli effetti indesiderati non costituiscono l'unica spiegazione del fatto che soltanto un quarto circa degli ipertesi si cura persistentemente e correttamente, resta però la necessità di individuare nel singolo paziente quel farmaco, o quei farmaci che uniscono all'efficacia la migliore tollerabilità. Una ricerca questa che è compito del medico, mentre è compito del paziente non scoraggiarsi perché una determinata terapia ha prodotto effetti indesiderati, avendo ben presente che con il ventaglio di farmaci a nostra disposizione è possibile nel maggior numero dei casi ricevere una terapia che sia al tempo stesso efficace e ben tollerata.

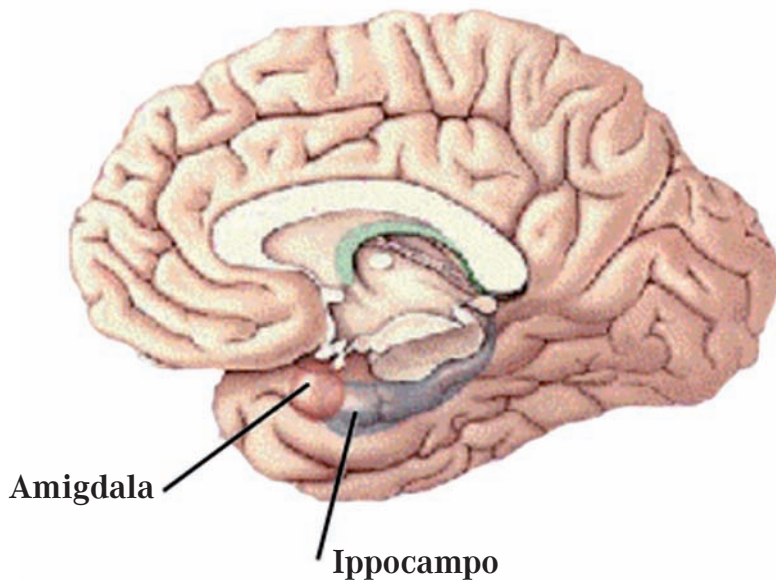
La mandorla delle emozioni

di Eligio Piccolo

È curioso come talvolta le espressioni formali della natura si ripetano nelle differenti specie. Non solo quando certi tipi umani ci fanno pensare all'aquila se vi si combinano un naso ricurvo, due occhi penetranti in una testa con uno scalpo in verticale; oppure a un maiale se gli occhi sono invece piccoli, a pulce come dicono i toscani, su un faccione pletorico con le orecchie a scomparire; ma anche osservando alcuni organi interni, come ad esempio i reni che simulano dei macrofagioli o il cervello che appare, moltiplicato per molto, la metà esatta di una noce. E per entrare nel tema che sto trattando, è curioso che nel nostro cervello si trovino due piccole formazioni, paragonate per la loro forma e grandezza a una mandorla, che gli anatomici chiamano amigdala, come gli antichi greci. Esse sono composte di sostanza grigia, ossia della parte più nobile del nostro organo pensante. Ai tempi in cui quelli della mia generazione studiavano la fisiologia del sistema nervoso, giunti all'amigdala ogni certezza lasciava il posto ad ipotesi ancestrali, quasi si trattasse di una paleoformazione sulla strada dell'estinzione evolutiva. Non si capiva insomma a cosa servisse.

Le moderne ricerche, al contrario, le stanno dando una dignità di funzioni e di importanza ben precise, basate ovviamente su prove scientifiche, ma i cui risultati appaiono così sorprendenti da indurre talvolta la fantasia interpre-





tativa a oltrepassare il rigore necessario. Le sono state attribuite inizialmente importanti interferenze sulla sfera sessuale, ma poi anche sulle più varie emotività, la principale delle quali è la paura. Secondo alcuni ricercatori dell'Università di Melbourne tanto più grande è l'amigdala tanto maggiore sarebbe l'impulso sessuale; il condizionale è suggerito da loro stessi poiché i compiti di questo organetto nervoso sono da un lato quello emotivo di creare una specie di allarme, di impulso, ma dall'altro di rispondere, sulla base delle memorie precedenti e dei collegamenti razionali con altre parti del cervello, in modo adeguato. Da questa interconnessione alquanto complicata possono derivarne, come si capisce, differenti risposte, da quella del maniaco sessuale fino alle seduzioni romantiche a lume di candela.

La più importante funzione che viene oggi conferita all'amigdala è però quella sulla paura, specie dopo l'osservazione del caso di una signora 44enne dell'Iowa, madre di

tre figli, che all'età di dieci subì la distruzione post-traumatica di quella formazione nervosa. Prima aveva, come tutte le bimbe, la paura del buio, dopo è diventata una specie di pericolo per sé stessa. Gli scorpioni, i ragni tropicali e i serpenti velenosi non sono per lei diversi dai mansueti conigli ed è quindi tentata di accarezzarli; un leone nel cortile di casa è come se fosse allo zoo. Lei canta nel coro della chiesa e una sera rincasando fu aggredita da un tipaccio con il coltello in mano: "se intendi uccidermi", disse impassibile, "sappi che te la dovrai poi vedere con il mio Angelo Custode". Il tipaccio fuggì via. Non è certo l'unico caso clinico, molti altri con lesioni cerebrali diverse coinvolgenti l'amigdala ed anche animali sottoposti alla distruzione di questa formazione nervosa hanno riprodotto comportamenti simili a quelli della signora nordamericana.

C'è naturalmente anche il comportamento contrario quando quella mandorla del sistema limbico, o perché più grande o per-

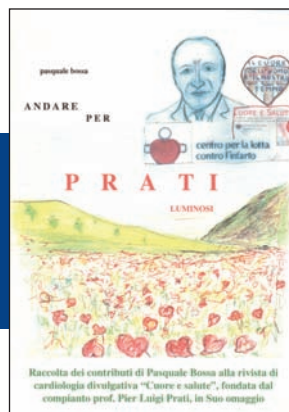
ché meno condizionata dai controlli nervosi, innesca paure incontrollate, stati di allarme ingiustificati, cui viene dato il nome di stress disorder. Trecentomila soldati USA nel Medio Oriente subirono questa sindrome, caratterizzata dalla paura della morte, ma anche del solo parlarne. Dovettero essere curati o rimpatriati. Qualche commentatore, piuttosto cinico, ha auspicato interventi con farmaci o addirittura chirurgici per sopprimere in qualche modo l'amigdala e rendere i combattenti più intrepidi. Forse in futuro si dimostrerà che i Muzio Scevola o i Pietro Micca non avevano alcun merito, se non quello di essere nati con un'amigdala deboluccia.

Da quanto riferiscono coloro che si sono appassionati a questa struttura nervosa, che poi sono due, una per ciascun emisfero cerebrale, si potrebbe trarre la conclusione che se essa è maggiorata causi problemi sessuali, mentre se è atrofica o distrutta elimini la paura e ci renda coraggiosi o incoscienti. Non è proprio così. Secondo le conoscenze che sono state elaborate, pur non potendovi ancora delineare un quadro di precise funzioni, si pensa che queste siano molto più estese e vadano dalla gestio-

ne dell'ansia a quella delle fobie e forse anche della depressione. Tutte situazioni che possono ripercuotersi, come si sa, sull'apparato cardiovascolare. La risonanza magnetica nucleare è in questo momento la tecnica usata per intercettare le reazioni dell'amigdala ai vari stimoli emozionali, belli o sgradevoli che siano.

L'amigdala quindi, secondo le nuove interpretazioni, sembra svolgere un compito simile a quello di una centrale di emergenza, che sulla base delle sue esperienze passate smista a chi di competenza, vigili del fuoco o carabinieri, il compito di gestire l'impulso inviato dai nostri organi di senso e dai centri emotivi. L'aspetto più buio di questo meraviglioso network del controllo dei sentimenti umani è purtroppo la terapia, che ancora non c'è. Non possiamo certo intervenire chirurgicamente per eliminare l'eccesso di paura, di attenzioni erotiche o di ansia, né trapiantarne una nei soggetti spericolati. Sarebbe piuttosto auspicabile la scoperta di nuovi farmaci neurologici capaci di mirare al controllo delle varie funzioni delle amigdale. È una strada interessante, anche se si corre il rischio di renderci tutti uguali.

tra i libri ricevuti



DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2011



CONOSCERE
E CURARE
IL CUORE 2011

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

EDIZIONI URBAN

La Fibrillazione Ventricolare, incubo e sfida nella società moderna



di **Gaetano Thiene**
e **Cristina Basso**,
Università degli Studi di Padova

La fibrillazione ventricolare (FV) è una vera e propria calamità nella società moderna. Essa rappresenta la principale modalità di arresto cardiaco e morte improvvisa (MI). Le morti cardiovascolari costituiscono circa il 40% di tutte le fatalità nei paesi industrializzati e i 2/3 di queste avvengono in modo improvviso. Tenuto conto che il 90% delle MI è aritmico e che a sua volta l'evento fatale è la FV nei 3/4 dei casi, si può calcolare per estrapolazione che la FV rappresenta la modalità di exitus in circa il 20% di tutti i decessi, ovvero in circa 100.000 delle 500.000 persone che ogni anno vengono a mancare in Italia. Si tratta spesso di morti istantanee in soggetti in pieno benessere, dalle facoltà mentali perfettamente integre: un "incidente" naturale dalle conseguenze catastrofiche sul piano personale, familiare e sociale. In considerazione della possibile reversibilità del fenomeno mediante defibrillatore, milioni di vite umane nel mondo potrebbero essere salvate ogni anno.

Il termine fibrillazione è stato coniato da Vulpian nel 1874, che parlò di “mouvement fibrillaire” per descrivere il movimento scoordinato del cuore durante l’arresto. Già nel 1500 prima di Cristo, nell’Ebers papyrus, si trova scritto “Quando il cuore è ammalato, il suo lavoro si svolge imperfettamente: se il cuore trema, ha scarsa potenza e si indebolisce, la malattia è avanzata e la morte vicina”. È Vesalio nel suo “De Humani Corporis Fabrica” che nel 1543 parla di un movimento “vermicolare” del cuore negli animali prima della morte. Nel 1842 Eriksen provoca la FV negli animali mediante legatura di una arteria coronaria. E sempre nell’animale Hoffa e Ludwig nel 1850 inducono la FV nell’animale da esperimento con una corrente elettrica (“faradica”). La prima registrazione elettrocardiografica di FV nell’uomo viene effettuata nel 1912 da Hoffman, poco dopo l’invenzione e l’applicazione dell’elettrocardiografo da parte di Einthoven.

La prima defibrillazione con successo viene ottenuta nell’uomo da Beck nel 1947 a torace aperto durante un intervento di chirurgia polmonare ed è di Zoll nel 1956 la prima defibrillazione trans-toracica efficace. Nel 1960 Julian apre ad Edinburgo l’Unità Coronarica, con lo scopo di rianimare pazienti con infarto miocardico complicato da FV, ed infine nel 1980 Mirowski introduce nella pratica clinica il defibrillatore impiantabile.

Fu John A. MacWilliam (1857-1937) di Aberdeen a intuire la natura elettrica nella maggioranza dei casi di morte cardiaca improvvisa.

Nel suo articolo “Electrical stimulation of

the heart in man” MacWilliam scriveva «Lo scompenso cardiaco improvviso abitualmente non compare con un semplice arresto del cuore in diastole... al contrario esso assume la forma di una violenta manifestazione di energia ventricolare, anche se irregolare e scoordinata. Invece che una paralisi, c’è una attività tumultuosa, con carattere irregolare e del tutto inefficace in quanto a risultato». Questo tremore del cuore «...è seguito da un esito disastroso: abolizione del battito normale e insorgenza di una contrazione aritmica selvaggiamente scoordinata del miocardio ventricolare (contrazione fibrillare o delirium cardiaco), seguita da una grande e rapida caduta della pressione arteriosa e nei mammiferi più grossi da morte repentina».

La FV rappresenta l’evento finale di molteplici patologie del cuore che colpiscono arterie coronarie, miocardio, valvole, tessuto di conduzione e canali ionici.

I due terzi di tutte le MI sono attribuibili a patologia coronarica e di queste l’aterosclerosi ostruttiva rappresenta la causa principale. La FV, in un contesto ischemico, trova spiegazione nell’ambito di: infarto miocardico acuto, molto spesso nelle primissime fasi, prima del ricovero in Unità Coronarica; in una cicatrice postinfartuale, soprattutto in pazienti con depressa frazione di eiezione (<35%) o in una ischemia transitoria, spesso da vasospasmo coronario.

Vi sono poi tre cardiomiopatie aritmiche caratterizzate da rischio di MI: a) la cardiomiopatia ipertrofica, malattia genetica del sarcomero in cui l’ipertrofia asimmetrica, abitualmente settale, si accompagna mi-

croscopicamente a un disordine architetturale (“myocardial disarray”), che rappresenta un substrato ideale per circuiti di rientro e insorgenza di aritmie ventricolari; b) la cardiomiopatia aritmogena, malattia genetica del desmosoma, contraddistinta da sostituzione fibroadiposa del miocardio e da elevata instabilità elettrica dei ventricoli; c) la miocardite virale.

La stenosi valvolare aortica è contrassegnata in storia naturale da una significativa occorrenza di MI, soprattutto nei soggetti con alto gradiente transvalvolare (>60 mmHg). L'insorgenza delle aritmie è legata alla combinazione ipertrofia/fibrosi subendocardica di natura ischemica, non necessariamente conseguente a concomitante coronaropatia. Più difficile spiegare l'aritmogenicità e la MI nei soggetti portatori di prolasso mitralico. Studi in corso nel nostro laboratorio sembrerebbero dimostrare l'esistenza di una concomitante patologia miocardica in grado di scatenare aritmie ventricolari anche minacciose per la vita.

A parte rare situazioni di blocco atrioventricolare (AV), congenito o geneticamente determinato (vedi malattia di Lenègre dovuta a mutazioni del gene *SNC5A*), è la preeccitazione ventricolare che può complicarsi con MI, sia nella sindrome di Wolff-Parkinson-White per un fascicolo anomalo di connessione AV, che nella sindrome di Lown-Ganong-Levine dovuta ad un fascicolo atrio- hisiano o a una ipoplasia del nodo AV. Entrambe le condizioni si associano a conduzione AV accelerata, per cui nel caso di fibrillazione atriale parossistica la conduzione AV senza freno può trasformare la fi-

brillazione atriale in FV con arresto cardiaco improvviso.

Altre possibili cause di FV sono le malattie dei canali ionici. Si tratta di patologie puramente funzionali, a carattere eredo-familiare, anche chiamate cardiomiopatie da disfunzione elettrica isolata del miocardio. Prima fra tutte la sindrome del QT lungo che è prevalentemente legata a mutazioni nei geni codificanti per il canale del potassio (LQT 1-2), e più raramente del sodio (LQT 3) e del calcio (LQT 8), ed è dovuta ad un rallentamento della ripolarizzazione cardiaca per “perdita di funzione”. Esistono due varianti, una autosomica dominante (sindrome di Romano-Ward) e una recessiva (sindrome di Jewell-Nielsen), associata a sordità. Assai più rara è la sindrome del QT corto, anch'essa dovuta a mutazioni nei geni codificanti il canale del potassio, che comportano però un “guadagno di funzione” e pertanto una ripolarizzazione precoce. La sindrome di Brugada, scoperta nel 1992 e contraddistinta da un sopraslivellamento non ischemico del tratto ST, andrebbe in verità chiamata sindrome di Martini-Nava, essendo stata descritta da questi autori già nel 1989. Nel 20% dei casi trova una spiegazione genetica in mutazioni del gene *SNC5A*. È la causa più frequente della cosiddetta “FV idiopatica” e rende ragione anche delle morti notturne in giovani del sud-est asiatico.

