

# CUORE & Salute

*30 anni d'impegno*  
NELLA PREVENZIONE E LOTTA ALL'INFARTO




XXX

ANNO

**N.10-11-12 OTTOBRE-NOVEMBRE-DICEMBRE 2012**

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

Una pubblicazione del:

 Centro per la Lotta contro  
l'Infarto

# Speciale Natale 2012

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**

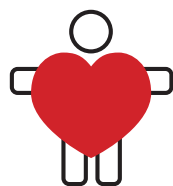
*Lettere a Prati*  
e altre pubblicazioni



Centro per la Lotta contro  
l'Infarto - Fondazione Onlus

**Capire per prevenire**

[www.centrolottainfarto.it](http://www.centrolottainfarto.it)



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

Presidente  
**Francesco Prati**

Presidente onorario  
**Mario Motolese**

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

Il **Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus** riunisce popolazione e medici ed è sostenuto economicamente dalle quote associative e dai contributi di privati, aziende ed enti. Cura la diffusione nel nostro paese dell'educazione sanitaria e della cultura scientifica ai fini della prevenzione delle malattie di cuore, in particolare dell'infarto miocardico, la principale causa di morte. Per la popolazione ha allestito la mostra **Cuorevivo** che ha toccato tutti i capoluoghi di regione, 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.

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

**Direttore Responsabile**  
Franco Fontanini

**Vice Direttori**  
Eligio Piccolo  
Francesco Prati

**Capo Redattore**  
Filippo Stazi

**Coordinamento Editoriale**  
Marina Andreani

**Redazione**  
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 - Srl*  
Viale Bruno Buozzi, 60 - Roma

**Ufficio abbonamenti e pubblicità**  
Maria Teresa Bianchi

**Progetto grafico e impaginazione**  
Valentina Girola

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

Anno XXX  
n. 10-11-12 Ottobre-Novembre-Dicembre 2012  
*Poste Italiane SpA - Spedizione  
in abbonamento postale - D.L. 353/2003  
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)  
art 1, comma 1  
Pubblicazione registrata al Tribunale  
di Roma il 3 giugno 1983 n. 199*

Associata Unione Stampa Periodica Italiana



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

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

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

**30 anni di noi** Francesco Prati 260

• **Cuore & Salute Flash [F.S.]** 261

**Duecento anni di "New England"** Eligio Piccolo 262

**La signora che non sa rinunciare ai consigli, il ciuccio sporco  
e il dramma del padre imbranato** Filippo Stazi 264

**Breve storia del reggiseno** Franco Fontanini 266

**La palla di Tiche**  
**Lutto in Versilia** Franco Fontanini 270

**Viktor Frankl: la ricerca del senso** Paola Giovetti 274

• **Oltre lo spread c'è di più [F.S.]** 277

**Stili di Vita**  
**E allora chiediamolo a loro!** Bruno Domenichelli 278

**Qualche secondo di buon umore** 281

**Dottore ...** Massimo Pandolfi 282

**Il grande mito della misurazione  
della pressione arteriosa** Filippo Stazi 285

• **Braccio destro o sinistro? La pressione è uguale alle due braccia? [V.C.]** 286

**Dal Congresso Conoscere e Curare il Cuore 2012**  
**Placche aterosclerotiche carotidiche ed ispessimento  
medio-intimale. Cambia la prevenzione primaria?** 288

Intervista di Filippo Stazi a Edoardo Gronda

**Pervietà del forame ovale in assenza di episodi ischemici  
cerebrali. In quali casi va chiuso?** 293

Intervista di Filippo Stazi a Roberto Violini

- **Ecco sperimentata la polipillola! [E.P.]** 298



p. 264



p. 270



p. 274



p. 282

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 ricerca del CLI** 299

**O' Sfuorzo** Eligio Piccolo 301

**Lettere a Cuore e Salute** 303

- Il cardiopatico esterrefatto
- I medici sanno ancora comunicare?
- Un ringraziamento di cuore

**Quaderno a Quadretti** 306

**Conoscere e Curare il Cuore 2013** 309

**News**  
**Aggiornamenti cardiologici** Filippo Stazi 313

**Aforismi** 315

**Bilancio** 317

# 30 anni di noi

di Francesco Prati

*Trenta candeline su una torta a forma di cuore; così festeggeremo i trent'anni della nostra Fondazione.*

Nell'occasione devo guardare indietro, immaginando di ripercorrere tre decenni di cambiamenti nel mondo e in medicina. Quando mio padre istituì il Centro per la Lotta contro l'Infarto, che divenne Fondazione ONLUS poco dopo, si avvertiva il forte bisogno di divulgare concetti di prevenzione e la necessità di educare i medici: cardiologi ed internisti. Negli Stati Uniti le campagne contro il fumo erano state avviate da tempo e la nozione dei fattori di rischio coronarico era ben diffusa tra la gente. L'Italia era in ritardo.

La rivista *Cuore & Salute* ed il *Congresso Conoscere e Curare il Cuore* rispondevano bene a queste esigenze dei primi anni ottanta. Le statine non erano ancora state inventate mentre l'aspirina si impiegava per curare il raffreddore; insomma mancava la terapia cardine per prevenire l'infarto.

Le diagnosi si facevano con il fonendoscopio mentre si affacciava sulla scena l'ecocardiografia bidimensionale a prendere il posto della poligrafia. L'angioplastica, appena ideata, non era ancora menzionata nei trattati di clinica medica. E tutti i referti venivano redatti impiegando una macchina da scrivere.

Negli anni ottanta ero uno studente e frequentavo le biblioteche per fotocopiare le riviste di medicina, dopo avere scorso con attenzione l'indi-

30 anni d'impegno

NELLA PREVENZIONE E LOTTA ALL'INFARTO



Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Capire per prevenire

ce analitico. Eh già, il sito pub-med, che ora mette a disposizione tutti gli articoli scientifici recensiti, non esisteva. Attorno ai congressi internazionali c'era un febbrile interesse: chi aveva la fortuna di partecipare doveva al ritorno riportare le novità su come fare diagnosi o su nuove soluzioni terapeutiche da adottare. Ora è tutto alla portata di un click. Siti web dedicati commentano il giorno stesso le novità dei congressi di cardiologia internazionale, lasciando spazio ad interviste e a forum per allargare la discussione.

Non c'è dubbio: queste tre decadi sono trascorse velocemente ma si sono lasciate alle spalle dei cambiamenti radicali. Mi piace pensare che la nostra Fondazione abbia saputo cavalcare un'era di impressionanti miglioramenti tecnologici che hanno profondamente cambiato la medicina ed in generale influenzato il nostro modo di vivere. Anche noi siamo cambiati. Abbiamo affiancato al congresso ed alla rivista un'importante attività di ricerca, prima epidemiologica e clinica, poi fisiopatologica per

contribuire alla comprensione delle cause dell'infarto. Nel millennio dei cellulari, di internet, di facebook e dei motori di ricerca in cui è così facile essere informati, ci siamo rivolti alla prevenzione e cura del singolo individuo. Abbiamo sviluppato un programma di prevenzione individuale che viene svolto in centri clinici dotati delle più moderne tecnologie.

Lo abbiamo fatto nell'intento di trasferire le nozioni derivanti dalla ricerca più moderna alla clinica.

30 anni fa giravamo l'Italia con mostre itineranti realizzate per diffondere i concetti di prevenzione. Oggi attraverso il nostro sito, la newsletter e la rivista informiamo gli italiani sui continui miglioramenti della cardiologia e della ricerca. Li rendiamo edotti dei continui progressi nella terapia dell'infarto e degli sforzi che compiamo nel tentativo di comprenderne le cause. E chissà che in futuro non si possa scrivere che l'infarto è solo un ricordo, da mettere in soffitta, come la vecchia macchina da scrivere.

## Cuore & Salute flash

Come ha detto il Presidente sull'editoriale di apertura festeggeremo i trent'anni della nostra Fondazione con una torta a forma di cuore. Ma non solo. Come in ogni buon compleanno che si rispetti, infatti, ci siamo fatti un regalo; in allegato alla rivista troverete il primo numero di una nuova pubblicazione: *Cuore & Salute flash*, un "quartino" agile e veloce che nasce per continuare a diffondere la cultura cardiologica ma anche con il chiaro intento di promuovere l'attività della Fondazione portandola all'attenzione anche di coloro che non ne sono ancora sostenitori. La nostra speranza è che il regalo non sia tale solo per noi ma pure per coloro che avranno la pazienza di leggerlo.

F.S.

# Duecento anni di “New England”

di Eligio Piccolo



La Storia della Medicina, come tutte le Storie, è maestra di vita nella misura in cui ci mostra l'evoluzione del pensiero umano, delle conoscenze, ma soprattutto ci insegna a non essere superbi dei traguardi raggiunti e a considerare come tutto sia relativo e in continuo cambiamento. Ciò che oggi sembra a molti una verità assoluta, in scienza è solo una ipotesi, una teoria, bella magari, affascinante, ma imperfetta e come tale è giusto che rimanga, come uno stimolo perpetuo a “seguir virtude e canoscenza”. La rivista medica *New England Journal of Medicine*, come ha ricordato Stazi allo scoccare del duecentesimo anniversario della sua edizione (1812-2012), non solo continua ad essere il settimanale più prestigioso di informazione per i medici di tutto il mondo, ma, rivalutando le sue pubblicazioni, è in grado oggi di farci vedere come siano cambiati i mezzi diagnostici, le terapie con farmaci e invasive, e perfino come si è modificata la patologia umana.