Un breve cenno merita inoltre la “sindrome di Haissaguerre”, ovvero la cosiddetta ripolarizzazione precoce, segnalata in associazione a MI in assenza di altre cause. Mancano dati sulla familiarità della ma-

lattia, né sono stati studiati casi postmortem, per cui siamo ancora allo stadio speculativo nel ritenere che sia veramente una entità nosografica distinta dalla sindrome di Brugada ovvero una variante del normale. La frequente osservazione, anche in giovani sportivi, sta mettendo in difficoltà i medici e cardiologi dello sport, chiamati a dare idoneità all'attività agonistica.

La sindrome catecolaminergica, caratterizzata da una tachicardia ventricolare polimorfa, fu descritta già da Coumel nel 1978. È contraddistinta da un ECG normale di base e dalla comparsa di tachiaritmie ventricolari sotto sforzo o emozione, che talvolta degenerano in FV e MI. Ha un carattere eredo-familiare monogenico mendeliano ed è dovuta a mutazioni dei geni che codificano i recettori del calcio nel reticolo sarcoplasmatico. La prova da sforzo, con il superamento della soglia cardiaca di 120-125 battiti al minuto, è fondamentale per sospettare l'esistenza di queste forme, ma ha una bassa specificità e sensibilità, per cui è lo screening genetico ad essere determinante per identificare i pazienti portatori di mutazione.

L'identificazione dei soggetti a rischio di FV, con diagnosi precoce della malattia sottostante, rappresenta la "conditio sine qua non" per la prevenzione primaria e secondaria della FV.

Gli interventi sono molteplici, di carattere sintomatico e comunque palliativo. Si può intervenire sul meccanismo aritmico con farmaci o con tecniche di ablazione. Si può riportare il ritmo alla normale funzione sinusale mediante intervento con defibrillatore impiantabile o con defibrillatore

semi-automatico esterno. La squalifica dallo sport agonistico, mediante identificazione dei soggetti a rischio durante la visita per idoneità allo sport, già di per sé rappresenta un salvavita, come dimostrato dal progetto Veneto sulla prevenzione della MI negli atleti, che ha visto una riduzione del 90% delle MI dopo l'introduzione dell'esame obbligatorio di idoneità. L'impiego del defibrillatore semi-automatico, con distribuzione in diversi locali pubblici al pari degli estintori d'incendio e la disponibilità perfino in casa per i soggetti particolarmente a rischio, sarebbero di grande aiuto se associati a campagne di sensibilizzazione e di istruzione all'uso anche di soggetti *laici*. L'ideale sarebbe poter miniaturizzare i defibrillatori esterni alle dimensioni di un telefono mobile, da tenere in tasca e utilizzare all'occorrenza. Il defibrillatore è un vero salvavita, in grado di compiere il miracolo della "resurrezione", perché può riportare alla vita coloro che sono in arresto cardiaco strappandoli da morte certa. Tenuto conto della vastità del fenomeno FV nella popolazione e del fatto che la stragrande maggioranza di questi soggetti hanno sì una fragilità elettrica del loro cuore, ma hanno facoltà mentali integre, si tratterebbe di prolungare la vita media forse di anni e aggiungere altri successi del cardiovascolare.

Tutti questi sono però interventi palliativi, che non vanno alla radice del fenomeno. In termini numerici abbiamo detto che la gran parte delle MI sono coronariche, e che la malattia che le sottende è l'aterosclerosi. A fronte di una diminuzione globale della

mortalità per malattie cardiovascolari con il prolungamento della vita media, ci sono segnali inquietanti con aumento della mortalità nella fascia di età 35-44 anni per aterosclerosi prematura e accelerata. Malgrado siano state identificate propensioni genetiche con polimorfismi, nel 40% dei casi la MI coronarica è attribuibile a modelli comportamentali, ovvero a stile di vita e fra questi fumo, obesità, inattività, alcool. È stato calcolato che la probabilità di vivere oltre 85 anni è fortemente condizionata dal numero di fattori di rischio cardiovascolari. In assenza di fattori di rischio, la probabilità di vivere fino a quella età è 65% nelle donne e 35% negli uomini, se presenti più di 3 fattori di rischio, le probabilità sono 10% nelle donne e 2% negli uomini. In altre parole, ognuno è artefice del suo destino, anche se sembra esistere una pro-

pensione genetica alla insorgenza di FV in corso di infarto miocardico acuto.

L'aterosclerosi rappresenta, al pari del cancro, la vera sfida della società moderna e la FV è un sintomo, ancorché catastrofico, della malattia. In fin dei conti, il farmaco antiaritmico più efficace, in termini preventivi, è la statina che abbassa il colesterolo e previene la progressione dell'aterosclerosi.

Nei prossimi 20 anni la cardiologia sarà fortemente impegnata sul fronte interventistico per riaprire e tenere aperte le coronarie. È prevedibile che dal 2020 l'interventistica, che rappresenta una palliazione anche se assai efficace, lascerà sempre più il campo alla prevenzione. Mangiare sano, muoversi, non fumare, bere moderatamente, controllare il peso: questa è la ricetta di lunga vita.

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:

Enrico Amenta di Modena

Giuseppe Borghi di Bologna

Lorenzo Buonincontri di Capraia a Limite

Agata Consolo di Andria

Giulio Cesare Peris di Genova

Ampelio Piarotto di Mirano

Giacomo Pieracci di Modena

Giovanni Piermarini di Ascoli Piceno

Carmen Sciuto D'Arrigo di Roma

Daniela Tomagra di Darfo Boario Terme

Inoltre desideriamo esprimere la nostra più profonda gratitudine alla Signora **Liliana Tassino** per l'importante lascito che ha dedicato alla nostra Fondazione e alle sue attività.

DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2011



CONOSCERE
E CURARE
IL CUORE 2011

Att.
XXVIII Congresso del
Comitato per la Lotta
contro l'Ipertensione
Arteriosa Italiana
a cura di
Francesco Pan
Firenze, 4-6 Marzo 2011

EDIZIONI URBAN

Iperensione arteriosa: esistono nuovi valori pressori target?

Intervista di Filippo Stazi



Massimo Volpe,
Università "La Sapienza" di Roma

L'ipertensione arteriosa è una condizione clinica a larga diffusione nella popolazione generale, riveste un ruolo centrale nell'ambito delle malattie cardiovascolari, essendo correlata in maniera significativa con lo sviluppo di infarto del miocardio, ictus cerebrale, scompenso cardiaco congestizio, insufficienza renale cronica, nonché con la mortalità per cause cardiovascolari e la mortalità per tutte le cause. D'altra parte, un trattamento efficace dei pazienti ipertesi si traduce nella riduzione della mortalità e della morbilità cardiovascolare e renale indipendentemente dall'età e dal sesso. Le ultime linee guida indicano un valore di pressione sistolica inferiore a 140 mmHg e di pressione arteriosa diastolica inferiore a 90 mmHg come obiettivi raccomandati per tutti i pazienti affetti da ipertensione arteriosa, da raggiungere attraverso le modificazioni dello stile di vita e/o la terapia farmacologica antiipertensiva.

Prof. Volpe, come mai resta ancora oggi da colmare nella pratica clinica un enorme divario tra gli obiettivi indicati ed il controllo della pressione arteriosa effettivamente ottenuto nella popolazione gene-

rale dei pazienti affetti da ipertensione arteriosa?

L'ipertensione arteriosa è una patologia complessa e multifattoriale. Come tale, essa risulta difficile da trattare: non essendo possibile identificare una causa scatenante nella maggior parte dei pazienti affetti, non è ugualmente possibile identificare una strategia terapeutica in grado di ottenere un controllo efficace e persistente dei valori pressori entro i limiti raccomandati.

A tale riguardo, una recente analisi ha dimostrato come solamente nel 25% dei pazienti ipertesi in trattamento farmacologico sono raggiunti i livelli pressori desiderati. Un altro dato di incertezza deriva dalla constatazione che, sebbene nel corso degli ultimi venti anni sia cresciuta la percentuale di pazienti ipertesi in trattamento farmacologico, non è parallelamente aumentata la percentuale di pazienti che raggiungono adeguati livelli pressori in terapia. Questi dati confermano ancora una volta come il controllo dell'ipertensione arteriosa sia un obiettivo spesso molto difficile da raggiungere nella pratica clinica quotidiana del medico di medicina generale, così come dello specialista.

Vi sono delle nuove strategie per migliorare il controllo della pressione arteriosa?

Le cause dei risultati insoddisfacenti nel trattamento dell'ipertensione arteriosa nella popolazione generale possono essere attribuite a diversi fattori, la maggior parte dei quali legati ad aspetti gestionali dell'approccio clinico al paziente iperteso. Tra questi è possibile identificare vari fattori, come scarsa aderenza da parte del paziente

alle prescrizioni mediche (sia farmacologiche, che non farmacologiche), non soddisfacente comunicazione medico-paziente, inerzia clinica, scarsa conoscenza o adesione alle raccomandazioni delle linee-guida da parte del medico o, infine, prescrizione di dosi subottimali di farmaci antiipertensivi ed uso insoddisfacente della terapia di combinazione. Tale strategia, basata sull'impiego di associazioni di molecole di diverse classi di farmaci ad azione sinergica e complementare, è notoriamente necessaria in circa il 60% dei pazienti affetti da ipertensione arteriosa, al fine di raggiungere gli obiettivi pressori raccomandati. Le linee guida raccomandano, infatti, che nei pazienti con ipertensione moderata a rischio cardiovascolare moderato la terapia antiipertensiva possa essere intrapresa con un solo farmaco a bassa dose, aumentando poi il dosaggio di questo o introducendone un altro in caso di inefficacia terapeutica, mentre nei pazienti con ipertensione di grado moderato-severo o in presenza di un profilo di rischio cardiovascolare elevato o molto elevato sia preferibile iniziare da subito una terapia di associazione con due classi di farmaci a basse dosi, che potranno essere incrementate o integrate con un altro farmaco qualora non fossero raggiunti i valori pressori desiderati.

È ragionevole ipotizzare dei nuovi obiettivi terapeutici nel trattamento dell'ipertensione arteriosa?

Data la complessità della gestione del paziente iperteso, a partire dall'inquadramento del profilo di rischio cardiovascolare

fino ad arrivare all'individuazione di un'adeguata terapia antiipertensiva, appare estremamente importante definire con precisione quali siano gli obiettivi pressori da perseguire per mezzo del trattamento antiipertensivo. In questo ambito, infatti, le linee guida non appaiono sempre univoche, talora suggerendo obiettivi differenti nei vari gruppi di pazienti, talora raccomandando obiettivi molto ambiziosi, difficili da raggiungere nella pratica clinica quotidiana. Secondo le linee guida è "opportuno" raggiungere valori di pressione arteriosa sistolica al di sotto di 140 mmHg e di pressione arteriosa diastolica al di sotto di 90 mmHg in tutti i pazienti ipertesi a rischio cardiovascolare elevato o molto elevato. Valori inferiori vanno raggiunti, quando tollerati, poiché è noto che il rischio cardiovascolare aumenta in modo esponenziale già a partire da valori pressori corrispondenti a 120/70 mmHg.

Inoltre, è stato recentemente sottolineato che l'aumento degli eventi cardiovascolari, soprattutto infarto del miocardio, si verifica solo per livelli di pressione arteriosa sistolica superiori a 130 mmHg e di diastolica superiori a 85 mmHg.

Una recente "revisione" delle linee guida dell'ipertensione arteriosa indica come obiettivo nei pazienti affetti da diabete mellito, insufficienza renale o con precedenti cardiovascolari, livelli pressori di pressione arteriosa inferiori a 130 mmHg per la sistolica ed inferiori a 80 mmHg per la diastolica.

Sulla base dei risultati degli studi osservazionali e dall'analisi dei grandi database epidemiologici, condotti in passato, è stato dimostrato che negli individui con pres-

sione arteriosa sistolica <120 mmHg e pressione arteriosa diastolica <85 mmHg si assiste alla riduzione degli eventi ischemici cardiaci, degli eventi ischemici cerebrali e della mortalità per cause cardiovascolari. Il rischio di eventi cardiovascolari, dunque, inizierebbe ad aumentare al crescere dei valori pressori, anche nell'ambito di valori compresi tra 115 e 130 mmHg di pressione arteriosa sistolica e tra 75 ed 85 mmHg di pressione arteriosa diastolica. Queste evidenze hanno spinto negli ultimi anni a diffondere il principio "The Lower, The Better" (ossia, maggiore è l'entità della riduzione della pressione arteriosa, maggiore è il beneficio derivante in termini di prevenzione degli eventi cardiovascolari e riduzione del rischio di morbilità e mortalità cardiovascolare) in maniera indiscriminata nell'ambito del trattamento dell'ipertensione arteriosa.

Prof. Volpe, quale può essere il rischio di una riduzione eccessiva dei valori pressori?

Già nel 1987 fu suggerito un potenziale danno collegato ad un eccessivo abbassamento dei valori pressori al di sotto di 130/80 mmHg nei pazienti ipertesi con storia di malattia coronarica, ed in particolare di infarto del miocardio. In questi pazienti, infatti, i livelli pressori più bassi sono associati ad un aumento del tasso di mortalità per cause cardiovascolari. Questo fenomeno, definito "curva J", può essere universalmente accettato per valori pressori estremamente bassi, sebbene non sia ancora nota la soglia pressoria inferiore di inizio dell'aumento del rischio. Pertanto, re-

sta da definire quali dovrebbero essere i livelli pressori raggiungibili in totale sicurezza tramite terapia antiipertensiva, specialmente nei pazienti ipertesi con rischio cardiovascolare elevato o molto elevato.

I risultati di diversi studi clinici d'intervento randomizzati e controllati hanno riportato in discussione la validità del concetto della "curva J", dimostrando un aumento del rischio di eventi coronarici, soprattutto infarto del miocardio, nei sottogruppi dei pazienti ipertesi con valori pressori più bassi. Tale rischio aumentava maggiormente in presenza di condizioni concomitanti, come diabete mellito, insufficienza renale o precedente storia di malattia ischemica cardiaca.

Siamo quindi di fronte ad un dilemma: mentre abbiamo buone ragioni per abbassare i livelli pressori al di sotto di 130/80 mmHg nei pazienti ad elevato rischio cardiovascolare, soprattutto in presenza di diabete o malattia renale, assistiamo all'accumularsi di prove che ci indicano come un controllo eccessivamente rigido dei valori pressori potrebbe non comportare ulteriori vantaggi nei pazienti diabetici e potenzialmente procurare degli svantaggi in termini di rischio coronarico.

Siamo alla fine della nostra chiacchierata, quali prevede che saranno gli sviluppi futuri della terapia dell'ipertensione arteriosa?