Analizzando nelle sue pubblicazioni di questi due secoli le cause di morte nella popolazione generale, relative si capisce alla diagnosi delle malattie che l'avevano provocata, così come si

potavano formulare allora, si ottengono dati, che sono inevitabilmente imperfetti al nostro occhio diagnostico attuale, ma indicativi delle patologie di quel tempo. In una tabella del 1812, che riporta le cause dei decessi nella città di Boston nell'anno precedente (1811), si osserva che le malattie

A large red graphic celebrating the 200th anniversary of the New England Journal of Medicine (NEJM). It features the number '200' in a stylized font, with the years '1812' and '2012' inside the zeros. To the right of the '00' is the acronym 'NEJM' in a bold, serif font.



più frequenti erano la “consumption” e la “debility” (25%), verosimilmente dovute a patologie croniche non specificate, seguite dalle infiammazioni e malattie infettive (14%), dai nati morti (5%) e dalla mortalità infantile (6%), e poi le dissenterie varie (3%), l’età avanzata (2.6%), gli ictus (2.5%) e molte altre più rare; mentre il cancro incidereva solo per lo 0.5% e le malattie di cuore con gli eventuali scompensi non erano affatto menzionate. Si segnalava però la morte improvvisa nel 2.5% del totale, che allora non si sapeva fosse quasi sempre dovuta al cuore. Appare chiaro da questi dati che molte incongruenze erano dovute alle difficoltà diagnostiche, ma anche al fatto che molte patologie portavano all’exitus per mancanza di cure adeguate e che l’età media più bassa, l’alimentazione più sobria, la maggiore attività fisica e l’assenza di certi fattori tossici o inquinanti del mondo attuale (fumo, smog) non consentivano lo sviluppo di molte delle più frequenti patologie di oggi, come l’obesità, il diabete, l’arteriosclerosi nei vari organi e il cancro. Più interessante per noi, rivalutando quegli studi, è leggere lo stesso confronto delle cause di morte fra quanto succedeva nel 1900, epoca già scientificamente più avanzata, e ciò che si osserva oggi (2010). Nel 1900 dominavano le polmoniti (19%), la tubercolosi (18%) e le infezioni gastrointestinali (13%), che nel 2010 sono tutte pressoché scomparse, se si eccettuano un 2.5% di morti da polmoniti e influenza e un 7% di pneumopatie croniche. Le cardiopatie, invece, sono passate dal 13% nel 1900 al 34% nel 2010 e il cancro dal 6% al 33%, mentre

le nefropatie si sono ridotte dall’8% al 2% e le vasculopatie cerebrali dal 9% al 7%. Scomparsa è fortunatamente la difterite, che incidereva per il 3.5% e la sifilide, ma sono comparse però le voci Alzheimer (5%) e diabete (4%). Gli accidenti (stradali o sul lavoro) sono rimasti pressoché invariati, intorno al 7%.

Tutti questi dati ed altri ancora, che sarebbe lungo elencare, ci inducono ad alcune riflessioni, le quali riguardano da una lato i progressi diagnostici e terapeutici, ma dall’altro aspetti più difficili da spiegare poiché attengono alle difese che il nostro organismo mette in atto spontaneamente o grazie alla correzione di certe cattive abitudini. È provato infatti che la tubercolosi aveva iniziato il suo declino già prima della comparsa degli antibiotici negli anni ‘40 e che le coronaropatie e l’infarto nei nostri paesi occidentali evoluti stanno da qualche decennio diminuendo mentre in Russia e in Cina sono ancora in ascesa. Le malattie insomma vanno viste, studiate e seguite non come eventi statici nella loro comparsa, ripetizione ed evoluzione, ma come espressioni di complessi adattamenti che sono legati alla genetica, all’immunologia, alla complessità delle reazioni metaboliche e alle nostre abitudini di vita. Per queste ragioni, diceva un commentatore, appaiono più complete e razionali le malattie del passato, viste con l’occhio di oggi, che quelle attuali o future, ancora gravide di tante incertezze. Il grande clinico William Osler ci ha lasciato questa meditazione: “la medicina è una scienza dell’incertezza e un’arte della probabilità”.

# La signora che non sa rinunciare ai consigli, il ciuccio sporco e il dramma del padre imbranato

di Filippo Stazi

Il giovane padre in primavera prese un giorno di vacanza per portare il figlioletto ai giardini pubblici. Metterlo nel passeggino e assicurarlo con tutte le cinture di sicurezza non fu per lui cosa da poco. Non gli fu facile neppure mettere il passeggino nell'ascensore e si ferì ad un dito per aprire il portone.

Recuperò la gioia in strada dove il figlio riscosse un evidente successo con gran parte di coloro che incontrava, ma imbranato come era non sapeva come comportarsi di fronte a tante effusioni, specialmente di coloro che spingevano un passeggino diretti anche loro ai giardini comunali e più avvezzi ai complimenti reciproci.

Particolarmente insistente era una signora di quelle che De Andrè ha definito "...mai stata moglie, senza mai figli, senza più voglie..." che lo mise a disagio per quella punta di inspiegabile ostilità che gli parve di cogliere nel suo sguardo.

Il giovane padre ritrovò la serenità una volta giunto alla panchina desiderata. Il figlio dormiva indifferente, lui finalmente rilassato distese le gambe, incrociò le mani dietro la nuca, cercando di resi-



stere al sonno, quando la voce severa della vecchia signora lo raggiunse.

“Scusi, ma non lo vede che il suo bimbo è al sole? Lo sposti perché rischia di ammalarsi...”

Il giovane padre ubbidì senza indugio, ringraziò e spinse il passeggino nel punto indicato. Dieci minuti di quiete poi la voce della signora, ancora più severa della volta precedente lo fece sussultare di nuovo.

“Scusi, dico a lei ... ma non sente la corrente di vento che è diretta proprio verso suo figlio? Lo sposti per favore altrimenti si ammalerà!” Il padre, annientato nel suo ruolo e nella sua personalità, spostò ancora il passeggino celando dentro di sé la rabbia ma il movimento maldestro e poco garbato svegliò il bambino che si mise a piangere facendo cadere a terra il ciuccio.

Il padre era disposto a tutto pur di far tacere suo figlio, raccolse il ciuccio lo pulì con le mani e lo rimise in bocca al piccolo.

Aperti cielo!

“E no!” urlò la donna “Non si può! Ma cosa le viene in mente? Ha idea di quanti germi ci sono per terra?”

Il papà, ormai sconfitto, afferrò il passeggino e corse via in direzione di casa. Con l'ultimo sussulto di orgoglio prese dal ripiano del carrozzino la rivista che aveva portato con sé sperando di poterla leggere e la lanciò verso l'anziana signora con fare fintamente distratto.

Era un numero della rivista “Science”.

Non sappiamo se la donna abbia raccolto o meno il giornale e se, nel primo caso, lo abbia anche sfogliato. Forse no e sarebbe un peccato. In quel numero di Science venivano

infatti presentati i risultati di un interessante studio condotto dai ricercatori bostoniani del Brigham and Women Hospital a sostegno dell'ipotesi che l'eccesso di igiene spieghi l'attuale aumentata incidenza di malattie allergiche ed autoimmuni nel mondo occidentale. Gli autori hanno valutato il sistema immunitario di topi privi di microbi (germ-free) mettendolo a confronto con quello di roditori normali. I germ-free presentavano un'esagerata risposta infiammatoria a carico di polmoni e colon, simile a quella osservabile in presenza di asma e colite e ciò era dovuto all'iperattività dei linfociti T, cellule che svolgono un ruolo chiave nell'ambito del sistema immunitario. Ancora più interessante era poi l'osservazione che esponendo i topi germ-free ai microbi durante le prime settimane di vita (ma non da adulti) il sistema immunitario si normalizzava. La protezione fornita dal precoce contatto con i microorganismi sembrerebbe inoltre di lunga durata. La conclusione degli autori era che lo studio “dimostra l'importanza fondamentale di un adeguato condizionamento immunitario attraverso i germi fin da piccolo”. Ovviamente vi è bisogno di ulteriori ricerche che confermino tali risultati anche nell'uomo, però nel frattempo invitiamo nonne, zie ed anziane signore varie ad essere un po' più serene qualora il ciuccio del bambino dovesse finire per terra. Questo era quello che il giovane padre avrebbe voluto dire alla petulante signora, dispensatrice di consigli senza soluzione di continuo, se l'insofferenza rabbiosa non glielo avesse impedito.

# Breve storia del reggiseno

di Franco Fontanini

La considerazione degli organi del nostro corpo è molto cambiata nel corso dei secoli.

Nell'antichità il più importante era il fegato al quale venivano attribuite funzioni fondamentali quali la circolazione del sangue e perfino le divinazioni sul nostro destino. La scoperta della circolazione fece balzare al primo posto il cuore, eletto organo della vita e sede simbolica dell'anima. Con l'illuminismo tutto passò agli ordini del cervello, solo nell'Ottocento venne preso in considerazione il seno che in precedenza aveva interessato solo gli scultori. Oltre che organo della maternità e sorgente di latte dotato di straordinarie proprietà alimentari e terapeutiche, divenne l'archetipo della bellezza femminile, della seduzione, del richiamo sessuale enfatizzato poi dagli psicoanalisti.

Anche la considerazione del seno variò molto secondo l'epoca: ostentato, celato, esibito, represso, condannato. In alcune popolazioni la sua malformazione venne considerata infausta, le neonate con seni abnormi venivano bruciate. Si vuole che Enrico VIII si convincesse a condannare a morte Anna Bolena perché aveva una piccola mammella soprannumeraria.

Le prime ad ostentare il seno come organo di bellezza furono le egizie al tempo dei faraoni, durante il Medioevo e il Rinascimento vigeva la tendenza a nascondere e, salvo le rare eccezioni di regine e di favorite, veniva-



Venere di Milo

*Strophium mammillare*  
(reggiseno) usato dalle  
antiche romane



no impiegate fasciature per reprimerlo, oppure pesanti guaine di cuoio simili a selle per cavalli, che le signore borghesi indossavano come difesa della loro virtù.

Dall'antichità greca, grazie agli artisti, ci sono pervenute le dimensioni del seno: il più celebre è quello della Venere di Milo scolpita da Fidia quattrocento anni a.c., divenute quelle ideali per l'eternità, 94-66-96, forma di semisfera con raggio della base uguale all'altezza del capezzolo dalla parete toracica.

Variamente apprezzato nelle varie culture dell'antichità, ai giorni nostri tutti concordano che il seno è il simbolo sessuale per eccellenza.

In molte specie di mammiferi le modificazioni della mammella fungono da richiamo e favoriscono la sincronizzazione dell'accoppiamento con l'ovulazione, assicurando la riproduzione e la perpetuazione della specie.

In Francia venne stabilito che il seno deve stare in una coppa da champagne, oppure

nel palmo chiuso di una mano di gentiluomo.

Luigi XIV possedeva una serie sterminata di coppe ognuna delle quali aveva il volume e la forma di una sua favorita, c'era anche quella in porcellana di Sèvres attribuita a Maria Antonietta.

Il reggiseno, indumento mistificatorio e rivoluzionario, venne inventato all'inizio del Novecento con il concorso di molti personaggi illustri a cominciare da Gustave Eiffel che, insieme alla celeberrima torre, al ponte metallico di Bordeaux, al viadotto di Garabit e alle conche del canale di Panama, si diletta anche con progetti frivoli come il reggiseno e l'erotico reggicalze che ha ancor oggi nostalgici estimatori e che brevettò a suo nome.

Ideatore ufficiale del reggiseno viene però considerato Paul Poiret, il più fantasioso sarto parigino, inventore della moda, che fece la fortuna della Francia e fece mettere da parte i busti con le stringhe oggetto di tante vignette umoristiche di mariti e ca-

meriere che fanno il tiro alla fune e mirò ad esaltare le forme slanciate della donna moderna.

Per disegnare, colorare e stampare le stoffe, Poiret chiamò nel suo atelier artisti famosi come Raul Dufy, Picasso, Braque, nonché lo strambo artista italiano Marinetti inventore del futurismo e un giovanotto cui non mancava la fantasia appena giunto da Pietroburgo, che si chiamava Romain de Tirof e che divenne il più celebre disegnatore di moda col nome di Erté.