Ritengo sia auspicabile che nelle prossime linee guida per il trattamento dell'ipertensione arteriosa nei pazienti a rischio cardiovascolare elevato o molto elevato sia suggerita in primo luogo un'attenta valutazione

dell'eventuale malattia coronarica ed in secondo luogo una maggiore cautela nel porre come obiettivo della terapia livelli pressori troppo bassi. Questi accorgimenti dovrebbero essere attuati in particolare nei pazienti con familiarità per malattie cardiovascolari, in quelli con anamnesi personale positiva per queste patologie, in quelli con angina stabile o reperti elettrocardiografici indici di ischemia inducibile, nei pazienti con ipertrofia o disfunzione ventricolare sinistra e, infine, nei pazienti con almeno altri due fattori di rischio cardiovascolare (ad esempio, fumo, dislipidemia, diabete mellito). In questa tipologia di pazienti sarebbe preferibile un approccio terapeutico che privilegiasse la riduzione del profilo di rischio cardiovascolare globale, agendo su più fattori in modo concomitante, piuttosto che spingendo oltremodamente il trattamento intensivo farmacologico volto alla riduzione dei valori pressori oltre i limiti di normalità.

Sulla base delle evidenze attualmente disponibili, si potrebbe, pertanto, prevedere di indicare come obiettivo pressorio da raggiungere nella popolazione generale di pazienti con ipertensione arteriosa valori pressori inferiori a 140/90 mmHg. Al tempo stesso, andrebbero sempre posti in atto cambiamenti virtuosi ed efficaci dello stile di vita e, ove necessario, associare una terapia con farmaci ipocolesterolemizzanti, antidiabetici ed antiaggreganti, al fine di ridurre il rischio cardiovascolare globale del singolo individuo, piuttosto che abbassare "meccanicamente" i valori di pressione arteriosa.

Qualche secondo di buonumore

ADDENDO: urlo della folla quando a Nairobi stai per pestare un escremento

BALESTRA: sala ginnica per gente di colore

CUCULO: gay balbuziente

GESTAZIONE: gravidanza di moglie di ferroviere

GIULIVA: slogan di chi è vessato dall'Imposta sul Valore Aggiunto

INCUBATRICE: macchina fabbricatrice di sogni terrificanti

INTERPRETATO: posto tra due preti

LATITANTI: poligoni con moltissimi lati

LORD: signore inglese molto sporco

MAIALETTO: animale che non dorme mai

MASCHILISTA: elenco di persone di sesso maschile

MELODIA: preghiera di una vergine

MESSA IN PIEGA: funzione religiosa eseguita da un prete motociclista in curva

NEOLAUREATO: punto nero della pelle che ha fatto l'università

OPOSSUM: marsupiale americano possibilista

PARTITI: movimenti politici che nonostante il nome sono ancora qui

PRETERINTENZIONALE: un prete che lo fa apposta

PREVENIRE: soffrire di eiaculazione precoce

RADIARE: colpire violentemente usando una radio

RAZZISTA: fabbricatore di missili



REDUCE: sovrano con tendenze di estrema destra

RUBINETTO: gemma preziosa di piccole dimensioni

SANCULOTTO: patrono degli omosessuali

SCIMUNITO: attrezzato per gli sport invernali

SCORFANO: pesce che ha perduto i genitori

SMARRIMENTO: perdita del mento

SOMMARIO: indicativo presente del verbo "essere Mario"

SPAVENTO: società per azioni eolica

STRAFOTTENTE: dicesi di persona di grandi qualità amatorie

SUCCESSO: posizione da toilette

TACCHINO: parte della scarpina

TELEPATIA: malattia che colpisce chi guarda troppo la tv

TONNELLATA: marmellata di tonno

VERDETTO: cosmetico verde (a differenza del rossetto che è rosso)

VIGILIA: donna vigile urbano

ZONA DISCO: parcheggio per gli ufo

...Mal comune mezzo gaudio

di Raimondo Grossi



Un Aneurisma dell'aorta addominale, due amici, due opzioni a confronto ed un consiglio: godersela, cum judicio.

AAA: in questo ambito non è né l'acronimo degli squadroni anticomunisti argentini di Jose Lopez Rega dei primi anni 70 del periodo peronista, né la valutazione che le agenzie di rating finanziario assegnano alle imprese ad alta affidabilità creditizia. Tutt'altro. Sta per aneurisma aortico addominale, cioè una grave dilatazione che, una volta raggiunti i 5 cm di diametro trasverso, necessita di essere trattata chirurgicamente per evitarne la rottura ed una conseguente, gravissima, emorragia interna.

Come tutte le patologie richiede una valutazione da parte di personale medico specialistico, in questo caso il chirurgo vascolare, altamente qualificato perchè ormai basta poco per farsi una idea sulle proprie condizioni di salute o sulla propria malattia ed intraprendere più percorsi di cura. Basta solo avere un computer in rete, una modestissima conoscenza informatica, saper digitare su un qualsiasi motore di ricerca, tipo Google, una parola chiave ed il gioco è fatto. Si alza il sipario et voilà. Indicazioni al trattamento, rischi operatori, decorsi post-intervento, convalescenze, principali complicanze, migliori strutture, equipe con maggiore esperienza, storie di sopravvissuti a ricoveri lampo o lunghe, lunghissime degenze. Ed inizia così una apnea vera, fatta di dubbi, paure, scoramenti, vendette, soddisfazioni, sospiri, sudori freddi, fatalismi. Soprattutto se ci si imbatte nei blog, sorta oramai di vere e proprie piazze virtuali e luogo di incontro e confronto. Ma tant'è.

L'aneurisma vanta due opzioni di trattamento. Quello convenzionale, quasi cinquanta anni di storia, diventato di routine, in centri di livello, dagli anni settanta ed ormai bagaglio tecnico di qualsiasi chirurgo vascolare, di cui ormai si sa tutto e si è detto tutto. Quello mini-invasivo, pochi anni

di vita vera, tecnicamente non sempre fattibile, ma oramai quasi sempre, background ancora solo di personale medico vascolare altamente specializzato, ma tema pressoché dominante nelle realtà congressuali, grande fascino sull'opinione pubblica e sui pazienti, continue innovazioni, irrefrenabile progresso tecnologico, investimenti, interessi delle grandi aziende farmaceutiche.

Fabrizio e Vittorio fanno parte di quella corte di uomini già inconsapevolmente passati nelle forche caudine del migliore trattamento da seguire, e poi entrati ed usciti dal tunnel di una diagnosi improvvisa, repentina e senza appello fino all'agognata guarigione, sudata e conquistata ma su cui incombe sempre l'incognita della perdita del completo benessere di prima, della precedente totale integrità fisica, del tipo "stavo meglio prima".

Entrambi ultrasessantenni, professionisti sul lavoro, discretamente allenati, entrambi deboli fumatori, diete alimentari sostanzialmente equilibrate, ipertensione lieve per tutti e due, familiarità positiva per cardiopatia ischemica per il primo.

Si conoscono come compagni di circolo, partecipando poi al torneo "giallo" di doppio di tennis. Giallo perché il compagno di partita viene assegnato a caso da un sorteggio con il bussolotto. Giallo come il tempo di attesa per un responso di un qualsiasi screening che ci si augura sempre negativo per la scoperta di qualsivoglia patologia e che qualche volta invece (e per tale motivo molte persone lo fuggono) ci tuffa in odiate dimensioni di malattia, di cura, di interventi, fobie, mutate priorità. Giallo anche



come la bandiera che esposta in pista significa pericolo.

Scambiandosi le prime parole di conoscenza più intima si accorgono che sono in sintonia. Cosa rara ma piacevole come sorpresa. Parlano di famiglie, di figli, di mogli, di lavoro. Ma il loro vero, sorprendente, punto in comune, scoprono di averlo nella salute. Tutti e due, nonostante la loro relativa giovane età, erano portatori di un aneurisma dell'aorta addominale e per tale motivo sono stati operati. Fabrizio per via convenzionale, cioè a "cielo aperto", con la tecnica classica, il taglio verticale sulla pancia da sotto lo sterno sino al pube, Vittorio con la metodica mini-invasiva, detta endovascolare, in voga di routine da circa 10 anni, piccoli tagli sugli inguini, utilizzo di raggi, minor impatto cardio-anestesiologico e fattibilità legata a determinati parametri anatomici.

Vittorio: "Insomma Fabrizio, siamo colleghi di sventura eh.."

Fabrizio: "Sai, l'importante, come si dice, è raccontarla. Certo, al momento della diagnosi, sono rimasto veramente stordito. Ero andato a farmi un ecografia pelvica per controllare la prostata ed il radiologo che faceva l'esame mi riscontrò l'aneurisma. Sig. Fabrizio, mi disse, qui c'è una spiacevole sorpresa. La prostata va bene ma

l'aorta addominale è molto dilatata.” “Cioè? Dissi io”. “L'aorta è l'arteria che porta il sangue dal cuore agli organi interni della pancia ed alle gambe, il suo diametro normale è di circa 1,5/2 cm mentre qui risulta maggiore di 5. È come un tubo dilatato perché le sue pareti sono sfiancate e si può rompere determinando una gravissima emorragia interna, che richiederebbe un intervento urgentissimo gravato da un'alta mortalità, sempre che si arrivi in tempo in ospedale”. “Dottore, ma che mi dice? Io sono stato sempre bene. Da quando tempo avrei questo aneurisma?”

“Sa, caro Fabrizio, questa è una malattia subdola perché non da sostanzialmente nessun sintomo.”

“Caro Vittorio, così è nato il mio percorso di malattia. E tu?”

Vittorio: “Bè, simile al tuo. Mi stavo facendo fare una visita dal cardiologo, check-up che faccio ogni anno, quando mettendomi la mano sulla pancia, cosa che i medici ormai fanno sempre più raramente, ha notato una tumefazione pulsante a livello dell'ombelico. Da lì controlli, eco, Tac ed intervento mini-invasivo. Io sono abbastanza fatalista. Affronto tutto con una certa leggerezza. Il problema è adesso. Sono torturato da continui controlli, non sto bene, soffro di saltuari disturbi intestinali, sui blog leggo che forse dovrevo fare l'intervento convenzionale perché l'aneurisma è escluso ma non asportato e in futuro non si conosce il destino della endoprotesi. Boh, sono un po' avvilito”.

Fabrizio: “Ma, ti dico, io sono un ipocondriaco e poco fatalista, faccio di tutto per stare bene, tengo alla mia salute, feci una visita da un grosso chirurgo vascolare il

quale mi prospettò i due tipi di operazione, propendendo, in virtù dell'età, per quella convenzionale. Io lo assecondai, mi fidai delle approfondite valutazioni che fece. Il risultato? Il post-op in terapia intensiva è stato un incubo, la convalescenza faticosa, ho un po' la ferita ed i muscoli dell'addome che tendono a sfiancarsi ed in ultimo ho un problema di erezione. Sì, ci riesco ma con difficoltà. Capito? Il medico è stato esemplare come professionalità e competenza, ma io sono cambiato, in peggio”.

Vittorio: “Ahi, Fabrizio, che mi dici, mi conforti e nello stesso tempo mi deprimi. Comunque sappi che io dovrò fare tra qualche anno una “revisione” e questo non è consolante. Poi devo essere attento ai reni perché ho una lieve insufficienza renale”.

Fabrizio: “Bah, la verità è che spesso non esiste, tranne rari casi, una completa guarigione e così si deve convivere con nuove realtà fatte di piccoli e grandi disturbi, un po' di nuove paure prima non conosciute, l'importante comunque è non abbassare mai la guardia sui nostri umori e le nostre paranoie. Del resto se siamo qui a giocare un torneo ci diamo una bella risposta da soli”.

Vittorio: “Dai va , tocca a noi. Mi raccomando la prima di servizio, mettila dentro che io poi gli infilo la voleè, una seconda lenta mi ammazza..”

Fabrizio: “Speriamo mi entri, altrimenti faccio come Chung...”

Fabrizio e Vittorio arrivano in semifinale, poi si fermano, con onore.

Negli spogliatoi Fabrizio fa vedere la sua cicatrice... “Vedi che taglio? In ospedale dicono grande taglio, grande chirurgo..boh,

Comunque non mi fa male, ho un piccola ernia vicino all'ombelico ma tutto sommato la pancia regge”.

“Da questo punto di vista, caro Fabrizio, guarda qui, due microtagli all'inguine, nemmeno si vedono più, certo è incredibile il progresso della tecnica medica”.

“Sì, Vittorio, questo è indubbio, ma a che costo? E poi non è che sei una bella donna, una cicatrice fa tendenza....scherzo ovviamente”. I due entrano sempre più in confidenza. Il fatto di confrontarsi e confidarsi esperienze personali comuni è un grande collante, forse unico. È proprio vero il proverbio che dice mal comune mezzo gaudio. Perché sia Fabrizio che Vittorio hanno risolto il problema che li assillava, ma entrambi devono subire le conseguenze di una inevitabile variazione della loro omeostasi messa a soqquadro da un intervento, convenzionale o mini-invasivo che sia, allo stes-

so tempo pesante e delicato. Fabrizio con il problema sessuale e addominale, Vittorio con i continui checkup e la paura di un reintervento. Sta al medico, prima di tutto, essere esempio di equilibrio e saggezza, nel porre al paziente una diagnosi certamente non banale e nel proporre un trattamento idoneo. Ogni scuola di pensiero sui diversi trattamenti può essere legittima. Dopo di che se c'è il fato e la fortuna a dominare ogni evento o scelta, determinante è la forza di ognuno di noi di reagire con orgoglio ad uno stato, come detto prima, di alterato equilibrio fisico e psicologico, del resto inevitabile nell'arco di un percorso di vita. Il che non significa essere malati, assolutamente, ma, una volta curati, l'essere solo partecipi di una realtà del proprio corpo che merita una maggiore attenzione. Perché il proprio benessere rimane la nostra prima necessità.

RISERVATO AGLI ISCRITTI IN REGOLA CON LE QUOTE

Centro per la Lotta contro l'Infarto – Fondazione Onlus

ADVISORY BOARD (ASSEMBLEA DEI PARTECIPANTI)

Atto di convocazione

L'articolo 27 “Advisory Board” del Centro per la Lotta contro l'Infarto – Fondazione Onlus prevede la costituzione dell'Advisory Board, di cui fanno parte i Partecipanti Aderenti, i Partecipanti Donatori, i Partecipanti Esteri ed i Partecipanti Istituzionali, cioè in pratica tutti gli iscritti alla Fondazione.

All'Advisory Board spetta la designazione di sei nominativi, due dei quali saranno successivamente scelti dal Consiglio Generale della Fondazione per entrare a far parte del Consiglio di Amministrazione della Fondazione stessa.

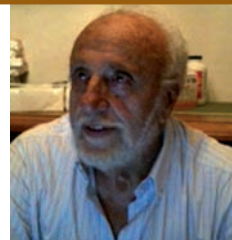
L'Advisory Board è convocato in sessione ordinaria il giorno 17 Marzo 2012 dalle ore 10.00 alle 14.00 presso il Palazzo dei Congressi di Firenze (Piazza Adua 1), in occasione del XXIX Simposio “Conoscere e Curare il Cuore 2012”. In tale sede si procederà alla votazione dei candidati. Coloro che aspirano ad essere eletti devono inviare in via preliminare, mediante raccomandata R.R. entro e non oltre il 31 gennaio 2012, il loro nominativo al Centro per la Lotta contro l'Infarto – Fondazione Onlus, Viale Bruno Buozzi 60, 00197 Roma.

Il Presidente
Prof. Francesco Prati

San Menna, il cuore che non batte

Il dopo terremoto raccontato da chi c'era

di **Alfredo Giordano**



Inizio seconda parte

Del quarantenne che arrivò accompagnato da un amico e con la spalla destra lussata ricordo solo che dopo aver ridotto la lussazione quando mi vide cercare le bende per immobilizzare l'arto colpito, come avrei dovuto, mi fermò con cortesia e fu chiarissimo. "Dotto' questa non è la prima volta che 'sta spalla me se "scavicchia". Vengo dal campo che sta a due chilometri da qui. Sono tutti anziani, o donne o bambini e non abbiamo un medico. Io e l'amico mio siamo gli unici in grado di fare qualcosa. Nun se potemo ferma'..."

Osservai che "...guarda che la spalla te se scavicchia n'antra vorta".
"E io torno da te e me la rimetti a posto. Sennò che ce stai a fa' qua?"

E già!

Quando al mattino del sabato feci notare a Mauro che il veccholino della polmonite stava, sì, migliorando, ma qualche ora di ossigenoterapia sarebbe stata utile non mi lasciò il tempo di dire altro e: "Andiamo. Vieni con me" disse. In venti minuti raggiungemmo l'ospedale dell'Aquila. I danni erano ben visibili e ricoverati non potevano essercene, ma in cortile le bombole inutilizzate non mancava-



Cucina da campo

no. Dopo dieci minuti aveva convinto non so chi a prestarcene una per qualche giorno. Ricordo ancora con piacere che sulla via del ritorno al campo attraversò la nostra strada semideserta un allegro e vivace scoiattolo con tanto di coda all'insù. Era libero, felice e senza pensieri.

Dopo la cena di quel sabato che, in genere, è di riposo si finì per consumare qualche bottiglia di vino di troppo. La grappa dei valdostani e una sorta di cent'erbe abruzzese, non per astemi, contribuirono a scaldare l'atmosfera. Ormai ci conoscevamo. Eravamo amici. Il pericolo, o la semplice paura del pericolo ci fa saltare a piedi pari le ridicole convenzioni di "corretto e civile comportamento" che ci condizionano nella vita di tutti i giorni. Si fraternizza facilmente.

Dopo cena l'alpino che era capitato al nostro tavolo aprì le ostilità canore della serata e "i suoi uomini" si unirono con una voce sola ai cori di montagna in uso dalle loro parti. Notai che non poche delle loro canzoni sono ormai note a tutti, sono diventate "nazionali" e quasi tutti i presenti riuscirono ad unirsi al coro. Il contrattacco abruzzese, più che prevedibile, fu capitanato da un ventenne che si armò di un piccolo organetto tipico del posto. I valdostani dimostrarono di conoscere e apprezzare le canzoncine nostrane. La vita ricominciava. Stavano tornando il sor-

riso e la serenità indispensabili per risorgere. Avviandomi verso la branda intorno a mezzanotte, non per primo ma neanche per ultimo, trovai le cuoche valdostane e le loro aiutanti locali ancora indaffarate a pulire alcune centinaia di uova sode e a tagliare alcune decine di colombe pasquali. Insieme al salame da affettare il mattino successivo sarebbero servite per la prima colazione.

Tutto può mancare, anche un tetto sulla testa. Alle uova, al salame e alla colomba non si può rinunciare per la colazione di Pasqua.

Mi accompagnò verso la tenda il coro ormai comune a tutti e le parole sempre più lontane di "...fammelo riturna' pe n'ora sola, lu tempu bello de la contentezza...". Malgrado il testo un po' malinconico erano tutti molto allegri. La grappa e il cent'erbe avevano funzionato egregiamente.

Non so se è vero, ma agli abruzzesi piace credere che quelle parole siano state scritte da Gabriele D'Annunzio anche se dicono di non conoscere l'autore della musica. Non si smette mai di imparare.

In quei pochi giorni, ad esempio, ad oltre settanta anni e dopo più di quaranta di esercizio della medicina mi è capitato di imparare che esiste un cuore che non batte. È invisibile, non esiste elettrocardiografo in grado di dimostrarne la presenza, ma c'è. In alcuni poveri sciaguratelli manca, è vero,





ma è lui che spinge i migliori a rendersi utili perché desiderano aiutare il prossimo. E forse non è neanche esatto dire che ...desiderano aiutare. La verità è che hanno bisogno di aiutare gli altri anche più di quanto gli altri abbiano bisogno di essere aiutati. Non è uno scioglilingua.

Sono i Mauro che affida a terzi la sua agenzia di viaggi forse rimettendoci anche qualche lira per correre a prender freddo nel centro dell'epicentro di un terremoto. Anche a rischio dell'incolumità personale. Sono i Claudio che affida ai familiari il compito di far visita alla madre anziana ricoverata in quei giorni in ospedale, sia pure per motivi non preoccupanti, per andare a cercare i ghiaccioli per qualcuno che non aveva mai visto e mai rivedrà. Sono le Alessandra che consuma qualche giorno delle

sue ferie per andare a lavorare per sedici ore al giorno invece di otto. Stefano, compagno di Alessandra e anche lui volontario della Croce Rossa Italiana, non stava lì solo per starle vicino. Lavorava come e più degli altri ed era un eccellente fotografo alla cui cortesia devo le foto ricordo di quei giorni. È vero che il trentenne Simone utilizzava ogni attimo libero dal "servizio" per tentare di "fraternizzare" più del dovuto con la graziosa psicologa valdostana che organizzava e gestiva la tenda-giochi in cui si riunivano i bimbi del campo. È però anche vero che di attimi liberi ne trovava ben pochi durante il giorno. E Antonio, silenzioso e riservato insegnante in un Istituto Tecnico, aveva chiesto di esser sostituito a scuola nel suo comodo e tranquillo lavoro per venire a sgobbare senza fermarsi un istante.

È a questi "magnifici sei" che devo la mia piccola scoperta relativa al cuore che non batte. E pensare che li ho salutati senza neanche ringraziarli!

Anche se, ne sono certo, non hanno certamente bisogno né di ringraziamenti, né di riconoscimenti o medaglie ricordo. In quei giorni, in quel campo ne ho viste a decine di persone, donne e uomini, che apparentemente stavano svolgendo per solidarietà un servizio di aiuto ed assistenza encomiabile, sì, ma che non cercavano encomi. Non ne avevano bisogno.

Sono stupende persone che si retribuiscono e si premiano da sole perché il cuore invisibile fa nascere in loro il "bisogno" di aiutare gli altri. E non è vero che sono pochissime. Forse è una contraddizione in termini, ma direi che sono altruisti per ...egoismo.

Agiscono con slancio e generosità per sentirsi appagati e soddisfatti.

È, sia pure in sedicesimo, la “sindrome del missionario”. Visto dall'esterno può sembrare che va a cacciarsi in una giungla o tra il colera e i cannibali per nobiltà d'animo, per altruismo o per Fede.

Certamente è anche così. Anche, ma non solo.

La verità è che nella prima lettera che riuscirà ad inviare alla madre le confesserà che mai in vita sua si era sentito tanto “felice” e finalmente “realizzato”. Anche in lui c'è un cuore silenzioso e invisibile. Forse a spingerlo, oltre alla Fede, c'è anche “l'egoismo altruista” che in quei giorni mi è sembrato di scoprire.

D'altronde dovrà pur esserci un motivo se gli psicologi hanno individuato una “sindrome della crocerossina” che spinge ad adoperarsi per gli altri ben oltre i limiti della comune solidarietà.

Tornando a casa da quell'esperienza, per me un po' faticosa, ma entusiasmante mi è stato chiaro che anche il medico ha bisogno di aiutare il malato non meno di quanto il malato abbia bisogno di lui. E dire che non me ne ero mai accorto! Avevo ormai appeso il camice al chiodo da tre anni e dopo 43 anni di servizio in ospedale, in condotta e “per la mutua”.

Mi era sempre sembrato che fossero gli altri ad aver bisogno di me.

Sbagliavo.

Me lo hanno fatto capire quei soccorsi che

ho avuto la ventura di prestare “a mani nude” e in precaria disponibilità di mezzi tecnici. Mi hanno riportato a quando, ventiseienne laureato da un anno e con limitata esperienza clinica, finii in condotta ad Orvinio, un paesino di ottocento abitanti sotto il monte Velino. Probabilmente non ci capitai per caso, ma perché “me la stavo cercando”. L'ospedale più vicino era a trenta chilometri di una stretta e dissestata strada di montagna. I soccorsi e i parti “fatti in casa” nei primi anni '60 con il solo aiuto di un'anziana ed espertissima ostetrica non erano semplici prestazioni professionali. Il rapporto non era soltanto da medico a malato, ma anche da uomo a uomo.

Ci voleva un “imbacuccato”, uno “scavicchiato” o un anziano polmonitico per chiarirmi le idee. Ci voleva un energico alpino non più giovane a cui ho visto brillare gli occhi per la gioia quando, in dodici ore, riuscì ad offrire a trecento persone infreddolite un posto a tavola in una tenda anche troppo riscaldata. Non era semplicemente orgoglioso del risultato, ma anche felice di quell'aiuto che era riuscito a portare. Quella sera si presentò per ultimo a ritirare il vassoio con la cena che passava il convento. Non rinunciò al vino. Forse è anche a loro che dovrei dire grazie.

I “magnifici sei” non li ringrazierò mai a voce anche se in cuor mio lo faccio. Ho idea che non riuscirebbero a capire di che cosa dovrei ringraziarli. In quei giorni non dimenticabili, in fondo, ci siamo divertiti insieme.

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

Detection of very early stent healing after primary angioplasty: an optical coherence tomographic observational study of chromium cobaltum and first-generation drug-eluting stents. The DETECTIVE Study (Heart Online First, published on August 31,2011)



Come guariscono gli stent?

Francesco Prati, Filippo Stazi, Jaime Dutary, Alessio La Manna, Alessandro Di Giorgio, Tomasz Pawlosky, Nieves Gonzalo, Maria Elena Di Salvo, Fabrizio Imola, Corrado Tamburino, Mario Albertucci, Fernando Alfonso

Intervista di **Franco Fontanini**

Caro Francesco si sente sempre più spesso parlare di stent, puoi spiegare ai nostri lettori, a grandi linee, cosa sono ed a cosa servono?

Come molti probabilmente sapranno gli stent sono dei dispositivi medici che possiamo immaginare come dei supporti a maglie metalliche che vengono impiantati nelle arterie coronarie dopo che si è proceduto alla loro dilatazione. La loro funzione è dare sostegno alla parete delle arterie così riducendo il rischio che si possano riformare restringimenti importanti. Esistono due grosse famiglie di stent, quelli fatti solo di metallo e quelli in grado di rilasciare nel tempo farmaci antiproliferativi capaci di ridurre ulteriormente il rischio della restenosi, i cosiddetti stent medicati. Gli stent, indipendentemente dalla famiglia a cui appartengono, hanno indiscutibilmente mostrato la loro efficacia nel migliorare il successo delle procedure interventistiche.

In tutte le cose c'è sempre il rovescio della medaglia, qual'è il punto debole degli stent?

In effetti anche gli stent hanno il loro tallone d'Achille. Esso consiste nel



Francesco Prati

rischio, fortunatamente molto basso, che all'interno dello stent si possa formare un trombo. Lo stent infatti è un corpo estraneo ed in quanto tale può causare un processo trombotico che, quando avviene, comporta in genere la chiusura improvvisa dell'arteria con conseguenze anche mortali. La trombosi può avvenire precocemente (acuta o subacuta) o tardivamente. La prima si può verificare sia con gli stent metallici che con quelli a rilascio di farmaco, la seconda invece riguarda solo gli stent medicati. Il meccanismo che conduce alla trombosi non è chiaro. Una ipotesi è che possa essere causata o favorita da una mancata ricopertura delle maglie dello stent. Mi spiego meglio: nel corso del tempo lo stent viene gradualmente ricoperto e quasi incorporato dalla parete arteriosa. Se questo processo non si verifica le maglie dello stent restano scoperte e ciò aumenta la probabilità di una trombosi all'interno dello stent.

Tu e Filippo Stazi avete recentemente pubblicato su Heart uno studio sulla valutazione precoce con OCT della ricopertura degli stent dopo infarto miocardico. Ci puoi spiegare di cosa si tratta?

L'OCT è una metodica di imaging intracoronarico che permette di valutare bene la risposta della parete arteriosa all'impianto di uno stent nonché di individuare quelle maglie dello stent che non siano state ricoperte dalla parete del vaso o che siano malposizionate. In questo studio abbiamo cercato di colmare un buco della letteratura osservando con l'OCT cosa succede alle maglie dello stent a brevissima distanza

dall'impianto (3-7 giorni). In precedenza, infatti, le valutazioni OCT erano state fatte almeno a distanza di 3 mesi dall'impianto dello stent. Per tale motivo abbiamo studiato 15 pazienti con infarto miocardico che sono stati trattati in acuto con angioplastica primaria e posizionamento di uno o più stent, sia metallici che medicati ma che, avendo lesioni anche in altre arterie coronarie, dovevano comunque ripetere una coronarografia a distanza di pochi giorni.

Che risultati avete ottenuto?

I nostri dati ci dicono che il processo di ricopertura dello stent è in realtà un fenomeno precoce e che perciò un'alta percentuale di maglie dello stent, circa il 90%, è già ricoperta dopo solo pochi giorni dall'impianto con entrambi i tipi di stent. È probabile che parte delle maglie che sono scoperte dopo una settimana rimangano tali anche nel futuro ed ovviamente qualora queste fossero particolarmente numerose il pericolo di trombosi aumenterebbe proporzionalmente.

Che ricadute pratiche potrebbe avere il vostro studio?

Per ora siamo in una fase molto preliminare ma qualora i nostri dati dovessero essere replicati e confermati in altri studi è però ipotizzabile un impiego precoce dell'OCT a fini prognostici. La valutazione nel singolo paziente della percentuale di maglie scoperte potrebbe infatti essere utile per stratificare il rischio individuale di trombosi e guidare, ad esempio, la durata della duplice terapia antiaggregante.



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.*

Guareschi, con trecento parole scrisse quaranta libri

La nascita di Guareschi potrebbe essere un aneddoto di *Piccolo Mondo*. Era il 1° maggio, suo padre lo presentò alla folla festante dal balcone addobbato di bandiere rosse della Casa del Popolo al termine del comizio del senatore socialista D'Aragona, il quale gli annodò un fazzoletto rosso al collo e, dopo aver placato gli applausi, lo sollevò e declamò: "Compagni, proprio oggi festa del lavoro in questa casa che ci ospita è nato un nuovo compagno, al quale auguro, a nome di tutti voi, una vita lunga e felice".

Non fu un buon profeta: quel neonato non ebbe una vita lunga, non divenne socialista e non fu felice, nonostante l'irrepetibile successo dei personaggi ai quali dette vita con i suoi libri, celebri in tutto il mondo.

Il padre, orgoglioso del neonato, era un piccolo proprietario un po' balzano, socialista che credeva nel Padreterno, aveva portato nella Bassa la prima trebbiatrice a vapore, i primi grammofoni con le romanze di Verdi, all'occasione operatore cinematografico nel teatrino parrocchiale e meccanico, che finì in miseria.