Il più saliente contributo all'esaltazione del corpo femminile la dette però una piccola orfanella, inventrice del tailleur con lo pseudonimo di Coco Chanel, detestata dal misogino Cocteau che l'accusava di aver trasformato con le sue invenzioni le donne in odalische.

Anche se ben modellato e scoperto, il seno impiegò un po' di tempo a recuperare il potere di seduzione che sembra avesse avuto nell'antico Egitto e al tempo di Fidia, perché inizialmente il reggiseno aveva la funzione di spianare le forme e di contenere le mammelle straripanti. Caterina de' Medici che per trent'anni dominò la storia di Francia, confessava di essere infastidita dall'abbondanza ingombrante delle sue poppe che evidentemente ebbero successo perché nel suo letto giacquero papi, re, cardinali, cattolici, calvinisti, ugonotti e altri. Matilde Serao imprecava perché ai pranzi non sapeva se metterlo sopra o sotto la tavola.

Il reggiseno a fascia come quelli delle cinesi che spianavano durarono a lungo e li portarono anche le vamp del cinema muto.

Le ultime sono state le divine Greta Garbo e Marlene Dietrich dotate di altre armi di seduzione più raffinate. I soli reggiseni visibili a quell'epoca erano quelli delle danzatrici hawaiane fatti di fiori.

Il primo seno nudo della storia del cinema che fece grande scalpore, fu quello di Hedy Lamarr; perché si imponessero prepotentemente le maggiorate dovremo arrivare al secondo dopoguerra che ci liberò dalla paura, dalla miseria e dalle reticenze.

A Hollywood divennero famose la prorompente Jane Russel, l'opulenta Jane Mansfield, e soprattutto Marilyn Monroe, simbolo della sessualità serena, libera e gioiosa, anche se lei fu tutt'altro che felice. Le prime, come Jean Harlow, furono contra-



state dal codice Hayw che vietava perfino l'intuizione del reggiseno.

Propugnatori antesignani dei seni sexy furono i disegnatori umoristici Vargas, Barbara e Boccasile, l'inventore della signorina Grandi Firme che ostentava le gambe tornite più che il seno velato come quello di Brigitte Bardot. Pitigrilli esaltò i seni con le punte all'insù come i fiori dell'ippocastano.

Reggiseni e silicone hanno migliorato a non finire il seno modellandolo, solidificandolo, dandogli la forma desiderata, con il contributo della maglietta anch'essa di sottile nylon, due taglie più piccola di quella giusta, a dispetto delle femministe più ostinate che esortavano a bruciare i reggiseni. Sui giornali comparve anche la pubblicità ai balsami orientali che facevano sviluppare il seno.

L'Ottocento era stato il secolo del busto, il Novecento divenne quello del reggiseno.

Solo le inglesi non hanno preso parte a questa avanzata, rifiutano tutt'ora le plastiche, non parlano del seno e comprano il reggiseno a voce bassa, come gli italiani i profilattici.

Il seno di Paolina Bonaparte, eternato dal Canova, viene considerato il più bello della storia, Chateaubriand che lo vide dal vero, lo definì una cosa che non si può dimenticare e ripeté per tutta la vita la sua ammirazione.

Il seno più grande è quello di Serena Grandi, la scollatura più audace quella di Isabella di Baviera, consorte di Carlo IV, che raggiungeva l'ombelico e non usò mai il reggiseno. Si calcola che oggi porti il reggiseno il sessantacinque per cento delle donne di ogni colore: chi disse a Eiffel che la scoperta del reggiseno era più importante della costruzione della sua torre aveva visto giusto.

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

- *in ricordo di Mauro Mondini di Bracciano (Rm):  
i familiari e gli amici*
- *in ricordo di Tommaso Tedesco di Bari:  
il fratello Emanuele*



Foto di Stefano Di Carlo



# La palla di Tiche

a cura di **Franco Fontanini**

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

*Nella rubrica **La palla di Tiche** viene ricordato un personaggio del nostro tempo o del passato, illustre o sconosciuto, morto d'infarto. I medici e i lettori sono invitati a segnalarci casi di loro diretta conoscenza che presentino peculiarità meritevoli di essere conosciute.*

## *Lutto in Versilia*

Un'alba di fine estate di alcuni decenni fa il sole cominciava a illuminare i ravaneti delle Alpi Apuane rendendoli simili a nevai, quando l'avvocato Agnelli chiese a Pasquale Casiello, uno dei maitres più apprezzati nel piano alto della Capannina dei tempi d'oro, indicando la scala: "Quante volte l'hai fatta?"

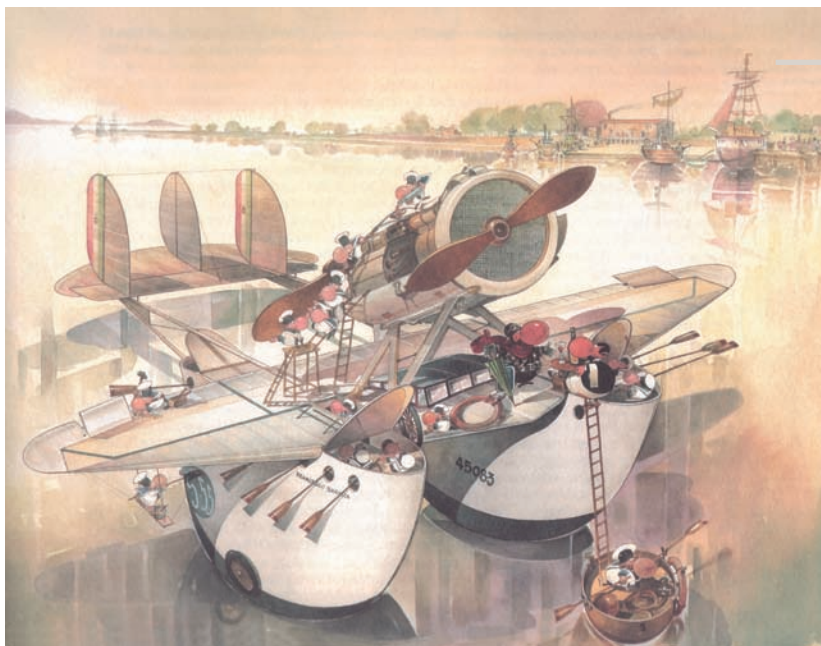
Si davano del tu, che a quel tempo non era in voga: "Penso che avrei scalato almeno un paio di volte l'Everest", rispose Casiello pensoso, come se facesse il conto, "quando cominciai calzavo scarpe numero quaranta, adesso il quarantacinque e i miei piedi sono diventati come quelli delle foche, ma ho sentito dire che fare tante scale salva dall'infarto".

Era scanzonato, per niente conformista, sapeva essere ironico come i versiliesi e scanzonato come i napoletani. Dialogavano volentieri con lui Moratti e Romiti, Luigi Albertini e Thomas Mann, Aldous Huxley e il duca



La Capannina nel 1929





Italo Balbo ammarava vicino a La Capannina dei tempi d'oro per l'aperitivo.  
Acquerello di F. Del Tessa

Visconti di Modrone, amava il pettegolezzo malizioso, custodiva i segreti come una tomba. A quel tempo in Capannina c'erano intellettuali come a Les Deux Magots in Saint Germain des Prés al tempo di Sartre e al Flore di Scott Fitzgerald e si giocava forte. Casiello si lasciò tentare più volte, nonostante le promesse alla moglie, e mai ebbe la fortuna dalla sua.

Molte sue battute sono rimaste storiche. La Capannina dalle origini ha sempre favorito i rapporti informali, da quando cioè a un giovanotto, al quale non scarseggiavano le iniziative, venne l'idea di comprare da un carpentiere una baracca lungo la spiaggia, verso Marina di Pietrasanta, ancora selvaggia, dove D'Annunzio cavalcava nudo sulla battima inseguito da torme di cani ululanti.

In un batter d'occhio vi tirò su una capanna di tavole e stuoie col tetto di paglia, come un tucul, l'illuminazione rudimentale, un grammofono a tromba "Voce del padrone", tavoli scompagnati e una piccola pista dove

si ballava scalzi e in maniche di camicia. Grazie alla simpatia carismatica del giovanotto che aveva lasciato senza ripensamenti la scultura, in poche settimane tutto il bel mondo che villeggiava a Forte dei Marmi, dove ancora transitavano i buoi marmmani che trainavano i blocchi di marmo, vi si ritrovavano la sera a bere l'aperitivo che il marchese Negroni aveva inventato per loro.

Il travolgente giovanotto, di nome Achille Franceschi, era uno scultore che mancava di pazienza. Quand'era sindaco, prima della capanna sulla spiaggia aveva costruito il Grand Hotel, che in seguito avrà grande successo europeo e che gli costò, a causa dei debiti, due anni di galera a Lucca, durante i quali convinse il direttore a rinnovare il penitenziario che, per suo merito, divenne esemplare. Alla scarcerazione trovò una folla di suoi compaesani ad applaudirlo.

Il giorno dell'arresto aveva mandato un fascio di fiori alla moglie esortandola ad ave-

re fiducia nei suoi progetti.

La capanna realizzò un miracolo; frequentata dai più bei nomi dell'aristocrazia, dell'industria, dell'arte, venne chiamata, con votazione unanime, "Capannina". Col successo tutto cambiò, salvo il carattere originario che restò immutato.

Dietro il banco arrivò un giovane tedesco di nome Nico dall'Hotel Quirinale di Roma, da una vicina pensione gestita dalla moglie di Franceschi arrivarono piatti sbocconcellati con cibi raffinatissimi, al posto del gramofono con la manovella venne messo un radiogrammofono Pansthrop Brunswich, il più costoso al mondo, il solo in Italia.

Dopo due anni arrivò l'orchestra negra, tutta l'Italia che poteva permetterselo passava per la Capannina, Italo Balbo ammarava vicino alla spiaggia e ogni volta un cameriere in pattino, con i pantaloni arroto-

lati al ginocchio, gli portava una coppa di champagne.

Per richiesta collettiva dei frequentatori, la Capannina venne aperta in via eccezionale il 31 dicembre 1938 per festeggiare il nuovo anno ma a festa finita divampò un incendio che distrusse tutto e in pochi minuti restò solo cenere.

Achille Franceschi, senza indugi, la ricostruì più grande. Alla riapertura, mentre osservava i festeggiamenti e riceveva valanghe di complimenti e di congratulazioni, ebbe un malore. Due giorni dopo morì per ictus.

Il figlio Nevio che in fatto di iniziative ambiziose non era da meno del padre, la portò a livelli internazionali. I cantanti più famosi, i più celebri divi di Hollywood, i letterati illustri, i campionissimi dello sport ne accrebbero ulteriormente la fama, ma



La Capannina oggi

Pasquale Casiello, maître de La Capannina.  
Memorabili le sue battute all'Avv. Agnelli



col passare degli anni si perse un po' dell'irripetibile atmosfera iniziale.

Casiello era un felice pensionato che, per ammazzare il tempo andava spesso all'edicola che la moglie aveva aperto dal '59, in piazza D'Annunzio, a Fiumetto. Molti vi andavano a comperare il giornale per sentire il suo commento ai fatti del giorno.

Un mattino di novembre, improvvisamente esclamò: "Ho le gambe che non mi reggono". Furono le sole parole che riuscì a dire mentre si accasciava al suolo.

Quando l'ambulanza arrivò era morto stroncato da un infarto. Alla notizia, molti commentarono con amarezza: "Un altro pezzo di Versilia se n'è andato". Le migliaia di scale fatte per decenni non gli avevano giovato come sperava.

Aveva lasciato La Capannina per i limiti d'età ma vi ritornava spesso per incontrare qualche amico non dimenticato e ripetere qualche aneddoto sul suo mondo che vedeva scomparire. Anche la sua Capannina non era più la stessa.

Poco più di un anno fa è uscito presso Laterza, un libretto, si fa per dire, perché sono appena 130 svelte paginette che coloro che hanno conosciuto La Capannina del tempo di Casiello non possono non leggere e che faranno epoca.

L'autore è un giovanotto nato al Forte quando i villeggianti stanziali venivano chiamati dai locali "i signori" e che ci vive. Non si sa da quando, perché il "Catalogo dei Viventi" non l'ha incluso fra i 5062 "italiani

notevoli", mentre siamo convinti che lo sia con pieno merito, perché fra i tanti che hanno scritto sulla Versilia, Genovesi è senza dubbio il più acuto e penetrante, anche se, a malincuore, ha dovuto solo descrivere i cambiamenti in peggio, il declino portato dai miliardari russi, dalle ville con gli archi e i finestroni come cattedrali, dagli oblò sottomarini e le torrette per avvistare scialuppe saracene scomparse da duecento anni.

Ma la tristezza di Genovesi deriva dalla gente che va in spiaggia coi SUV e che viene al Forte per dare l'assalto ai negozi. Lui, da anni, non va più in centro, l'ultima volta ci è andato per comprare un paio di occhiali da nuoto shop-watching.

Ha descritto con un'efficacia che tocca anche chi dovrebbe essere indifferente, l'amara nostalgia che nasce da una malinconia rabbiosa, invincibile. La stessa che proverebbe Pasquale Casiello, se potesse vederla.

# Viktor Frankl: la ricerca del senso

di Paola Giovetti



Arrivato alla fine della sua lunga vita, Viktor Frankl diceva: *Ho trovato il significato della mia vita nell'aiutare gli altri a trovare nella loro vita un significato*. E in effetti questo ha fatto fino a 92 anni, seguendo quell'intuizione che fin da giovanissimo gli aveva fatto definire con chiarezza i principi di base della sua logoterapia (dove il termine greco logos non è inteso come "parola", ma come "senso", "significato") o analisi esistenziale.

La vita di Viktor Frankl assomiglia a un romanzo. Era nato nel 1905 a Vienna, metropoli europea per eccellenza, la città dell'arte, della musica, dell'eleganza, del saper vivere, dell'ordine, della tolleranza. La sua famiglia era ebraica e osservava con diligenza le norme di vita ebraiche, cosa non difficile in quanto nell'impero asburgico gli ebrei vivevano senza problemi, contribuendo al benessere sociale e godendo di tutte le libertà e possibilità. Ebrei furono nella Vienna di allora i musicisti Gustav Mahler, Arnold Schoenberg e Oskar Strauss, gli scrittori Hugo von Hofmannsthal, Stefan Zweig, Arthur Schnitzler e, in campo scientifico, Sigmund Freud.

Il giovane Viktor studiò medicina, poi divenne psichiatra; ammirò molto Freud e fu vicino ad Alfred Adler, anche lui viennese, ideatore della psicologia individuale ma seguì presto vie proprie. A chi gli chiedeva come avesse scoperto la sua teoria, così rispose nel 1980: "In primo luogo per me stesso e del resto chi ha fondato un sistema di psicoterapia vi ha sostanzialmente in-



Viktor Frankl

serito la propria malattia. Si sa che Freud soffriva di piccole fobie e che Adler non era stato particolarmente sano e robusto da bambino. Ed ecco che Freud giunse alla sua teoria del complesso di Edipo e Adler alla teoria del complesso di inferiorità. Io non rappresento un'eccezione a questa regola e sono consapevole del fatto che da giovane ho dovuto lottare intensamente con la sensazione che in fondo tutto potesse essere completamente privo di senso. Ma questa lotta alla fine ha portato a un'affermazione e io ho elaborato un antidoto al mio stesso nichilismo”.

E ancora: “A differenza di quanto accadeva ai tempi di Freud, oggi gli uomini non soffrono tanto per la frustrazione sessuale, quanto piuttosto per la frustrazione esistenziale. E a differenza di quanto sosteneva la psicologia individuale di Adler, la gente oggi non è più afflitta dal sentimento di inferiorità, perché da tempo esso è stato superato da un abissale sentimento di assenza di senso. In generale oggi la gente ha di che vivere, ma non sa quasi più se ci sia qualcosa per cui dovrebbe vivere”.

Ma come dare un senso alla vita? Spiega Frankl: “Fin dal 1929 identificai tre gruppi di valori, ovvero le tre possibilità attraverso le quali l'uomo può cogliere il significato della vita fino all'ultimo istante, fino all'ultimo respiro: A) un'azione che compie o un'opera che realizza; B) un'esperienza, un incontro o un atto d'amore; C) anche quando ci si trova di fronte a un destino ineluttabile (pensiamo a una malattia inguaribile), anche in questa situazione possiamo strappare un senso alla vita, dando testi-



monianza della più umana fra le capacità umane: quella di trasformare la sofferenza in prestazione”. E citava le parole di Goethe: “Non esiste azione che non possiamo nobilitare, sia agendo sia accettando”.

Queste le basi del suo pensiero, che nel tempo venne sistematizzando e organizzando. Nel periodo tra le due guerre Frankl lavorò alla Clinica Psichiatrica di Vienna e all'Università Popolare. Intanto però la situazione si aggravava e l'Anschluss del 1938 segnò la fine dell'indipendenza dell'Austria e l'estensione a questo paese delle leggi razziali tedesche. Per gli ebrei la situazione cambiò radicalmente: furono devastati negozi e abitazioni, distrutte sinagoghe, arrestate migliaia di persone. La comunità ebraica, che prima della guerra contava 180.000 persone, fu ridotta dopo l'Olocausto a 6.000.

Anche Viktor Frankl sperimentò tutto questo e dovette chiudere il suo studio privato. Nel 1941 sposò Tilly Grosser, infer-

miera caposala, appena 21enne, bellissima e generosa. Il loro fu l'ultimo matrimonio ebraico consentito dalle autorità naziste; in seguito fu proibito agli ebrei di avere figli e le donne ebreo incinte furono minacciate di essere inviate subito in campo di concentramento: "Tilly dovette sacrificare la nostra creatura non nata", scrisse Frankl.

Nel settembre 1942 la deportazione per tutta la famiglia: a Theresienstadt morì il padre Gabriel, la madre finì in una camera a gas ad Auschwitz e sempre ad Auschwitz morirono Tilly e il fratello Walter. Solo Viktor sopravvisse a tre lager e su quella lunga e dolorosa esperienza scrisse, appena tornato a Vienna, un libro straordinario, *Uno psicologo nei lager*, tradotto in innumerevoli lingue e venduto in milioni di copie. Qui spiega che all'uomo del lager si può prendere tutto, eccetto l'ultima libertà di affrontare spiritualmente la situazione imposta: "La libertà spirituale dell'uomo, quel bene che nessuno può sottrargli finché non esala l'ultimo respiro, fa sì che egli trovi, fino alla fine, il modo di plasmare coerentemente la propria vita". Fondamentale in condizioni così estreme è credere ancora nel futuro: questa capacità che cercò di infondere anche nei suoi compagni di sventura, lo aiutò a superare i momenti più difficili. E ricordava le parole di Nietzsche: "chi ha un perché per vivere, sopporta quasi ogni come".

A guerra conclusa e tornato a Vienna, apprese della morte di tutti i suoi cari e di tanti colleghi e nella sua disperazione confidò a un amico di ritenere che se era stato messo alla prova fino a quel punto, tutto

questo doveva avere un senso: aveva la sensazione di essere destinato a qualcosa, che gli si chiedesse qualcosa.

Professionalmente fu subito rientrato e già nel 1945 fu nominato primario neurologo del Politecnico di Vienna e tale rimase fino al pensionamento. Si risposò con Elly Schwindt, anche lei infermiera, di vent'anni più giovane, che fu compagna insostituibile, collaborò sempre con lui e gli diede la figlia Gabriele. Ebbe una carriera prestigiosa, che gli consentì di diffondere il suo pensiero; fu un grande conferenziere, favorito anche dalla sua ottima conoscenza dell'inglese, e spesso fu professore ospite nelle università americane: la prima cattedra di logoterapia fu istituita a San Diego nel 1970.

Come uomo, a detta di tutti quelli che l'hanno conosciuto, Frankl era una persona assai semplice, ricca di humor, divertente, entusiasta della vita, grande amante della montagna e ottimo alpinista. Continuò ad arrampicare fino a 80 anni e smise solo per problemi di vista, a 67 anni prese il brevetto di pilota. Bravo caricaturista, ha lasciato parecchie vignette argute e spiritose.

Benché ebreo, ha avuto tanti amici e seguaci tra i sacerdoti cattolici, tra questi Eugenio Fizzotti, psicologo, che è stato decano dell'Università Salesiana di Roma e che del suo maestro ha detto: "Frankl ha lasciato un'eredità difficile, che non sospinge in un cantuccio a leccarsi le ferite provocate da un ambiente ostile, da una struttura caratteriale difficile, da un'educazione autoritaria o permissiva, ma chiede di guardare a fronte alta davanti a sé, di respirare a pieni polmoni l'aria della libertà e della re-

sponsabilità, di spalancare a chiunque le braccia e il cuore senza alcun pregiudizio e di lanciarsi con entusiasmo in quell'avventura che ha come obiettivo il riconoscimento e la promozione del rispetto, della dignità e della salute integrale di ogni uomo”.

Frankl stesso definì la sua logoterapia in questo modo: “La logoterapia si propone di far sentire agli uomini la loro responsabilità di fronte al concreto compito cui sono chiamati e di dire ad essi che più sentiranno la vita come compito, tanto più essa apparirà loro significativa. Chi non è consapevole di questo dovere, accetta la vita come semplice fatto; chi lo conosce, l'assume come consegna”.