La madre fu per quarantanove anni l'unica maestra di Marore: per lei esistevano tre cose: Dio, il re e la grammatica.

Il figlio frequentò il Collegio Maria Luigia, nel registro della quinta ginnasio il rettore lo definì pieno di spirito, molto intelligente, con irrefrenabili doti umoristiche. Nello studio ottiene con il minimo impegno i massimi risultati.

Si iscrisse a legge e subentrò, come istitutore, a Zavattini che partì per Milano. Fece il correttore di bozze alla *Gazzetta di Parma*. Per arrotondare, cominciò a girare per la provincia in bicicletta alla ricerca di notizie, in mancanza inventava racconti paesani e aneddoti che lo resero popolare, finché decise di seguire Zavattini a Milano in cerca di fortuna. Dopo poche settimane venne richiamato soldato in artiglieria.

Andrea Rizzoli lo raggiunse sull'Appennino alle esercitazioni di tiro per assumerlo

nella redazione di un giornale umoristico che sarebbe stato diretto da Zavattini il quale si era ricordato delle sue cronache bassairole e dei suoi disegni.

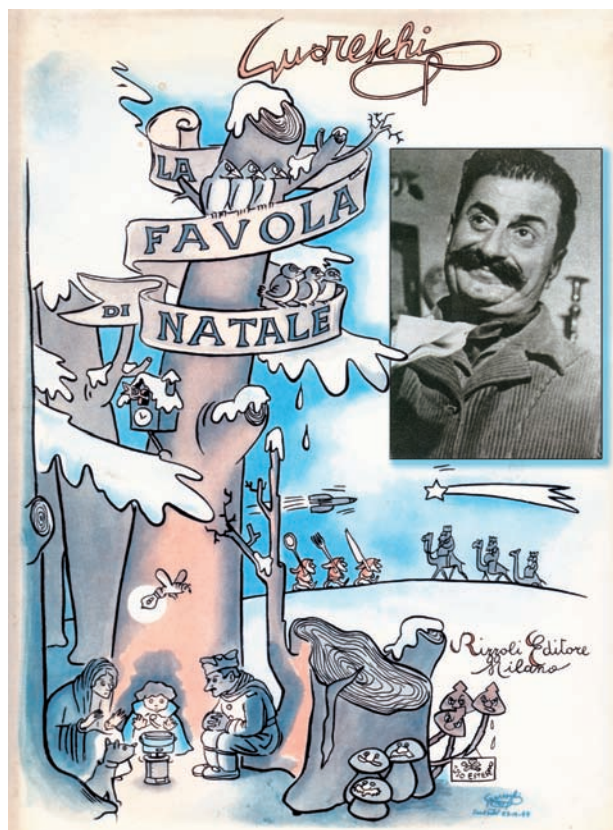
Il primo numero di Bertoldo uscì nel '36 diretto da Metz perché durante la preparazione Zavattini aveva litigato con Rizzoli. Chi è sugli ottant'anni non ha certamente dimenticato il signor Veneranda, il Fesso d'oro, I raccontini di Giuseppe Marotta, le vignette di Mosca, le gambe delle donne di Boccasile, le prime maggiorate italiane di Barbara.

I giovani amarono i due fogli bisettimanali tanto diversi da ciò che si leggeva in quei tempi.

Guareschi inventò le vedovone immense, sempre vestite di nero, critiche dei costumi che cambiavano, delle giovani mogli che lasciavano la cucina per andare in palestra e che miravano a restare giovani fino a cinquant'anni. Guareschi finì prigioniero dei tedeschi in un lager polacco.

Nel dopoguerra, con Giovanni Mosca fece Candido che ebbe un immediato successo addirittura superiore a Bertoldo.

Nella testata, ai lati del titolo, c'erano due rubriche fisse, divenute famose: "Visto da destra" e "Visto da sinistra", nel mezzo c'era la coscienza politica di Candido nei panni di un omino con i baffi e il cappello che rappresentava il lettore, l'italiano medio, pacifico, benpensante, auspicava l'equilibrio, sperava nella riappacificazione fra gli italiani, nella moralizzazione e di ridare fiducia ai delusi. In modo sempre ironico e bonario si opponeva agli estremismi e al qualunque.



Il sogno di Guareschi, la sua grande illusione era quella di insegnare a ridere agli italiani. Era convinto che i partiti di massa non hanno giornali umoristici, e che non possano averne perché vivono nella retorica. La sua fiducia gli procurò amarezze e dispiaceri.

Guareschi stimava molto il presidente Einaudi il quale, da Ministro al Bilancio aveva abbassato il costo della vita del 13% e che vedeva impegnato nella moralizzazione della vita politica e amministrativa, ma lo criticò con amarezza quando vide in giro bottiglie di Nebbiolo con l'etichetta, "il vino del Presidente" che giudicò indegne e fece una serie di vignette col tema "Brindate Einaudi", come quella dei due carabinieri che di fronte ad un ubriaco furioso si giustificavano "Non possiamo arrestarlo, è ubria-

co di Nebbiolo, la sbornia è legale”, che non piacque al Presidente e lo denunciò. Fu condannato ad otto mesi con la condizionale. Finì in carcere poco dopo per la pubblicazione delle famose lettere di De Gasperi agli americani che risultarono false. Il tribunale non volle credere alla sua buona fede e lui si rifiutò di chiedere il condono, come aveva detto “no” nel lager a Kesselring che gli offriva la libertà in cambio della ripresa della pubblicazione di Bertoldo.

Chi lo difese sempre fu Montanelli, il quale era convinto che nei personaggi di Guareschi ci fosse qualcosa che lo rendeva pari al Bertoldo di Giulio Cesare Croce e a Simplicissimus, personaggi universali ed eterni; nella sua prosa, scrisse, c'è un rigore, un'immediatezza, una fragranza di vita che nessuno scrittore contemporaneo, più colto di Guareschi, neppure si sogna.

Negli USA viene tutt'ora affiancato a Mark Twain. Enzo Biagi, alcuni anni prima di morire chiese che cosa ne era di Malaparte, di Corrado Alvaro, di Elio Vittorini, di Guido

Piovene e di Italo Calvino dei quali nessuno parla più e molti sono dimenticati.

I libri su *Piccolo Mondo* hanno avuto più traduzioni della Bibbia, persino in *Braille*. L'interesse per Guareschi prosegue da oltre cinquant'anni, i suoi libri si seguitano a stampare in tutto il mondo, mentre l'interesse degli studiosi è addirittura in aumento. Diceva di usare trecento parole, ma i suoi libri erano letti da Fermi, Roncalli, Adenauer, Auriol, Sabin, Longanesi, Churchill, la regina d'Inghilterra. Di Don Camillo e Peppone solo in Francia ne sono state vendute quasi due milioni di copie, la “Favola di Natale” li ha superati, continua ad essere ristampato ed è stato tradotto perfino in russo e in esquimese.

Ha ricevuto elogi anche da persone che la pensavano diversamente da lui, come Bocca che cercò di spiegare perché quell'irsuto, isolato, anomalo scrittore della bassa padana riscuotesse tanto successo in tutto il mondo, e come avesse potuto capire tante cose con tanto anticipo sugli altri, cose che si sono tutte avverate e che ci hanno portato alla crisi attuale.

Guareschi ebbe molti avversari, ma nessun nemico. Persino Togliatti che all'inizio lo aveva rabbiosamente insultato in un comizio, dopo anni, incontrandolo, lo salutò con deferenza.

Inutile ricordare i film con Gino Cervi e Fernandel, che interpretarono insieme per vent'anni, con un successo strepitoso e che circolano ancora nelle televisioni.

A Guareschi sarebbe piaciuto interpretare Peppone e ci provò, ma il regista Duvivier commentò: “La faccia c'è, forse anche la



stoffa, le manca il mestiere”.

“Si può imparare il mestiere?”, chiese speranzoso il padre di Peppone.

“Lei, mai!”, fu la risposta inesorabile di Duvivier.

Fu la sola cosa che non gli riuscì nella vita. Durante la ripresa di uno degli ultimi film, Don Camillo dice a Peppone: “Ti ren-

di conto che siamo due fantasmi? Che fra non molto verremo cacciati?”

Come il senatore D’Aragona sessant’anni prima, non fu buon profeta.

Guareschi non realizzò i suoi sogni, le sue speranze andarono deluse, ma gli italiani non lo metteranno mai da parte, lo ricorderanno sempre con affetto e nostalgia.

Nell’estate del ’62 quando i suoi familiari erano al mare, Guareschi, cupo e amareggiato, viveva nella soffitta della casa di Roncole e un pomeriggio avvertì un improvviso violento dolore al petto. Capì subito che si trattava di infarto e ricordava di aver letto che, in caso di attacco, bisognava restare immobile per almeno ventiquattro ore.

Con cautela raggiunse il letto, vide finire il giorno, trascorrere l’interminabile notte estiva, vide sorgere il nuovo sole. Il dolore lentamente si attenuò, si sentiva spossato, ma quando fu certo che ventiquattro ore erano trascorse, con calma raggiunse il telefono e chiamò aiuto. In clinica gli dissero che l’immobilità l’aveva salvato.

Per qualche tempo seguì le raccomandazioni dei medici, poi cominciò a prenderle meno sul serio: si stancò della dieta e delle medicine, riprese a fumare e a fare scorpacciate di tortellini e culatello. Quando seppe che il professor White aveva consentito ad Eisenhower, anche lui colpito da infarto, la bicicletta e qualche whisky, seguì questi soli consigli. Era convinto che la sua malattia dipendesse dal disagio e dalle amarezze che avvertiva dentro di sé e si accorse per la prima volta di far fatica a scrivere. Nell’estate del ’68 andò a Cervia per stare lontano dalle vicende che gli guastavano l’esistenza.

Il mattino del 22 luglio spalancò la finestra della camera, salutò la bagnina che spalancava quella di fronte. Gli sembrava di recuperare un po’ di serenità. La sera prima aveva cenato al “Pirata” con tutti i familiari, aspettava Carlotta con i bimbi per andare in spiaggia. La bagnina lo vide girarsi e scomparire, Carlotta lo trovò sul letto senza vita.

Lo seppellirono nel piccolo cimitero di Roncole, fra la chiesa e la casa natale di Verdi, con la giacca di velluto a coste e la camicia a scacchi in una tomba scavata nella terra, per letto una benna di ghiaia che un amico capomastro, mantenendo la promessa, aveva portato dal greto del Po.

Il parroco, somigliante a Don Camillo, lesse l’orazione funebre, brevissima. “Adesso vi racconto tutto di me, ho l’età di chi è nato nel 1908, conduco una vita semplice: non mi piace viaggiare, né lo sport, né tante fantasticherie, in compenso credo in Dio”. Era l’inizio della sua autobiografia mai terminata. Sulla bara di rovere solo la scritta: “Giovanni Guareschi, 1908-1968”.

Un chirurgo di “cuore” Werner Forssman e il primo cateterismo cardiaco

di Massimo Pandolfi



Era stanco, dopo una giornata di lavoro. Anche se aveva solo 52 anni le visite del pomeriggio, dopo una giornata di sala operatoria, cominciavano a pesare. Chiudendo la porta dello studio pensò che la camminata per arrivare a casa gli avrebbe fatto bene, quando fu distolto dai suoi pensieri dalla voce di un assistente, trafelato più del solito. “Herr Doktor, Herr Doktor, un telegramma per Lei, da Stoccolma!!”

Werner Forssman lo aprì, scuro in volto, alzando spirali di fumo dall'irrinunciabile sigaro che ora nervosamente quasi mordeva.

Cosa potevano volere ora da lui? I fantasmi di un passato vivo e recente turbavano ancora i suoi sonni: era stato un errore entrare nei corpi scelti di Hitler ed anche se non si era macchiato di alcun crimine non parlava mai di quei tempi. In fondo ne aveva commessi di errori giovanili e pensava di averli scontati tutti.

Il contenuto del telegramma lo riempì di stupore: avrebbe ricevuto il Premio Nobel della Medicina, proprio nel dicembre di quello stesso anno, il 1956. Lo avevano segnalato due illustri studiosi, due pionieri del cateterismo cardiaco, con i quali avrebbe diviso l'onore ed il premio.

Si sedette sugli scalini, con il foglio penzolante nella mano sinistra e lasciò che il fiume di ricordi riempisse ogni angolo della sua mente....



Werner Forssman

Si assicurò che l'infermiera fosse legata bene: aveva bisogno di un testimone oculare ma non voleva che la donna, sua assistente in tutto, corresse dei guai a causa sua. Già altre volte aveva dovuto interrompere l'esperimento perché qualcuno era sopraggiunto, ma stavolta era tutto a posto. Il catetere, sterilizzato, giaceva sul panno verde, assieme ai pochi ferri chirurgici che gli servivano. Si iniettò l'anestetico ed incise, preparando la vena. Si era allenato a usare solo la mano destra e con movimenti abili e rapidi, introdusse il tubicino, un Nelaton lungo 65 centimetri. L'aveva infilato quasi tutto, quando irruppe nella stanza il Dottor Peter Romeis, uno degli assistenti anziani di Unger. "Cosa stai facendo, pazzo?" urlò cercando di estrarre il catetere dalla vena, ma Forssman, ormai deciso fino in fondo, si difese prendendo a calci il più anziano collega e imboccando la scala che portava in Radiologia.

Come d'accordo con uno dei tecnici, si fece fare una radiografia del torace che dimostrò inequivocabilmente che il catetere era avanzato fino al cuore e più precisamente fino all'atrio destro.

Il giorno dopo fu chiamato dal Direttore dell'Augusta Viktoria Home di Eberswald che lo apostrofò duramente: "Werner, non abbiamo bisogno di fenomeni da baraccone. Lei è licenziato!!".

La cosa non impressionò Forssman che, comunque deluso da tale ingratitudine, lasciò i suoi interessi cardiologici e si specializzò in urologia.

Durante la guerra fu chirurgo militare, divenendo Sturmbannführer (maggiore) del corpo speciale di Hitler, le SS. Non commise atrocità ma operò in Sanità sul fronte russo, riuscendo a mettersi in salvo dall'Armata Rossa attraversando a nuoto l'Elba per finire prigioniero degli americani.

André Cournand e Dickinson Richards avevano letto la sua esperienza e si ricordarono di lui quando furono proposti per il Nobel. Vi furono alcune resistenze per il passato militare del coraggioso tedesco ma poi furono vinte e così poté avere il meritato premio.

Quando lo intervistarono dichiarò di sentirsi come un prete di campagna nominato vescovo e alla richiesta se avesse intenzione di riprendere gli studi di cardiologia, rispose che si considerava un fossile vivente e non avrebbe rinunciato per nulla al mondo alla sua soddisfacente vita di Direttore della divisione chirurgica dell'Ospedale Evangelico, a Dusseldorf.

Ma il destino beffardo non si scordò di lui e lo colpì al cuore, quel cuore in cui non aveva esitato ad introdurre, primo essere umano della storia, un tubo di caucciù, incurante del dolore e delle possibili conseguenze, quel cuore che fu risparmiato da una devastante guerra.

Si manifestò sotto forma di infarto nel 1979, pesante prezzo per i tanti sigari fumati. Ironia della sorte pochi anni dopo, grazie anche al suo gesto pionieristico, centinaia di vite saranno salvate dall'evento che per lui fu fatale, grazie all'angioplastica primaria.

Food for Thoughts

a cura di **Mario Albertucci**



Questo articolo molto interessante (stampato sul *The New York Times* del 2 settembre 2011) ci porta, in un certo senso, ad una inversione dei ruoli... Cosa succede quando il medico diventa paziente? (il Dott. Eric D. Manheimer, direttore sanitario del Bellevue Hospital Center di New York, racconta la sua esperienza).

Quando i medici diventano pazienti

Le note delle canzoni più famose di Frank Sinatra filtravano attraverso il fragoroso rumore dell'acceleratore lineare (dispositivo medico che dispensa la radioterapia con estrema potenza e precisione) ma non ero certamente nello stato d'animo per apprezzarle, tuttavia mi sono fatto una nota mentale di portarmi il CD di Steely Dan (gruppo Rock degli anni '70) per il prossimo trattamento.

Ero stato legato al duro lettino metallico e il tecnico di radioterapia aveva appena immobilizzato la mia testa con una maschera che era stata disegnata sul profilo della mia faccia. Io ed il lettino metallico ci saremmo mossi prima su e poi giù rispetto all'arco metallico che mi sovrastava e che mi avrebbe bombardato con elettroni ad alta energia seguendo il programma computerizzato che de-

finiva i parametri anatomici del mio carcinoma della laringe e dei linfonodi del collo nei quali aveva metastatizzato.

Non ero più un medico, ora ero un paziente. Tutto questo avveniva circa tre anni fa.

Durante la passata primavera è stato pubblicato uno studio molto controverso sugli *Annals of Internal Medicine* che ha dimostrato come i medici consiglino per i loro pazienti trattamenti differenti da quelli che seguirebbero se fossero loro i pazienti. Vale a dire che i medici prescrivevano facilmente per i loro pazienti trattamenti salvavita gravati da seri effetti collaterali che raramente avrebbero prescritti per se stessi.

Il timore del pubblico era che questo dato indicasse che i medici sapevano qualcosa che non condividevamo pienamente con i loro pazienti.

La mia esperienza con la malattia mi ha insegnato invece una verità molto più semplice: quando in ballo c'è la propria salute i medici diventano irrazionali come tutti gli altri.

Il mio problema era un carcinoma squamoso della laringe, inizialmente delle dimensioni di una lenticchia ma che poi si è esteso ai linfonodi del collo. Sapevo che questa era una brutta gatta da pelare; ho incontrato questo problema e le sue conseguenze molte volte vestendo il camice bianco, con lo stetoscopio intorno al collo al capezzale dei miei pazienti. All'inizio ero mentalmente preparato per quello che mi

aspettava. Mi sono convinto di fare il paziente, di aver fiducia nei miei medici e di lasciarmi guidare

attraverso le terapie, le complicazioni e gli effetti collaterali dei trattamenti che si presentavano con allarmante regolarità. Mi sono sottomesso ad un regime terapeutico brutale che è rimasto invariato negli ultimi 40 anni. Duemila unità di radiazioni al giorno per 35 giorni, con alte dosi di chemioterapia al platino, seguiti a distanza di un anno, dall'intervento chirurgico di dissezione radicale dei linfonodi del collo dove il cancro si era diffuso.

Ben presto mi sono reso conto della situazione disperata in cui ero finito.

Per i miei medici tutto girava intorno ai numeri, lo stadio clinico del mio tumore, i chilogrammi di perdita di peso, la perdita di forza fisica con la quantificazione dello sta-

to funzionale. Anche per me era tutta questione di numeri: i sei pasti che spingevo con una siringa attraverso un tubo di plastica collegato al mio stomaco, il numero di passi che potevo fare da solo, quante ore dovevo ancora aspettare prima di poter prendere la pillola che mi consentiva di dormire. Ma c'era ancora altro: il mio mondo si era progressivamente ridotto ad un piccolo asteroide sospeso tra la nausea incoercibile e l'ottundimento cerebrale derivante dalla chemioterapia che rendeva la mia testa vuota e febbrile, sospesa tra la vita e la morte.

La mia sopravvivenza era espressa con una percentuale, non affatto malvagia, il 75% se avessi portato a termine il regime terapeutico, come cercavano

The New York Times

di spiegarmi i miei medici. Ma sempre più spesso mi trovavo a riflettere su che cosa sarebbe successo se io fossi caduto in quello sfortunato 25%. Se completato il regime terapeutico il tumore fosse riapparso non ci sarebbero state altre opzioni terapeutiche. Solo la morfina e le terapie palliative. Avevo 58 anni. La morte alla fin fine è per tutti una certezza al 100%. Quindi che senso aveva tutto questo?

Durante un periodo di ricovero in cui ho ricevuto una trasfusione di sangue e dei farmaci per stimolare i miei globuli bianchi, ho deciso che ne avevo avuto abbastanza. Ho rifiutato ogni ulteriore radioterapia e chemioterapia. Giacevo nel mio letto e guardavo gli eventi che si svolgevano in-

torno a me, la disperazione della mia famiglia e l'impotenza dei miei medici, senza ansia, consapevole di aver preso la decisione giusta. I miei medici non potevano impormi il trattamento o convincermi a continuarlo, ma, per fortuna, mia moglie Diana poteva e lo ha fatto.

“Tu completerai il trattamento” mi disse con dolcezza. Io non avevo l'energia né la voglia di discutere. Mi ha accompagnato lei stessa nel sotterraneo dell'ospedale per completare il ciclo di radioterapia.

I miei sogni di morte non erano il prodotto di momenti di terrore ansioso. La mia voglia di vivere mi aveva semplicemente abbandonato e quindi ero pronto a morire. Questo stato mi aveva inoltre reso incapace di fare da solo la scelta giusta. La mia malattia era trattabile e le possibilità di guarigione buone. I miei medici si comportavano in maniera professionale e garbata,

ma in ultima analisi non potevano decidere per me. Quando né i medici né il paziente sono in grado di prendere la decisione giusta, è di vitale importanza avere vicino una famiglia premurosa, anche se in questo campo i problemi legali ed etici sono molto complicati.

La prossima settimana saranno tre anni da quando ho notato quella raucedine che era il sintomo del cancro, ora sono di nuovo al lavoro e vivo una vita molto impegnata. Ma la malattia mi ha cambiato profondamente come medico. Anche se sono sopravvissuto alla malattia, non sono certo di essere meglio preparato se dovessi affrontarla di nuovo. Non esiste nessuna scuola che ti possa preparare ad essere un paziente.

Se ho imparato qualcosa è la consapevolezza che quella sensazione di vulnerabilità e quell'esperienza fanno di me oggi certamente un medico migliore.

Quante volte abbiamo sentito commenti come “ quel medico è molto umano... ti capisce subito e ti fa sentire a tuo agio”... o d'altro canto “ quel medico è bravissimo, ma è freddo come una macchina, solo fatti e tecnica”.

Chissà che cosa c'è dietro gli atteggiamenti dei medici che suscitano questi commenti. È meglio il freddo calcolatore tutto scienza e tecnica che fa quello che deve fare senza farsi coinvolgere o chi con la stessa professionalità si avventura nell'animo dei suoi pazienti ... “food for thoughts”

Lettere a Cuore e Salute

D. **Depressione, disfunzione erettile, cuore e terapia antidepressiva**

Gentile Dott. Stazi,
nell'interessante articolo "depressione, disfunzione erettile e cuore" pubblicato sullo scorso numero di *Cuore e Salute* ho letto che la concomitante presenza di depressione e disfunzione erettile aumenta il rischio di avere malattie cardiovascolari. La mia domanda è la seguente: in pazienti che abbiano appunto entrambe queste patologie il rischio cardiaco può essere ridotto dal ricorso alla terapia antidepressiva?

Gabriele T., Roma

R.

Gent.mo Sig. Gabriele,
la Sua domanda, che ho purtroppo dovuto sintetizzare per ragioni editoriali, è estremamente appropriata. Purtroppo non è al momento possibile dare una risposta certa. Alcuni dati, derivanti però da un numero ancora limitato di studi, hanno segnalato, infatti, che i farmaci antidepressivi sembrano essere in grado di migliorare la prognosi in pazienti che hanno già sperimentato un infarto miocardico. Nessun risultato è invece disponibile sui possibili effetti cardiovascolari della terapia antidepressiva nella popolazione generale. Tanto meno abbiamo a disposizione studi relativi all'efficacia di tale terapia in soggetti con disfunzione erettile. Ciò nonostante il riconoscimento della presenza di disfunzione erettile e di una depressione del tono dell'umore è di grande importanza, anche a prescindere dai possibili effetti benefici o meno della terapia antidepressiva, in quanto individua una popolazione ad aumentato profilo di rischio cardiovascolare che, in quanto tale, può particolarmente giovare delle misure di prevenzione cardiovascolare.
Cordiali saluti.

Filippo Stazi



iStockphoto.it

D. Circolazione delle gambe

Sono un paziente delle “vetrine”, come li definite voi, di quelli che si devono fermare a guardarle contro voglia. L'autonomia mi si è ridotta progressivamente e oggi già dopo 100 metri sento il dolore alle gambe, più la destra che la sinistra, che mi costringe a fermarmi. Ho 63 anni, gli esami del sangue sono quasi normali e ho solo il vizio del fumo, che mi dicono devo assolutamente smettere. Ho fatto molti doppler, dei quali non capisco nulla, ma non sembrano così disastrosi. Ho preso varie medicine che non mi danno alcun beneficio. Qualcuno dice che si può operare, altri sono piuttosto scettici sui risultati. Nessuno mi ha mai parlato di fisioterapia, potrebbe giovare? Vi ringrazio e saluto con stima e cordialità.

Renato F., Marghera

R.

Caro Signor Renato,
la sua storia clinica è direi tipica dei pazienti che, come lei, soffrono di un'arteriosclerosi ostruttiva delle arterie degli arti inferiori e lei ne descrive bene la problematica. La quale deve appunto precisare le cause, i fattori favorenti, gli esami per valutarne il grado e l'estensione, e la terapia da attuare. Più che le cause, che sono ancora materia di sottili disquisizioni scientifiche, dobbiamo stare attenti ai fattori di rischio, che lei come lettore di Cuore e Salute conosce bene e ne ha già sottolineato il principale, il fumo. Talmente importante per le arterie delle gambe che se non lo si



sospende ogni terapia, anche la più avanzata, diventa solo palliativa, ossia temporanea. L'esame principe per seguire l'evoluzione della malattia è il Doppler (la prego di metterci la maiuscola in omaggio allo scopritore Christian Doppler), che va periodicamente ripetuto ogni 6 o 12 mesi secondo i casi. E veniamo alla terapia che, rispetto alle titubanze espresse nella sua lettera, oggi sta ottenendo risultati molto incoraggianti. Che non sono ancora quelli dei bypass e delle angioplastiche coronariche o carotidee, ma grazie agli sviluppi delle tecniche e dell'esperienza degli operatori vi si stanno avvicinando. Lei che vive nel Veneto ha in Padova due gruppi che stanno pubblicando risultati molto entusiasmanti. Dove purtroppo la medicina ha fatto fiasco è nella terapia con farmaci e non vedo presupposti nemmeno per la fisioterapia e per tutte quelle "alternative" che non sono in grado di riaprire i "tubi intasati". Il suo caso, vista anche l'età, mi sembra possa beneficiare delle nuove tecniche di angioplastica percutanea o di endoarteriectomia, che in molti centri si sta sviluppando molto bene. Con i migliori auguri e saluti.

Eligio Piccolo

Fumare come un turco o come un cinese ?

Una volta si diceva "fumare come un turco", ma oggi, dopo aver letto sul New England del 22 giugno scorso il resoconto di Qiang Li, epidemiologo cinese, il quale ci informa che attualmente in Cina si contano 301 milioni di fumatori, il 53% maschi, ma solo il 2.4% femmine; il 18% ragazzi e il 30 % adulti; con poche differenze tra popolazione rurale e urbana e fra i diversi gradi di istruzione; più fumatori gli operai (51%) che i contadini (30%) e senza differenze tra un parallelo e l'altro di quel vasto paese, c'è da concludere che la palma del primato turco, peraltro databile al primo dopoguerra, va ora trasferita con tutti gli onori e gli oneri (!) ai cinesi.

E.P.



Conoscere e Curare il Cuore 2012

Coordinamento
Francesco Prati

Segreteria
Alessandra Tussis

VENERDÌ 16 marzo

I SESSIONE

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

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

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

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

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

II SESSIONE

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

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

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

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

III SESSIONE

MODERATORI

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

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

Bruno Trimarco, *Napoli*

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

Corrado Tamburino, *Catania*

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

Pietro Delise, *Mestre-VE*

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

Alessandro Capucci, *Ancona*

16.00 **Discussione**

16.30 **Intervallo**

IV SESSIONE

MODERATORI

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

17.00 **Langioplastica nella malattia dei graft safenici: nuove evidenze.**

Ugo Limbruno, *Grosseto*

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

Alessandro Boccanelli, *Roma*

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

Fiorenzo Gaita, *Asti*

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

David Antoniucci, *Firenze*

18.00 **Discussione**

SABATO 17 marzo

V SESSIONE

MODERATORI

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

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

Cesare Greco, *Roma*

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

Ottavio Alfieri, *Milano*

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

Orazio Valsecchi, *Lecco*

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

Massimo Volpe, *Roma*

10.00 Discussione

10.30 Intervallo

11.00 LETTURA

Ablazione nella fibrillazione atriale: cura o lifting?

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

VI SESSIONE

MODERATORI

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

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

Gianni Casella, *Bologna*

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

Raffaele De Caterina, *Chieti*

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

Gianfranco Sinagra, *Trieste*

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

Maddalena Lettino, *Pavia*

12.30 Discussione

SIMPOSIO "La placca instabile"

MODERATORI

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

15.00 Lo studio OPPOSITES.

Francesco Prati, *Roma*

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

Gian Piero Perna, *Ancona*

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

Claudio Cavallini, *Perugia*

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

Filippo Crea, *Roma*

16.00 Discussione

16.30 Intervallo

VII SESSIONE

MODERATORI

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

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

Roberto Violini, *Roma*

17.15 Il miocardio non compatto.

Claudio Rapezzi, *Bologna*

17.30 Il BNP: dal laboratorio alla pratica clinica.

Angela Beatrice Scardovi, *Roma*

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

Paolo Camici, *Milano*

18.00 Discussione

DOMENICA 18 marzo

VIII SESSIONE

MODERATORI

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

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

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

Per informazioni e dettagli (scheda di iscrizione) consultare il sito www.centrolottainfarto.it e cliccare su "Congresso Conoscere e Curare il Cuore".



Quaderno a Quadretti

di Franco Fontanini

Benvenuti Buddisti

Oggi nessuno mette più in dubbio l'esistenza storica di Buddha, si ritiene anzi che ce ne siano stati più di uno, e si avverte un crescente interessamento ai suoi messaggi e agli esempi di Baggio, Richard Gere e agli altri buddisti novizi convinti di aver finalmente trovato la strada che porta alla serenità.

È arduo trovarla, ma è praticabile per tutti, senza bisogno di miracoli, preconizzano incoraggianti. Non è necessario ascendere alle solitudini himalaiane, da dove discese il veggente *Kala Devola* per trovare il bambino nato da nobile famiglia in una notte di plenilunio, al quale era stato dato il nome di Siddhartha, che sarebbe diventato famoso in tutto l'oriente come Buddha, il "Risvegliato", che avrebbe insegnato al popolo la via per uscire dal pessimismo e dal senso di impotenza, caratteristico della vita indiana.