Viktor Frankl ebbe una vita lunga e godette fino a ottant'anni di un'ottima salute; poi subentrarono gravi problemi alla vista

che lo costrinsero a rinunciare a molte cose, tra cui la montagna e il volo e che a partire dal 1990 lo resero quasi cieco. Non fece pesare a nessuno la sua menomazione, che accettò coraggiosamente e serenamente. Continuò per altro, con l'aiuto prezioso della moglie, ad essere attivo, a tenere lezioni e conferenze, a lavorare ai suoi libri. Poi subentrarono problemi cardiaci sempre più gravi, tanto che nel 1997, quando aveva 92 anni, l'unica soluzione possibile per prolungargli la vita risultò essere un'operazione di by-pass, che tuttavia data l'età e le condizioni generali presentava non pochi rischi. Frankl non ebbe esitazioni: era un uomo proiettato verso il futuro e se esisteva una possibilità, anche minima, lui optava per quella. Scelse quindi l'intervento chirurgico, che tecnicamente riuscì; dall'anestesia però non si risvegliò più.

## Oltre lo spread c'è di più!

Bloomberg, una delle fonti sacre dei mercati finanziari di tutto il mondo, ha stilato la classifica delle nazioni con le migliori condizioni di salute. Sono stati presi in considerazione numerosi parametri quali ad esempio l'aspettativa di vita media, il peso relativo delle varie cause di morte, le politiche antifumo e le campagne vaccinali ed a seguito di calcoli un po' complicati si è ottenuta una graduatoria per certi versi sorprendente. Gli Stati Uniti si sono infatti piazzati solo al trentatreesimo posto, peggio della tanto vituperata Grecia giunta diciassettesima. La grande Germania è entrata a stento nella top ten e comunque preceduta da Giappone (quinto) e Svizzera (quarta). La palma della vittoria è stata appannaggio di Singapore che ha staccato di un'inezia, udite udite, la tanto derelitta Italia.

Le buone notizie fanno sempre bene, specie nei momenti più duri e, inoltre, la classifica di Bloomberg ci ricorda che, come diceva anche Robert Kennedy, oltre allo spread ed al PIL c'è di più!

**F.S.**

# E allora chiediamolo a loro!

di Bruno Domenichelli



A loro chi? Agli uccelli migratori, naturalmente, che hanno il sole nel cuore. E riflessi di mare impressi nella memoria. Per orientarsi, quando l'avvicinarsi delle stagioni chiama al lungo viaggio. Perché le migrazioni rispondono ai richiami di misteriosi orologi interni e di ritmi ambientali che non falliscono nel suggerire le giuste scelte affinché la specie sopravviva. Estuari e delta di fiumi da sorvolare, punti di riferimento di rotte percorse da millenni. E laghi, su cui riposare le loro cellule stanche dal lunghissimo volo. E valli ospitali fra oriente e occidente, fra le terre calde del sud e settentrioni fertili di nidi. E moli protesi sul mare, come per indicare una strada. E fiordi, che annunciano che il viaggio volge alla fine.





Chiediamola a loro la ricetta per vivere. Ai ritmi geneticamente iscritti nelle loro cellule. Li guida, forse dai centri dell'ipotalamo, un occulto "direttore d'orchestra" che indica il tempo per volare e quello per riposarsi, il tempo in cui è giusto affaticarsi a costruire la vita e quello in cui, attraversando il mare, è giusto poggiarsi sul pennone più alto di un veliero, per recuperare le energie esaurite nel lungo volo.

I ritmi del nostro vivere attuale non rispettano più le esigenze geneticamente impresse nei nostri organi. Scrive lo psicologo Fromm: *"... a migliaia gli uomini confluiscono negli stabilimenti industriali... lavorano insieme secondo ritmi misurati dagli esperti... Alla sera la fiumana refluisce..."*. *"Non resta all'uomo... nemmeno il tempo per riflettere"* - ammonisce l'etologo K. Lorenz. E senza riflessione l'uomo rischia di perdere il contatto con il suo io più profondo.

Sulle conseguenze sulla salute dell'uomo di questo modo di vivere, richiamano la nostra attenzione clinici ed epidemiologi. Sappiamo che buona parte della probabilità di ammalarsi di cuore dipende da *fattori di rischio cardiovascolare* ben conosciuti che caratterizzano la vita dei paesi industrializzati: alimentazione scorretta, sedentarietà, obesità, fumo, ipertensione, ipercolesterolemia. Ma come si spiega allora che tanti infartuati non siano mai stati né fumatori, né ipertesi, né obesi? Non dovremmo forse andare alla ricerca di altri fattori di rischio ancora sconosciuti, nascosti nelle pieghe del nostro modo di vivere? Scoprire l'interdipendenza fra gli attuali modelli esistenziali e la salute è la sfida per il fu-

turo della ricerca medica.

Siamo ben consapevoli delle radici psicosomatiche di molti casi di ipertensione, aritmie, malattie coronariche e morti improvvise. Non è quindi anacronistico augurarci che il cardiologo recuperi una scintilla di intuizione sciamanica, per indagare su ciò che non va nell'esistenza dei propri pazienti.

Il senso di urgenza del tempo che caratterizza l'attuale modo di vivere, può indurre squilibri nell'armonia neurovegetativa. L'ipertono simpatico inonda il circolo di adrenalina, mettendo alla frusta il cuore e induce tachicardia ed ipertensione.

La mancanza delle fisiologiche pause di riposo fisico e mentale compromette i nostri spazi interiori, isole preziose per la difesa della dignità umana e dell'equilibrio neurovegetativo. Gli epidemiologi hanno confermato l'effetto nefasto sul cuore di una vita condotta nel segno dell'assillo del tempo. Numerosi studi confermano infatti che intere popolazioni, come gli indigeni Bantù, costrette a cambiare i loro ritmi esistenziali tradizionali, vedano aumentare l'incidenza delle loro malattie cardiache. È la conferma del ruolo dello stress esistenziale come fattore di rischio cardiovascolare.

Competitività esasperata, aggressività, ansia per la produttività. Una vita condotta all'insegna della lotta contro il tempo esaurisce il patrimonio di risorse interiori a cui attingere nei momenti di crisi. È l'ammonimento dei maestri Yoga: *"L'uomo ha oggi la capacità di pensare sempre più velocemente... Ma, seguendo il pensiero, violentiamo il corpo e il nostro circuito neurofisiologico viene trascinato"*.



È dimostrato che tecniche come la meditazione trascendentale, il training autogeno e lo yoga sono efficaci antidoti contro le malattie da stress. Ma è purtroppo utopistico sperare che la mancanza di tempo che ci attanaglia ce ne consenta la pratica. Sarà più realistico allora imparare a valorizzare le pause lavorative e recuperare la pratica dell'*otium* che dai latini, lungi dal significare “ozio”, veniva inteso in senso positivo, come capacità di compensare un eccesso di attività lavorativa, come spunto di contemplazione e di riflessione. I giapponesi si riuniscono talora fra amici, ponendo una conchiglia di fronte a loro e comunicandosi liberamente i pensieri suscitati dalle sue meravigliose architetture. Conchiglie: forme al confine fra arte e natura, attraverso le quali la natura stessa ci parla, suggerendoci segni cifrati di armonia, di bellezza e di spirale ritmicità. È solo uno dei mille modi per combattere lo stress insito nella lotta per il quotidiano.

E se le conchiglie non fossero sufficienti? Chiediamo allora aiuto a loro, agli uccelli migratori, che ci indicheranno come affrontare

la vita nel modo più naturale. Quando non sentiremo più nel cuore le stagioni della vita, ci insegneranno a percepire la voce dell'orologio interiore che ci dirà che è giunto il momento per recuperare l'equilibrio fra sogno e veglia, fra tensione e distensione, fra lavoro e riposo, fra solitudine e momenti collettivi; un equilibrio la cui rottura ha legami occulti ancora tutti da scoprire con le malattie che minano la vita.

Anche Dio ebbe bisogno di riposarsi, il settimo giorno della creazione, e poggiò le braccia sulle ginocchia.

Osserviamo gli uccelli migratori, quando passano nei nostri cieli, nei giorni in cui le stagioni cambiano. Con il loro volo sicuro ci insegneranno a recuperare il *sensu della meta*, a lasciarci serenamente trasportare dal vento della vita e a riconoscere le linee di forza capaci di orientare il senso della nostra esistenza. Ci spiegheranno che salute, fisica e mentale, è rispetto dell'armonia dei ritmi biologici e che la vita è un succedersi continuo di cicli inviolabili. Osservare l'unisono aerodinamico delle loro formazioni di volo ci mostrerà come lo spirito di collaborazione e il superamento della competitività di gruppo, siano fattori irrinunciabili di successo per le strategie collettive di sopravvivenza.

Ci indicheranno quando, nel sorvolare i mari della vita, è giunto anche per noi il momento di fermarci sul pennone più alto di un provvidenziale veliero, per ricaricare l'energia delle nostre cellule stanche dell'avventura di vivere.

# Qualche secondo di buonumore

La vita si riassume in ... 4 bottiglie.

## REFERTI

“Nel cadere urtava violentemente piede e ginocchio sinistro riportando trauma cranico”

Trauma discorsivo per scivolone su cartone bagnato

“Il ferito dichiara di essersi scontrato con una pompa di benzina proveniente dall'altra direzione”

## CHIAMATE D'EMERGENZA

Centrale 118 a ambulanza: “il paziente è cardiopatico?” Ambulanza a centrale: “negativo, paziente operaio”.

## DIALOGHI SURREALI PAZIENTE-MEDICO

Ho le doglie, sento molto male, non può essere che la forza di gravidanza

Mi dia una pomata per un'escursione alla mano

Ho guidato per 40 anni, poi mi sono addormentato al volante e ho avuto un incidente

Mentre tentavo di uccidere una mosca mi sono scontrato con un palo del telefono

Mi sono fermato a fare un bisogno, quando ho visto la mia auto passare davanti a me nel fosso.  
Forse non avevo frenato.

“Come si sente oggi?” “Guardi nell'amplesso sto meglio”

“Dottore, devo fare l'antitettonica?”

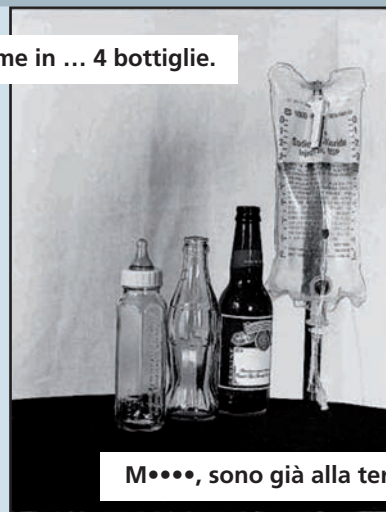
Vorrei una pomata per le emorroidi piccanti

Soffro di tunnel del carpaccio

Vorrei un dentifricio antitarlo

“Dottore, divento allergico quando ci sono i polli nell'aria!”