Recentemente ricercatori dell'Università del Wisconsin hanno portato un piccolo contributo scientifico a favore del buddismo.

Mediante sofisticatissime tecnologie di scansione, sono riusciti a dimostrare che nel lobo prefrontale sinistro del cervello dei buddisti, vecchi e neofiti, la zona detta amigdala presenta una più intensa attività che negli agnostici e nei seguaci di altre confessioni. In questa zona sarebbero localizzati i centri delle reazioni emotive, e della felicità. Non sono stati chiariti i meccanismi attraverso i quali questo avviene, ma le ricerche proseguono.

I Buddisti hanno scarsi dubbi che ciò sia vero, anche se parlano di serenità piuttosto che di felicità. I seguaci di Buddha nelle sue varie scuole nel



mondo sono oltre trecento milioni, in Italia più di settantamila in lenta progressione, anche se i buddisti si astengono da ogni proselitismo.

In passato c'era stato un certo declino causato dal marxismo che considerava il buddismo di discendenza liberale con simpatie capitaliste; fra i neobuddisti sono in maggioranza quelli provenienti dalla sinistra e sostengono che la loro conversione non è una fuga dal mondo come molti pensano bensì una precisa scelta di vita.

Anche se le regole da seguire sono piuttosto semplici e non molto numerose, la conversione non è facile perché è indispensabile vincere l'egoismo, schivare il male e compiere il bene senza aspettarsi aiuti dagli altri, ma confidare solo in sé stessi e progredire esclusivamente per merito proprio. Per i buddisti non esistono i miracoli e, infatti, si rifiutano di seguire ciecamente l'autorità. Il loro catechismo afferma che questo comportamento è di consolazione e di guida per coloro che non vedono nel progresso materiale e nel benessere il principale scopo dell'esistenza, che rifiutano la lotta selvaggia per il possesso dei beni e dei piaceri che l'egoismo persegue senza tregua e che non si sentono del tutto appagati dalle dottrine dominanti. Condannano il comunismo, mirano ad altri orizzonti che vanno oltre le speranze del cristianesimo e le promesse del progresso scientifico.

Fra i tanti stranieri che da anni vengono nel nostro Paese, qualche buddista non sarebbe sgradito.

Inventò l'uomo di mezza età

Com'era inevitabile Marcello Marchesi è ormai pressoché dimenticato, nell'indice dei nomi citati nei libri è più frequente il suo omonimo Gualtiero, gastronomo lombardo. Leo Longanesi, nel necrologio, lo definì il miglior talento sprecato del secolo, giudizio assai condiviso perché dopo tanti aforismi, calembours memorabili, massime, articoli, sketch, dialoghi televisivi esilaranti, che sfornava come brioches, molti si aspettavano il capolavoro umoristico che la sua straordinaria sagacia psicologica, la sua inventiva, le sue qualità letterarie, il suo humor, autorizzavano ad aspettare.

I suoi giudizi sempre caustici che non sba-



gliavano mai il bersaglio, le sue battute che non mancavano un colpo, non sono stati seguiti da racconti o romanzi dello stesso livello. Avrebbe dovuto fare l'avvocato, ma si rese conto che non avrebbe saputo difendere

neppure sé stesso, lo scoprì il vecchio Riz- zoli quando fece “Il Bertoldo”.

Con Mosca e Guareschi, nel dopoguerra con Metz lavorò per il cinema sempre chiuso nell’Hotel Moderno a Roma presso piazza Colonna, per tenere buone le diverse mo- gli, far fronte ai creditori e uscire dai guai economici in cui si cacciava senza tregua. Scriveva continuamente soggetti, sceneg- giature, dialoghi per i film: i registi gli chie- devano almeno una battuta finale, uno sketch di dieci minuti, che facesse ridere gli spettatori, quattro battute che poi an- dranno in giro a far pubblicità.

Accontentava sempre tutti, a volte per la fret- ta e la stanchezza confondeva i personaggi. Quando urgevano guadagni maggiori, sfor- nava slogan pubblicitari fortunatissimi per dentifrici (con quella bocca può dire ciò che vuole), per il brandy che crea un’at- mosfera, per acque minerali, dopobarba, di- magranti. Era un battutista memorabile: purtroppo le battute presero la mano al let- terato che non riuscì mai a trovare il tem- po per scrivere cose di maggior impegno. Si fermò sempre a frammenti, fuochi d’ar- tificio, premesse e promesse.

La più vasta popolarità gli venne dalla te-

levisione per la quale creò un personaggio nuovo, attuale, problematico: il “signore di mezza età”.

Invecchiò maldestramente come aveva previsto. Disse: sono un acrobata che, sal- tando da un attrezzo all’altro, non si è ac- corto che il tempo passava.

Sperando di trovare la serenità agognata si sposò, andò a vivere in una casa sul mare di Sardegna, ebbe un figlio: credeva di ave- re trovato la felicità.

Annegò davanti alla moglie e al figlio, a ses- santasei anni.

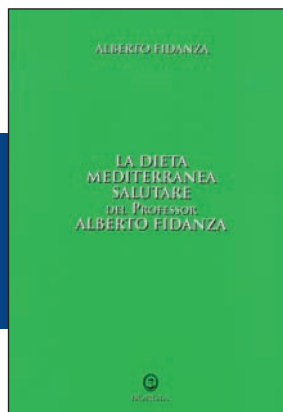
Un suo aforisma diceva: “Chi non muore si ricrede”. Lui non ne ebbe il tempo.

Quesiti

Dice la biologia che l’organo crea la fun- zione. Come si spiega che il cieco Tiresia sia stato il più veggente dei greci, che il brutto Socrate abbia parlato della bellezza meglio di tutti, che l’eunuco Saddi cantasse l’amore meglio di ogni altro persiano e che il sordo Beethoven abbia creato la musica più meravigliosa?

Lo scriveva Papini a suo tempo. Cosa di- rebbe oggi dei tanti miliardari che parlano sempre del benessere del popolo.

tra i libri ricevuti



Aggiornamenti cardiologici

di Filippo Stazi



Complicazioni a lungo termine dei defibrillatori biventricolari: Gli autori di questo studio multicentrico italiano hanno cercato di appurare la frequenza con cui nella pratica clinica si verificano complicazioni legate all'impianto di defibrillatori biventricolari (CRT-D). A tal fine sono stati valutati i dati relativi a 3.253 pazienti sottoposti ad un primo impianto di CRT-D. Nel corso dei primi 18 mesi dopo la procedura si sono verificati eventi connessi col dispositivo impiantato nel 13% della popolazione e nel 12% è stata necessaria una revisione chirurgica. A 4 anni di distanza dalla procedura il 50% dei soggetti era stato sottoposto a reintervento per esaurimento della batteria mentre il 14% lo era stato per eventi non programmati. Alla stessa distanza di 4 anni dall'impianto la necessità di nuova procedura per scarica della batteria era invece del 10% e del 13% in caso di defibrillatori monocamerale e, rispettivamente, bicamerale. I reinterventi non previsti erano invece, nei defibrillatori non biventricolari, rispettivamente il 4 ed il 9%. Il rischio di infezione era nel caso di primo impianto di CRT-D dell'1% per anno mentre era maggiore (HR 2,04) a seguito di intervento di sostituzione del generatore. Dislocazioni dell'elettrocattetero per il ventricolo sinistro si verificavano con una frequenza del 2,3% per anno ed erano predette da un'alta soglia di stimolazione all'impianto e da lunghi tempi di scopia (espressione di difficoltà della procedura). La comparsa di complicazioni non sembra però indurre un peggioramento della prognosi in quanto la mortalità risultava sovrapponibile ($p = 0.682$) sia in chi era sottoposto a revisione chirurgica che in quelli che non subivano invece reinterventi.

(*Circulation* 2011;123:2526-2535)

Dopo il Dabigatran il Rivaroxaban...(Rocket AF): 14.264 pazienti con fibrillazione atriale non valvolare e rischio moderato-alto di stroke (CHADS2 score ≥ 2) sono stati randomizzati a ricevere una dose fissa (20 mg al giorno o 15 mg in caso di insufficienza renale) di rivaroxaban o una dose variabile, INR-dipendente, di warfarin con l'obiettivo di testare la non inferiorità di un farmaco rispetto all'altro. L'end point primario che era l'occorrenza di ictus ischemico od embolia sistemica si è verificato con una frequenza dell'1.7% per anno nel gruppo rivaroxaban e del 2,2% nel gruppo warfarin ($p < 0.001$ per la non inferiorità). Gli eventi emorragici complessivi sono risultati sovrapponibili nei due gruppi (14,9% per anno vs 14,5% per anno) ma il rivaroxaban ha ridotto significativamente le emorragie intracerebrali (0,5 vs 0,7%; $p = 0,02$) ed i sanguinamenti letali (0,2 vs 0,5%; $p = 0.003$) mentre ha aumentato significativamente quelli gastrointestinali (3,2 vs 2,2%; $p < 0.001$). L'incidenza di infarto miocardico è risultata simile nei due gruppi. In conclusione il nuovo farmaco appare essere non inferiore al warfarin nella prevenzione dello stroke e delle embolie sistemiche. (*New Engl J Med 2011; 365: 883-891*)

... E l'Apixaban (Aristotle): 18.201 pazienti con fibrillazione atriale e rischio moderato di stroke (CHADS2 score ≥ 1) sono stati randomizzati a ricevere una dose fissa (5 mg due volte al giorno, dose dimezzata in caso di età > 80 anni, peso corporeo < 60 kg o creatinina > 1.5 mg/dl) di apixaban o una dose variabile, INR-dipendente, di warfarin. L'end point primario che era l'occorrenza di ictus ischemico o emorragico o di embolia sistemica si è verificato con una frequenza dell'1.27% per anno nel gruppo apixaban e dell'1,6% nel gruppo warfarin ($p < 0.001$). Gli eventi emorragici maggiori (così definiti se comportavano un calo dell'emoglobina ≥ 2 g/dl o richiedevano trasfusioni o si verificavano in sedi critiche o, infine, se risultavano letali) sono risultati significativamente inferiori nel gruppo apixaban (2,13% per anno vs 3,09% per anno; $p < 0.001$). La mortalità totale è risultata inferiore nel gruppo trattato con l'apixaban (3,52% per anno vs 3,94%; $p = 0.047$). Gli stroke emorragici sono stati ridotti significativamente dall'apixaban (0,24% per anno vs 0,47% per anno; $p < 0.001$) così come quelli non emorragici (0,97% per anno vs 1,05% per anno; $p = 0.42$). Anche l'incidenza di infarto miocardico, infine, è stata minore, sia pure non in misura significativa, nel gruppo apixaban. L'ovvia conclusione degli autori è che nei pazienti con fibrillazione atriale l'apixaban è superiore al warfarin nella prevenzione dello stroke e delle embolie sistemiche, causa minori emorragie e riduce la mortalità. (*New Engl J Med 2011; 365: 981-992*)

Il tromboelastogramma: un vecchio test sempre giovane

di Marco Marietta



Finalmente il viaggio conduce alla città di Tamara. (...)

L'occhio non vede cose, ma figure di cose che significano altre cose: la tenaglia indica la casa del cavadenti, il boccale la taverna, le alabarde il corpo di guardia, la stadera l'erbevendola.

Italo Calvino (Le città invisibili)

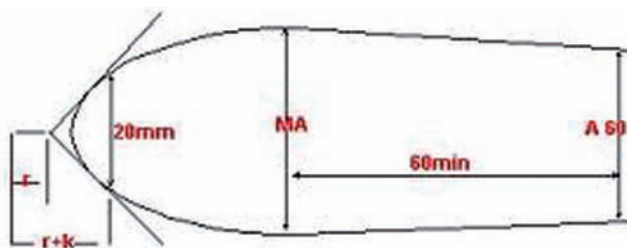
Le parole di Calvino dovrebbero introdurre qualunque scritto di medicina che si occupa di segni e sintomi e della loro interpretazione, ma forse dovrebbero addirittura accompagnare l'attività quotidiana di ogni medico. La diagnosi richiede la capacità di capire e di interpretare i segni al di là del loro significato contingente, come significanti di altro, senza fermarsi al loro primo aspetto.

Questo è sempre vero, ma particolarmente quando si tratta di emostasi e di pazienti emorragici, perché gli strumenti diagnostici in questo specifico campo offrono visioni limitate e a volte quasi fuorvianti, di una realtà complessa e dinamica come la coagulazione. Infatti i test di laboratorio di base hanno molti limiti concettuali che possono essere così sintetizzati:

- eseguiti su plasma, non tengono conto della parte corpuscolata
- offrono una visione puntiforme di un sistema in continua evoluzione dinamica
- non rispecchiano il reale funzionamento del sistema alla temperatura corporea del paziente
- risentono in modo non omogeneo della carenza dei fattori della coagulazione

Serve quindi un test di laboratorio capace non solo di ovviare a questi inconvenienti, ma anche di fornire una visione più globale di un

fenomeno complesso e pieno di interrelazioni, quale è la **Tromboelastografia (TEG®)** e **Tromboelastometria (ROTEM®)**. La storia della TEG è strana, ma per certi versi emblematica di come anche in medicina la fortuna delle metodiche diagnostiche possa essere legata non solo a rigorose considerazioni scientifiche ma an-



Tracciato tromboelastografico (standard)

che alla “moda” di quel momento storico. La TEG è stata sviluppata più di 60 anni fa ed è stata inizialmente ampiamente utilizzata per valutare la funzione emostatica, salvo essere poi soppiantata dal PT e dall’aPTT, sviluppati nel frattempo, test più nuovi e soprattutto più riproducibili ed affidabili: il limite principale della TEG era infatti la variabilità sia nei tracciati di risposta sia nella loro interpretazione da parte dell’operatore. La metodica è caduta quindi in disuso ed è stata snobbata dagli esperti di emostasi, salvo essere recuperata dagli anestesisti, soprattutto da coloro che si occupavano di trapianto di fegato e di cardiocirurgia. In questi ambiti specialistici divennero presto evidenti i limiti concettuali dei test di base dell’emostasi e la loro incapacità a fornire risposte ai problemi clinici quotidiani della gestione dell’emostasi, per cui si riprese la “vecchia” TEG, che grazie anche ai miglioramenti resi possibili dall’informatizzazione divenne un punto di riferimento per quelle chirurgie, e progressivamente anche per altri settori, come ad esempio il politrauma.

La TEG®/ROTEM® fornisce una rappresentazione grafica del processo coagulativo dalla formazione del coagulo alla sua lisi, ed è in grado di fornire informazioni su tutte le componenti del processo emostatico, quali fattori della coagulazione, piastrine, e fattori fibrinolitici.

I primi ambiti nei quali è stata dimostrata la capacità delle metodiche viscoelastiche, di identificare più precocemente difetti dell’emostasi rispetto ai tradizionali test plasmatici e di guidare meglio le scelte cliniche,

con conseguente risparmio di emocomponenti, sono, come si è visto, quelli della cardiocirurgia e del trapianto di fegato, ma successivamente i campi di applicazione di queste metodiche si sono notevolmente ampliati, estendendosi anche alla gestione dell’emorragia massiva in corso di trauma. In questo settore la TEG®/ROTEM® ha consentito un fondamentale passo in avanti nelle conoscenze della fisiopatologia di base, migliorando di conseguenza le possibilità terapeutiche. Grazie a queste metodiche è stato possibile non solo approfondire alcuni aspetti di fisiopatologia, come ad esempio i meccanismi con cui ipotermia e acidosi contribuiscono alla coagulopatia del trauma, ma anche esplorare settori prima del tutto ignorati proprio per la mancanza di strumenti diagnostici adeguati, come la fibrinolisi, che si è visto avere importanti ripercussioni sulla sopravvivenza di questi pazienti. Inoltre stanno incominciando a comparire in letteratura lavori che propongono e validano algoritmi trasfusionali basati sui dati forniti dalla TEG®/ROTEM®, dimostrando che queste metodiche permettono di ottimizzare le terapie sostitutive nei pazienti emorragici ed offrono attraenti alternative all’uso del plasma fresco, come il fibrinogeno o i concentrati del complesso protrombinico.

Possiamo quindi rassicurare i nostri lettori: non solo la tromboelastografia non è caduta nel dimenticatoio, ma ha oggi una nuova giovinezza, dimostrando che, in medicina come in tutti gli ambiti dell’esistenza umana, il progresso delle conoscenze non può avvenire ignorando il passato, ma solo sapendone cogliere gli insegnamenti più profondi e preziosi.

Il Decimo Cerchio. Appunti per una storia della disabilità.

di Mario Motolese

PRESENTAZIONE DI **GIORGIO COSMACINI**, ROMA-BARI. *Laterza*, 2011, € 16,00

Tra i molti modi in cui si può raccontare la storia della medicina o la storia *tout court*, quello della percezione di una malattia è tra quelli che permettono di vedere più cose. Perché tiene dentro non solo il progresso della scienza medica ma soprattutto la società in cui esso si è sviluppato. E si intreccia a molte altre storie: quella della progressiva acquisizione di concetti chiave come uguaglianza, diritti, condivisione dell'abbandono (in certe zone non ancora completo) di pregiudizi prescientifici; della ricaduta della conoscenza scientifica e tecnica sul vivere civile; della religione e della sua convivenza in una società sempre più laica.

Ma raccontare le percezioni di una malattia non è facile. Bisogna saper leggere le tracce, le lacune, i segni della rimozione all'interno di testimonianze che, quasi sempre, parlano d'altro. Lo sa bene Massimo Fioranelli che nel suo nuovo libro ha provato a descrivere il modo in cui, nella nostra cultura, ci si è confrontati per secoli con la disabilità. Un tema complesso e sfuggente perché eminentemente moderno, e dunque difficile da storicizzare. Come scrive lo stesso Fioranelli nella premessa, infatti, «nel corso dei secoli il significato di "disabilità" è stato mol-

Massimo Fioranelli

IL DECIMO CERCHIO Appunti per una storia della disabilità

Presentazione di Giorgio Cosmacini



Editori Laterza

to più affine a quello di colpa e peccato, oppure di inutilità; talvolta anche di crimine». Partendo dalla classicità per arrivare sino alle ultime direttive europee, Fioranelli riesce a dare conto con passo narrativo della progressiva presenza della disabilità nella nostra cultura attraverso una serie ben scelta di testi letterari, testimonianze, frammenti di storie con la s maiuscola e minuscola. E si dice presenza perché è soprattutto questo il tema del libro: la lenta entrata nell'orizzonte visivo della disabilità. Lo stesso titolo gioca con questo concetto in modo molto efficace: il decimo cerchio è infatti quello che nella *Commedia* di Dante non c'è. Dante percorre i nove cerchi dal Limbo sino alla bocca di Lucifero incontrando malattie di ogni tipo (idropisia, rabbia, febbri, ecc.); non incontra però nessuno di quelli che noi oggi potremmo qualificare come disabili: persone affette da disturbi motori o psichici tali da ridurne in modo più o meno sensibile le facoltà. E questo perché la disabilità, nel Medioevo, non rientrava nel campo del raccontabile; era perlopiù marginalizzata, rimossa. Una rimozione che riguarda l'*epos* occidentale fin dalle sue origini: come scrive Giorgio Cosmacini nella prefazione «nei poemi omerici sono descritte, spesso con un'evidenza anatomica ammirevole per precisione, 147 ferite e lesioni corporee con una mortalità complessiva del 40 %. Ebbene, dei molti sopravvissuti a quelle lesioni solo alcuni ricompaiono in perfetta integrità

[...]. Dei mutilati e degli invalidi di guerra Omero non si occupa più. Non c'è posto per loro nel suo mondo di eroi». Fioranelli cerca di raccontare il modo in cui quei mutilati e disabili hanno guadagnato visibilità agli occhi di una società che li ha a lungo visti come il segno di una colpa. Nel Catechismo promulgato da Papa Pio V nel 1566, a seguito del Concilio di Trento, si bandivano «i deformi per qualche vizio corporale» dall'abito sacerdotale e dalla somministrazione dei sacramenti. Negli stessi anni, a Roma, i vagabondi (tra cui dobbiamo immaginare i molti ridotti in quella condizione da disabilità innata o acquisita) vengono cacciati dalla città o reclusi con tanto di bolla papale. Un trattamento che continua non molto diverso in Francia, in cui poveri, invalidi, vagabondi e folli vengono rastrellati e obbligati al lavoro coatto in quello che è stato chiamato il *grand referment*, la grande reclusione. Bastano questi due esempi a mostrare come la storia della disabilità si mischi e leghi, per secoli, con altre storie di marginalità. In questo senso, il libro di Fioranelli è anche una storia della progressiva separazione tra questi piani: della lenta presa in carico da parte delle società occidentali della debolezza; della distinzione - non compiuta ovunque nello stesso modo - del concetto di malattia da quello di colpa. Che è poi anche un modo per misurare il progresso con una scala di valori non solo economica.

Si dice che a cinquant'anni un uomo ha la faccia che si merita.
Spesso anche le coronarie.

> **F. Fontanini**

Tutto quello che non si mangia, fa bene alla salute.

> **G. Ceronetti**

Il numero degli scrittori, già cospicuo, è in costante aumento,
perché è l'unico mestiere che si può fare senza averlo appreso.

> **A. Kerr**

Solo l'inutilità del primo diluvio trattiene Dio da mandarne un
secondo.

> **M. Chamfort**

Abuso di potere mitigato dal consenso popolare: ecco l'ideale della
nostra democrazia.

> **L. Longanesi**

Le persone brillanti che si spacciano per cretine, vengono spesso
fraintese da quelle che si spacciano per brillanti pur essendo
cretine.

> **K. Kraus**

Non è naturale essere sempre naturali.

> **M. Vassalle**

Gli ottant'anni sono uno sfacelo, non si può dialogare con i più
giovani per incomprendione generazionale, né con i più vecchi per
rincoglimento reciproco.

> **F. Fontanini**

Un museo può essere moderno, oppure può essere un museo, ma
non entrambe le cose.

> **G. Stein**

aforismi

Se vuoi veramente ingiuriare qualcuno, fallo con amabilità.

> **U. Ojetti**

La speranza è ottima come prima colazione, ma è pessima come cena.

> **F. Bacone**

La prima cosa che guardo in una donna sono gli occhi, quando sono più di due.

> **A. Rostagno**

Non discutere mai con un idiota: la gente potrebbe non notare la differenza.

> **A. Block**

Quando fate le valigie per le vacanze prendete la metà dei vestiti e il doppio dei soldi.

> **Detto popolare**

Non importa tanto essere bravi, quanto essere applauditi.

> **F. Fontanini**

A volte, forse, accade che i discorsi degli uomini intelligenti non hanno un doppio senso.

> **G. Prezzolini**

Gli anni non fanno dei saggi, fanno solo dei vecchi.

> **Detto popolare**

Ogni società ha il tipo di criminali che si merita.

> **R. Kennedy**

Apparteniamo ad un'epoca dove la cultura rischia di essere affondata dagli strumenti di cultura.

> **F. Nietzsche**

CENTRO PER LA LOTTA CONTRO L'INFARTO-FONDAZIONE ONLUS

BILANCIO AL 31/12/2010

STATO PATRIMONIALE

ATTIVO	31.12.2010	31.12.2009
A) Cred.v/soci per vers.ti anc.dovuti	0,00	0,00
B) Immobilizzazioni		
I. Immateriali (al netto di ammort.ti)	4.086,00	255,00
II. Materiali (al netto di ammort.ti)	343.252,00	306.129,00
III. Finanziarie	137.144,00	137.144,00
TOTALE IMMOBILIZZAZIONI	484.482,00	443.528,00
C) Attivo Circolante		
I. Rimanenze	0,00	0,00
II. Crediti	530.750,00	530.286,00
III. Att. finanz. che non cost. immob.	1.644.320,00	715.002,00
IV. Disponibilità liquide	539.978,00	1.350.673,00
TOTALE ATTIVO CIRCOLANTE	2.715.048,00	2.595.961,00
D) Ratei e Risconti	532,00	0,00
TOTALE ATTIVO	3.200.062,00	3.039.489,00

STATO PATRIMONIALE

PASSIVO	31.12.2010	31.12.2009
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	2.347.428,00	1.646.394,00
V. Utile (perdite) dell'esercizio	110.019,00	701.035,00
TOTALE	2.973.904,00	2.863.886,00
B) Fondi per rischi e oneri	0,00	0,00
C) Trattamento fine rapporto	5.810,00	3.169,00
D) Debiti	220.348,00	172.434,00
TOTALE	226.158,00	175.603,00
E) Ratei e risconti	0,00	0,00
TOTALE PASSIVO	3.200.062,00	3.039.489,00

CONTO ECONOMICO

31.12.2010

31.12.2009

A) Valore della produzione

1) Quote associative	491.929,00	425.531,00
2) Contributi e liberalità	17.000,00	672.200,00
3) Contributi 5 per Mille	70.590,00	92.288,00

TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE**579.519,00****1.190.019,00****B) Costi della produzione**

4) Per servizi	386.247,00	335.672,00
5) Per godimento di beni di terzi	26.890,00	26.765,00
6) Per il personale		
a) Salari e stipendi	38.249,00	24.987,00
b) Oneri sociali	11.451,00	7.538,00
c) Trattamento di fine rapporto	2.641,00	1.757,00

52.341,00**34.282,00**

7) Ammortamenti e svalutazioni

a) Amm.to delle immob.ni imm.li	573,00	0,00
b) Amm.to delle immob.ni mat.li	81,00	81,00

654,00**81,00**

8) Accantonamento per rischi

0,00

0,00

9) Altri accantonamenti

0,00

0,00

10) Oneri diversi di gestione

3.245,00

5.892,00

TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE**469.377,00****402.692,00****DIFFERENZA TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)****110.142,00****787.327,00****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	8.967,00	16.784,00
--	----------	-----------

d) proventi diversi dai precedenti	0,00	0,00
------------------------------------	------	------

- altri	1.441,00	3.783,00
---------	----------	----------

10.408,00**20.567,00**

12) Altri oneri finanziari

a) da titoli iscritti nelle immob.ni	0,00	0,00
--------------------------------------	------	------

b) da titoli iscritti nell'attivo circolante	276,00	15.725,00
--	--------	-----------

c) oneri diversi dai precedenti	0,00	0,00
---------------------------------	------	------

- altri	1.476,00	1.768,00
---------	----------	----------

1.752,00**17.493,00****TOTALE PROVENTI E ONERI FINANZIARI****8.656,00****3.074,00****D) Rettifiche di valore di attività finanziarie****0,00****81.866,00****TOTALE DI RETTIFICHE DI VALORE DI ATT. FINANZ.****0,00****81.866,00**

E) Proventi e oneri straordinari

13) Proventi:

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

14) Oneri:

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

TOTALE DELLE PARTITE STRAORDINARIE**0,00 (529,00)****RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)****118.798,00 708.006,00**

15) Imposte sul reddito dell'esercizio

Correnti:

- Irap	8.779,00	6.971,00
Anticipate	0,00	0,00

16) Utile (Perdita) dell'esercizio

110.019,00 701.035,00

**RIEPILOGO ATTIVITÀ SVOLTA NELL'ANNO 2010 DALLA SOCIETÀ DI SERVIZI CENTRO PER LA LOTTA CONTRO L'INFARTO SRL
PARTECIPATA DALLA FONDAZIONE**

Ricavi per congresso	930.082,00
Atri ricavi	23.374,00
TOTALE RICAVI	953.456,00
TOTALE COSTI	952.727,00
RISULTATO	729,00

Sostenete e diffondete Cuore e Salute

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

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



MODULO PER ISCRIVERSI ALLA FONDAZIONE O PER ISCRIVERE UN AMICO

DESIDERO: ISCRIVERMI RINNOVARE L'ISCRIZIONE ISCRIVERE UN AMICO AL

CENTRO PER LA LOTTA CONTRO L'INFARTO - FONDAZIONE ONLUS

COGNOME NOME

CODICE FISCALE

VIA CAP CITTÀ

PROV. NATO A IL

E-MAIL CELL

(* nominativo di chi offre *Cuore e Salute*

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

VERSAMENTO SU C/C POSTALE N°64284003

BONIFICO BANCARIO IBAN IT 56 Y 01005 03213 000000012506

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

ASSEGNO NON TRASFERIBILE

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

AI NOSTRI LETTORI

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

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

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

Il miglioramento della prevenzione e della terapia dell'infarto è parte fondamentale del programma di ricerca della nostra Fondazione.

Prosegue con buoni risultati il nostro studio per acquisire maggiori e migliori conoscenze sui fattori di rischio. Se infatti restano validi quelli tradizionali - fumo, obesità addominale, colesterolo alto, pressione alta, diabete, stress - è tuttavia necessario andare oltre e scoprire perché soggetti fortemente a rischio non sono colpiti da infarto, mentre altri, apparentemente non a rischio, lo sono. Proprio questo è l'obiettivo dello studio **Opposites** attualmente in corso **che si prefigge di chiarire i meccanismi che causano un attacco di cuore.**

La nostra ricerca continua inoltre ad avvalersi delle **più moderne tecniche di imaging coronarico** al fine di **identificare la cosiddetta "placca vulnerabile"** quella ad elevato rischio di infarto, la cui identificazione precoce potrebbe permettere **mirate misure di prevenzione.** Infine, sempre con le stesse tecniche, sono in corso studi finalizzati a **valutare l'efficacia dei farmaci** ed a **guidare la durata dei trattamenti farmacologici.**

La conoscenza di fattori di rischio oggi non evidenti e l'individuazione di nuovi e specifici strumenti di prevenzione e terapia ci consentirà, in un futuro non lontano, di dare un importante contributo alla riduzione della mortalità cardiovascolare.



Sostieni la nostra ricerca

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

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

Vantaggi fiscali:

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

Per maggiori informazioni: www.centrolottainfarto.it

Grazie di cuore

Speciale Natale 2011

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

Per Natale, scegli un regalo di cuore

Biglietto d'auguri

E-Card

Iscrivi un amico al CLI

Libri del CLI

Lettere a Prati
e altre pubblicazioni



Centro per la Lotta contro
l'Infarto - Fondazione Onlus

Capire per prevenire

www.centrolottainfarto.it