È miopia o presbiterio?



M\*\*\*\*, sono già alla terza!!

# Dottore ...

di Massimo Pandolfi



Ci fu un tempo, nemmeno poi tanto lontano negli anni ma ormai destinato alla preistoria dei costumi, in cui la professione medica era dura ma apprezzata. Diventare medico, allora, era come tagliare un traguardo prestigioso, garantendo almeno uno scatto sociale alla famiglia o mantenendo una tradizione, appunto familiare, di prestigio nella società.

Era un'epoca in cui l'appellativo, spesso implorante, con cui veniva chiamato il laureato in medicina, era: "Dottore..."; nessuno si sarebbe sognato di chiamare così, familiarmente, nessun altro tipo di laureato; figuriamoci poi quelli che nemmeno ce l'avevano, la laurea. E il proprietario dell'appellativo si sentiva insignito, facendo fede al giuramento che in teoria doveva aver pronunciato, di una specie di potere di vita e di morte che, senza sconfinare nel più deleterio paternalismo, gli conferiva una specie di aura magica capace anche di evocare effetti placebo miracolosi anche in assenza dei prodigiosi ritrovati della nostra attuale medicina.

Ricordo quando, da bambino, mia madre chiamava il "Dottore" al mio capezzale: si trattava dei comuni esantemi o di influenza, però dopo che il "Dottore" era passato avevo l'impressione di aver scalato il crinale della malattia e di aver intrapreso la discesa della guarigione.



Il Dott. Giuseppe Cucchini



In quegli anni i “Dottori” a Figline erano pochi. Solo quattro all’Ospedale Serristori: il professor Martini, il suo aiuto Ori e i giovani Feroci e Brunori. Con la recente scomparsa di quest’ultimo la colonia medica dell’ospedale di allora si sarà finalmente ricostituita nel mondo dei trapassati. Gestivano il “territorio” solo due medici e precisamente Gregorio Cecchi e Giuseppe Cucchini, diversi nell’aspetto fisico e nella personalità, simili nella dedizione e nella professionalità.

Ho conosciuto entrambi, in particolare Gregorio, che era il medico della mia famiglia. Forse, tra i tanti motivi che mi hanno spinto verso la Facoltà di Medicina, un po’ di influenza è derivata da queste figure. Tra l’altro nel suo ambulatorio aveva una specie di aiutante, il mio zio materno “Gianni”. Di lui, oltre alla grande umanità e una vita piena di aneddoti divertenti che per motivi di brevità non posso raccontare, ricordo la gran-

de manualità. Aveva imparato dal Dottor Cecchi a saper fare ogni tipo di intervento con una siringa; passava dalle intramuscolo alle endovenose, dalla toracentesi alla paracentesi; se in pediatria non sapevano come fare a reperire un accesso venoso chiamavano lui, figura di un tempo che non sembra nemmeno esistito.

Rammento che, andando a visitare al suo domicilio l’ormai anziano dottore, mi fermavo talvolta a sentire i racconti della sua carriera, trasportato con la mente in quei tempi lontani...

Il Caffè Greco era come al solito pieno di fumo. La saletta dove giocavano a carte era piena, ma i giocatori erano solo quattro. Gli altri assistevano in un silenzio rapito e non avrebbero potuto fare altrimenti: il “Dottore” non gradiva essere disturbato e il vocione non era poi tanto amichevole quando doveva richiamare qualcuno per non essere disturbato mentre pensava al da farsi (con le carte). Il giovane entrò, trafelato, guardandosi in giro e poi dirigendosi direttamente verso il medico: “Dottore, venga subito. Mio padre sta morendo, gli esce il sangue dalla bocca...”. La prima sensazione fu di disappunto: aveva lavorato tutto il giorno e sperava di godersi la partita a carte serale, prima di andare a letto nella speranza di poter dormire qualche ora. Non c’era la guardia medica e allora il “Dottore” era disponibile 24 ore su 24 (H24 come si direbbe nel moderno gergo della medicina). Riconobbe il giovanetto e seppe subito che l’emergenza era reale. Il padre in questione aveva la tubercolosi e la vomica poteva essere fatale.

Caricò in macchina il ragazzo e fece tappa all'ambulatorio dove, rovistando nell'armadio, trovò l'apparecchio per il pneumotorace, che per sua fortuna fino ad allora non aveva mai dovuto usare.

L'uomo ansimava, tra un accesso di tosse e l'altro... Ad ogni colpo di tosse riempiva di sangue il fazzoletto bianco che la moglie, premurosa, gli porgeva con mani tremanti.

Gregorio ascoltò a lungo il torace del poveretto: gli sembrava che la caverna fosse a destra ma, se si fosse sbagliato... Avrebbe fatto collassare il polmone buono e la morte sarebbe stata immediata. Non c'era poi tanto tempo per decidere per cui, con modo di fare deciso, introdusse l'ago nella pleura e cominciò ad insufflare. L'emorragia si arrestò immediatamente e, come amava raccontare con un sorriso soddisfatto, l'uomo ancora lo ringraziava quando lo incontrava in piazza a Figline.

Più schivo, quasi timido, il taciturno Giuseppe Cuccuini. Recentemente coloro che furono i suoi assistiti hanno preteso che l'Amministrazione Comunale gli dedicasse una targa. Più di una volta si recava in casa di famiglie bisognose non solo di cure mediche e, nel-

l'imbarazzo generale, prescriveva alimenti che i poveretti non si sarebbero mai potuti permettere. Li lasciava nella costernazione, fino a quando sentivano bussare alla porta e veniva loro consegnato quanto il Dottore aveva prescritto, comprato a sue spese.

Umanità, dedizione, spirito di sacrificio. Qualcuno ha scritto: "Arte più misera, arte più rotta non c'è del medico che va in condotta". Entrambi evidentemente non ci pensavano. In un'epoca in cui la televisione doveva ancora essere inventata, gli unici svaghi, oltre alla famiglia, erano le carte per Gregorio e la musica classica alla radio per Giuseppe. Le vacanze un breve stacco da un mestiere che non aveva soste, dove la tragedia era sempre dietro l'angolo e le armi a disposizione spuntate.

Ma è indubbio che allora la gente era più contenta e anche fare il "Dottore" dava maggior soddisfazione.

Per questo penso che l'essere umano, simile a un bambino, vive bene cullato nell'illusione, pensando che tutti i mali del mondo possano essere vinti con semplici formule magiche. Una di queste, allora, era condensata in una sola parola: "Dottore...".

# Il grande mito della misurazione della pressione arteriosa

di Filippo Stazi

Nella misurazione della pressione la ritualità è sempre stata importante. Nella nebbia dei ricordi della mia infanzia appare mio padre nell'ora in cui il pomeriggio lascia il posto alla sera. Tornando a casa dallo studio si fermava spesso dai miei nonni. La rapida conversazione, il solito Campari erano in realtà solo il preludio del vero motivo di quelle visite: la misurazione della pressione di mio nonno, iperteso di lunga data. Quando finalmente arrivava il momento mio nonno si scopriva il braccio, mio padre ne bloccava il polso sotto la sua ascella e con gesti lenti e studiati avvolgeva il bracciale. Nella stanza il silenzio era totale. Mio padre esigeva il silenzio e l'immobilità da tutti coloro che erano presenti. Ricordo ancora l'impercettibile rumore del bracciale che si gonfia ed io che respiravo al ritmo di quel pompaggio. Probabilmente tutto quel rituale era un po' eccessivo però aveva senza dubbio una sua utilità se anche oggi per molti pazienti l'unica vera misurazione della pressione è quella operata dal medico. Nella mia attività mi capita



spesso di fare dei controlli di pace-maker. Al termine molti pazienti, specie quelli più anziani, mi rivolgono una sola domanda: “Si ho capito, ma la pressione com'è...?” Nei primi tempi ci restavo male: “ma come”, pensavo, “stiamo interrogando un dispositivo ad elevato contenuto tecnologico e l'unica preoccupazione è sapere quant'è la pressione? Informazione che si può invece ottenere ovunque ed in qualsiasi momento?”. Poi ho capito che per quelle persone il fatto che fosse il medico a misurarne la pressione e che la trovasse a posto era estremamente importante, era una certificazione di garanzia che la cura era quella giusta, che tutto andava bene. La farmacia o gli apparecchietti elettronici non hanno agli occhi dei pazienti lo stesso valore delle orecchie del medico. Come spesso succede però le opinioni cambiano e non sempre quello che abbiamo creduto vero per molti anni resiste all'assalto del tempo. Una recente review pubblicata sul *Journal of Hypertension* dall'intrigante titolo

“Il grande mito della misurazione della pressione arteriosa” sostiene, dati alla mano, che la routinaria misurazione della pressione effettuata dal medico è in realtà meno attendibile delle rilevazioni fatte, sempre in ambiente medico, ma con gli apparecchi elettronici. Le misure così ottenute, infatti, correlerebbero meglio del metodo tradizionale sia con il danno d'organo che con il rischio di futuri eventi cardiovascolari. L'importante sarebbe, anche per neutralizzare il cosiddetto effetto camicie bianche, che il paziente venisse lasciato solo nello studio e che le misure venissero eseguite in maniera completamente automatica e ripetute più volte. Sono profondamente convinto dell'attendibilità della misurazione elettronica della pressione arteriosa e dell'importanza del suo utilizzo ma come tutte le cose deve essere ben gestita e, soprattutto, mi auguro che non sia un'ulteriore tappa del processo di dematerializzazione corporea del rapporto tra medico e paziente.

## Braccio destro o sinistro? La pressione è uguale alle due braccia?

Quante volte ce le sentiamo ripetere queste due domande! E la risposta più frequente è che non ci sono differenze, sia pure con qualche eccezione.

Su queste eccezioni ha richiamato la nostra attenzione un articolo recente (*Clark CE et al Lancet 2012;379:905*) in cui si sottolinea un aspetto importante: per essere significativa la differenza di pressione tra un braccio e l'altro deve essere superiore a un certo valore. Differenze minori sono da considerare trascurabili.

Dopo aver sottolineato come sia necessario che la differenza di pressione venga affermata solo in seguito alla determinazione in contemporanea alle due braccia e come una differenza di pressione di almeno 20 millimetri di mercurio sarebbe rinvenibile in circa il 4% dei soggetti, (cifra che per la nostra popolazione ci sembra eccessiva), gli autori riportano le conclusioni di un riesame di 20 studi comparsi nella letteratura medica relativi a pazienti con differenza di pressione tra le due braccia.

Le conclusioni di questo riesame della letteratura sono che una differenza di pressione massima tra le due braccia pari ad almeno 10 millimetri di mercurio deve far sospettare l'esistenza di una arteriopatia periferica e pertanto suggerire uno studio dell'albero arterioso e un'attenta valutazione ed eventuale correzione dei fattori di rischio cardiovascolare. La presenza di una stenosi dell'arteria succlavia superiore al 50% si assocerebbe a una pressione sistolica nell'arto sede della stenosi mediamente inferiore del 36,9% rispetto a quella dell'arto controlaterale.

V. C.



# Il Centro per la Lotta contro l'Infarto- Fondazione Onlus ringrazia per i generosi contributi



- **Marcello Abita** di Roma
- **Pietro Allegri** di Verona
- **Filippo Altilia** di Ascoli Piceno
- **Giulio Anecchini** di Alba
- **Emilio Asproni** di Nuoro
- **Giuliana Baffoni** di Rimini
- **Giovanni Baldi** di Quarrata
- **Elisabetta Baldo** di Roma
- **Ermanno Ballini** di Treviglio
- **Giuseppina Bartocci** di Cerveteri
- **Raoul Bartoli** di Roma
- **Antonia Bassi** di Ceglie Messapica
- **Sandra Battistelli** di Buonconvento
- **Claudio Bay Rossi** di Arezzo
- **Giuseppe Becchi** di Savona
- **Augusta Benassati Fini** di Saliceto San Giuliano
- **Ascanio Bernardelli** di Agnosine
- **Primo Bonacorsi** di Spezzano Fiorano
- **Mario Borghese** di Roma
- **Emilio Borgo** di Genova Quarto
- **Gennarino Borrello** di Catanzaro Lido
- **Filippo Boscia** di Sammichele
- **Giovanna Bosi Pomo** di San Donnino
- **Luciano Brunetti** di Pistoia
- **Michele Bucci** di Treviso
- **Umberto Bugatti** di Roma
- **Luisa Bussi** di Roma
- **Egle Cameroni** di Cornaredo
- **Carlo Campodonico** di Ancona
- **Luigi Cancrini** di Ospitaletto
- **Angelo Carbone** di Pomezia
- **Domenico Cardella** di Agrigento
- **Giacomella Carotenuto** di Napoli
- **Mario Carrai** di Lido di Camaiore
- **Margherita Castaldo** di Aversa
- **Gioele Centanni** di Roma
- **Kamal Anton Chalaby** di Roma
- **Michele Cinaglia** di Roma
- **Marco Cini** di Roma
- **Ferdinando Cocconi** di Sissa
- **Ercolo Colombo** di Cantù
- **Mario Coluccini** di San Lazzaro di Savena
- **Giovanni Coppi** di Roma
- **Mario Corezzola** di Mestre
- **Massimo Corradeghini** di Sarzana
- **Pietro Cortesi** di Forlì
- **Giovanni Antonio Dalu** di Torpè
- **Alessandro D'Ambrosi** di Ferrara
- **Nicola D'Amico** di Firenze
- **Liano D'Antoni** di Roma
- **Antonio D'Avanzo** di Avellino
- **Ernesto De Bella** di Latina
- **Lamberto De Giorgio** di Pisa
- **Pasquale De Grazia** di Rivalta
- **Giuseppe De Luca** di Lipari
- **Giorgio De Saint Pierre** di Firenze
- **Italo De Vincentiis** di Roma
- **Rino Defilippi** di Voghera
- **Luigi Del Mastro** di Maiano di Sessa Aurunca
- **Gaetano Di Fronzo** di Rimini
- **Filippo Di Lella** di Roma
- **Domenico Di Tommaso** di Vittorito
- **Renzo Dianda** di S. Cassiano a Vico
- **Tullio Duce** di San Terenzo
- **Luigi Faenza** di Eboli
- **Giovanni Fedele** di Bologna
- **Mairo Felici** di Pitigliano
- **Giuseppe Ferraiuolo** di Roma
- **Demetrio Festa** di Castiglione Cosentino
- **Emanuele Fino** di Bari
- **Renato Fiorini** di Mestre
- **Francesco Foglia** di Macerata
- **Giorgio Fogliani** di Grottaferrata
- **Giuseppe Francesconi** di Roma
- **Giuseppe Frazzini** di Toscolano Maderno
- **Carlo Frondini** di Bologna
- **Walter Funtò** di Roma
- **Carlo Gatto** di Crotone
- **Giuseppe Gerarduzzi** di Padova
- **Giancarlo Ghia** di Cagliari
- **Mario Ghiggini** di San Vito
- **Giorgio Giacomelli** di Portoferraio
- **Pietro Gisondi** di Napoli
- **Nicola Giunta** di Palermo
- **Giorgio Gobbi** di Rimini
- **Andrea Granata** di Lecco
- **Luigi Guarini** di Trieste
- **Giovanni Guidi** di Firenze
- **Sergio Gulluni** di Colonna
- **Anna Indinimeo** di Roma
- **Eraldo Isidori** di Montecassiano
- **Abdel Malik Ismael** di Feltre
- **Renzo Lamberti** di Firenze
- **Dario Leali** di Odolo
- **Angelo Leccese** di Taranto
- **Antonio Leopizzi** di Taranto
- **Mario Levoni** di Mantova
- **Giovanni Loro** di Roma
- **Angelo Maggi** di Corbetta
- **Francesco Maggiore** di Napoli
- **Hilde Mandelli** di Varese
- **Antonio Manganelli** di Avellino
- **Salvatore Marchini** di Sarzana
- **Enrico Margaritondo** di Roma
- **Giulio Mariani** di Corsico
- **Antonio Martinotti** di Roma
- **Emanuele Meli** di Catania
- **Antonio Menna** di S.Maria Capua Vetere
- **Giorgio Mignemi** di Enna
- **Emmanuel Miraglia** di Roma
- **Marina Molinari** di Roma
- **Giovanni Moretti** di Milano
- **Maria e Ennio Morricone** di Roma
- **Pino Narici di Anguillara Sabazia**
- **G. Gastone Neri Serneri** di Firenze
- **Gabriella Ortini Riello** di Legnago
- **Manlio Panagia** di Reggio Calabria
- **Marcello Pasquali** di Viterbo
- **Andrea Passerini** di Roma
- **Carlo Pastorini** di Genova
- **Eligio Piccolo** di Mestre
- **Francesco Maria Pierfederici** di Senigallia
- **Paola Pignalosa** di Roma
- **Sergio Platone** di Forano Sabino
- **Minnie Ponti Giombolini** di Foligno
- **Alberto Pradella** di S. Agata Feltria
- **Francesco Prati** di Roma
- **Franco Puozzo** di Dolo
- **Carla Ricci** di Roma
- **Gianpaolo Rolli** di Domagnano
- **Maria Rossi** di Massa Marittima
- **Salvatore Ruocco** di Napoli
- **Armando Sabbatini** di Falconara Marittima
- **Antonio Sacchetti** di Roma
- **Roubn Sarkissian** di Trecasali
- **Alfonso Savino** di Andria
- **Mario Scaloni** di Ancona
- **Antonino Scarinci** di Crecchio
- **Giovanni Luigi Scarpa** di Sassari
- **Carmen Sciuto D'Arrigo** di Roma
- **Marco Semprini** di Tivoli
- **Vincenzo Sepe** di Napoli
- **Giovanni Serio** di Palermo
- **Maria Grazia Sperotto** di Zugliano
- **Studio Palombini Servizi e Società** di Roma
- **Pasquale Tarantini** di Corato
- **Italo Testa** di Campobasso
- **Giovanni Travia** di Reggio di Calabria
- **Marco G. Valente** di Torino
- **Remo G.B. Vanzetti** di Roma
- **Giovanni Verga** di Pavia
- **Tomasso Verrucci** di Orvieto
- **Marialuisa Volio** di Roma
- **Stefano Volpe** di Torre De' Passeri
- **Santo Claudio Zerbini** di Como
- **Francesca Zonta** di Vicenza
- **Martino e Sandra Zubiani** di Roma
- **Giancarlo Zucchi** di Milano

# DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2012



**CONOSCERE  
E CURARE  
IL CUORE 2012**

Att.  
XXVIII Congresso del  
Comitato per la Lotta  
contro l'Infarto  
Fondazione Gubio  
a cura di  
Francesco Pizzi  
Firenze, 4-6 Marzo 2012

EDIZIONI URBAN

## *Placche aterosclerotiche carotidiche ed ispessimento medio-intimale. Cambia la prevenzione primaria?*

Intervista di **Filippo Stazi**



di **Edoardo Gronda**,  
Ospedale MultiMedica, Sesto San Giovanni, Milano.

### **Prof. Gronda, che significato ha l'ispessimento della parete arteriosa della carotide extracranica?**

L'ispessimento della parete arteriosa (in inglese intima media thickness, IMT) della carotide extracranica misurabile con metodo ultrasonografico è da tempo riconosciuto come un efficace indicatore di aterosclerosi precoce e predittivo di eventi cardiovascolari.

La disponibilità di apparecchiature sonografiche adeguate ha esteso grandemente la possibilità di eseguire in modo sistematico la misurazione dello spessore di parete mio-intimale a livello della carotide comune e della porzione prossimale della carotide interna. La sonografia ha permesso inoltre di osservare che il valore dello spessore dell'intima media è soggetto a variazione crescente con le fasce di età, che è maggiore nel sesso maschile e che in media aumenta di un valore uguale o inferiore a 0.03 mm/anno.

La misurazione sistematica dell'IMT ha consentito di estendere l'osservazione della presenza di aterogenesi vascolare subclinica, riscontrando che la progressione dell'ispessimento può essere ritardata con la modificazione dei fattori di rischio e con la somministrazione di statine.

Nell'accezione comune, l'IMT è considerato come precursore della placca ateromastica carotidea che rifletterebbe l'evoluzione di uno stadio della malattia con maggiore estensione e gravità. L'orientamento più recente, tuttavia, suggerirebbe che nei pazienti che presentano l'incremento dell'IMT sia presente un substrato genetico e biologico diverso da quello dei portatori di placca con differente correlazione verso la malattia cardiovascolare. Si tratterebbe cioè di due diversi fenotipi del processo aterosclerotico piuttosto che di quadri evolutivi di un unico fenotipo.

Dal punto di vista epidemiologico, le placche riscontrate a livello del bulbo carotideo o della carotide interna sono maggiormente correlate all'ipercolesterolemia ed al fumo e per questo sembrano essere un predittore maggiore di infarto del miocardio, mentre l'IMT risulta maggiormente correlata all'ipertensione ed allo stroke ischemico - lacunare.

Un recente studio, condotto allo scopo di analizzare il diverso impatto prognostico dell'IMT nei riguardi della placca ostruttiva carotidea, ha indicato che sia l'IMT che la placca sono indipendentemente predittivi di eventi cardiovascolari, con riferimento all'esordio del primo evento di stroke ischemico non cardio-embolico, tuttavia il

maggior rischio è a carico dei portatori di stenosi carotidea (HR, 3.02 vs 1.86). Con l'eccezione della frequenza delle procedure di rivascolarizzazione carotidea, non vi sono state altre significative differenze nel follow-up per quanto riguarda le recidive di stroke e gli altri eventi cardiovascolari, compresa la mortalità. Questi dati confermerebbero quindi come l'IMT sia un fattore predittivo indipendente dell'esito cardiovascolare nei soggetti che non presentano una significativa stenosi carotidea.

### **La valutazione dell'IMT è di ausilio nella stratificazione del rischio cardiovascolare del singolo paziente?**

In generale, la misurazione dell'IMT consente di migliorare la predizione del rischio e la riclassificazione del paziente a rischio medio basso. Nella popolazione dello studio ARIC con rischio medio di eventi cardiovascolari compreso tra il 10 ed il 20% a 10 anni, l'aggiunta della misurazione dell'IMT e dei dati sulla presenza di placca, ai comuni fattori di rischio ha consentito di riclassificare in modo più appropriato il 9.9% dei pazienti.

I dati sono consistenti anche con i risultati del Rotterdam Study che ha arruolato una popolazione di 3.996 soggetti senza eventi precedenti. Dallo studio è emerso che l'IMT e la presenza di calcificazioni dell'aorta erano entrambi i maggiori indicatori indipendenti di stroke nel follow-up. Questi dati spiegano abbastanza bene la perdita di valore predittivo dell'IMT nelle popolazioni delle fasce di rischio più elevate.

### **L'ispessimento intimale può guidare la terapia dell'ipertensione arteriosa?**

Esiste una forte correlazione dell'IMT con l'età e con l'ipertensione arteriosa, il che ne fa, allo stato delle attuali conoscenze, un buon rilevatore dell'età biologica del soggetto in esame ed un parametro appropriato su cui basare l'indicazione al trattamento ipertensivo, ma non adatto a verificarne l'efficacia. L'IMT dovrebbe essere considerato, piuttosto, come un indicatore di danno potenzialmente multilaterale e dovrebbe indurre ad una sorveglianza cardiovascolare più precoce ed estesa. Il suo incremento nel tempo, oltre la variazione attesa per l'età, esprimerebbe la progressione del danno e la necessità di un intervento terapeutico più efficace.

### **Poiché la stenosi prodotta dalla placca presenta una labile relazione con gli eventi ischemici cerebrali omolaterali, sono state prese in considerazione altre caratteristiche della placca stessa come potenziali indicatori di vulnerabilità e di possibile stroke?**

La presenza di eco-lucenza, che deriva dall'alto contenuto di lipidi e dall'emorragia intrapacca, ha mostrato una buona associazione con fenomeni embolici omolaterali. Tuttavia il grado di stenosi, misurato con il metodo ecografico, rimane la maggiore determinante clinica della gravità della patologia e costituisce il criterio decisionale principale. L'analisi quantitativa dell'ecocolor Doppler sembra correlare con il quadro istologico presente nella placca in termini di: emorragia, iperplasia fibromuscolare, compo-

nente di calcio e lipidi. Tutte queste componenti insieme consentono di identificare la placca instabile.

Una placca scarsamente ecogena è frequentemente associata ad infarto cerebrale sottocorticale e corticale di sospetta origine embolica, mentre una placca iperecogena più frequentemente si associa a lesioni diffuse della sostanza bianca, definite con il termine di infarto lacunare e dei gangli basali. Questa lesione è ritenuta a genesi emodinamica, conseguente alla vasculopatia arteriosa ostruttiva dei vasi intracranici distali.

Per caratterizzare le placche sono state utilizzate la risonanza magnetica del parenchima cerebrale con mezzo di contrasto (MRI), la MRI vascolare e la tomografia assiale computerizzata (TAC). In studi ancora preliminari le placche con pareti sottili o rotte, con contenuto relativamente elevato di lipidi o necrotico e l'insieme dello spessore della placca stessa sono stati associati ad eventi ischemici cerebrali successivi in pazienti con stenosi tra il 50 ed il 75%.

La tomografia ad emissione di positroni (PET) è in grado di riscontrare la presenza di attività metabolica nella parete vascolare che circonda la placca. Inoltre, l'aumento della captazione di 18F-fluorodesossiglucosio misurato in modo non invasivo dalle immagini PET, si ritiene rispecchi il quadro infiammatorio presente.

Alcuni studi hanno dimostrato che l'assunzione di statine può modificare la composizione della placca, ma nonostante questi progressi nella conoscenza sulla fisiopatologia, sulla biochimica e sulla strut-

tura della placca, mancano ancora studi prospettici che consentano di stabilire l'imminenza dell'esordio dei sintomi dovuti alla patologia ostruttiva vascolare carotidea e vertebrale.

### **Il trattamento della placca carotidea per profilassi primaria deve essere medico, chirurgico o interventistico?**

L'appropriata terapia medica riduce rapidamente il rischio di uno stroke successivo anche nei pazienti che hanno già subito un attacco ischemico transitorio o uno stroke minore, avvicinandosi a quello presente in un soggetto asintomatico. Ciò nonostante la maggior parte delle endoarterectomie carotidee e degli stent endocarotidei vengono applicati in soggetti asintomatici. Proprio quest'aspetto sottolinea la carenza delle conoscenze attuali sulla gestione della malattia carotidea, nell'ottica di prevenire lo stroke.

La moderna terapia medica diretta a contrastare il processo infiammatorio, aterosclerotico e l'attivazione delle piastrine costituisce un efficace mezzo di prevenzione dello stroke in soggetti ad elevato rischio cardiovascolare ed è probabilmente in grado di ridurre il potenziale beneficio aggiuntivo della terapia di rivascolarizzazione. Vi è tuttavia da considerare che la rivascolarizzazione, quando sia presentata come priva di rischio ed in grado di ridurre anche solo dall'11% al 7% l'incidenza di eventi a 5 anni, è largamente preferita dai pazienti. Ne consegue che l'identificazione dei soggetti a relativamente basso rischio periprocedurale ed a più alto rischio di stro-

ke nel medio-lungo termine è una componente cruciale della strategia per stabilire il percorso terapeutico ottimale.

I recenti dati dello studio randomizzato CREST, che ha messo a confronto l'endoarterectomia con la rivascolarizzazione con stent non hanno dimostrato significative differenze di esito delle procedure.

Sebbene la morbilità e mortalità a 30 giorni sia un importante fattore per la valutazione di efficacia della terapia in una popolazione ad incidenza di eventi nota, nello studio CREST i limiti di confidenza delle due curve per la libertà da eventi si sovrappongono in più punti. La rivascolarizzazione interventistica sembra da preferire in soggetti con precedenti di chirurgia o di terapia radiante cervicale.

La procedura chirurgica è, invece, gravata nel postoperatorio da maggiore incidenza d'infarto miocardico, rispetto alla procedura interventistica, mentre quest'ultima presenta maggiore incidenza di eventi cerebrovascolari; tuttavia l'uso di un presidio in grado di prevenire l'embolizzazione intra procedurale (ombrello) sembra capace di ridurre il rischio embolico. Sebbene i dati del registro USA delle procedure condotte per trattare la placca carotidea siano in parte criticabili, tuttavia si rileva che nei soggetti di età avanzata (>80 anni) il rischio embolico della procedura interventistica è del 3% a confronto dell'1% di rischio presentato dalla chirurgia.

In conclusione, si può dire che alcuni fattori di rischio perioperatorio sono condivisi tra le due tecniche di rivascolarizzazione (ad esempio: l'età maggiore di 75 anni,

l'esperienza dell'operatore, una recente sindrome coronarica acuta, la presenza di altra patologia cardiovascolare associata). Altri fattori specifici sono più rilevanti per l'interventistica con stent, come la presenza di lesioni fortemente calcifiche e l'estesa tortuosità del vaso. Uguale discorso per l'endarterectomia chirurgica, per cui il rischio aumenta invece con la presenza di scompenso cardiaco, la posizione molto alta o molto bassa della lesione nel vaso, l'occlusione del vaso controlaterale, la presenza di un precedente esito chirurgico omolaterale o di terapia radiante. A questo va aggiunto che le indicazioni attuali derivano da assunzioni di beneficio basate su risultati della terapia medica molto datati. Recenti dati pubblicati sul trattamento mediante angioplastica e stent della placca a livello della carotide intracranica in pazienti sintomatici hanno confermato questo aspetto. L'esito della procedura interventistica, confrontato con la terapia medica farmacologica ottimizzata, è stato del tutto sfavorevole all'interventistica, condizionando l'interruzione precoce dello studio per eccesso di eventi sfavorevoli nel braccio trattato con angioplastica. Questo braccio ha presentato un'incidenza di stroke o decesso del 14.7% (stroke non fatale, 12.5%; stroke fatale, 2.2%) contro il 5.8% nel

braccio trattato con terapia medica (stroke non fatale, 5.3%; decesso non correlato a stroke, 0.4%  $P=0.002$ ). Ciò a conferma che l'efficacia della terapia medica sembra essere assai migliore di quella sin qui accreditata.

### **Quale messaggio conclusivo possiamo lasciare ai nostri lettori sulla terapia profilattica primaria della placca?**

In realtà ad oggi non esiste una risposta univoca alla prevenzione primaria in presenza di una placca carotidea asintomatica. In particolare, rimane probabile l'alta efficacia della terapia farmacologica con antiaggregante piastrinico ed ipolipemizzante orale associati ad uno stretto controllo della pressione arteriosa. Questa cura, probabilmente, è non meno efficace delle cure interventistiche ma mancano dati provenienti dagli studi controllati.

Si può ragionevolmente ritenere che il trattamento interventistico preventivo andrebbe invece lasciato a quei casi che presentano una placca instabile e stenosante ed a quelli con placca altamente stenosante (ostruzione >70% del lume vascolare), ma per trattare questi casi il Centro che opera deve disporre di una casistica con complicazioni peri o post-operatorie molto bassa, inferiore al 2%.

# DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2012



CONOSCERE  
E CURARE  
IL CUORE 2012

Att.  
XXVIII Congresso del  
Centro per la Lotta  
contro l'Infarto  
Fondazione Gubio  
a cura di  
Francesco Pizzi  
Firenze, 4-6 Marzo 2012

EDIZIONI URBAN

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

Intervista di **Filippo Stazi**



di **Roberto Violini**,  
Azienda Ospedaliera S.Camillo Forlanini, Roma

**Dott. Violini la pervietà del forame ovale ha recentemente goduto di grande attenzione a seguito del caso Cassano ma cos'è esattamente e quando e perché deve essere chiusa?**

Negli ultimi anni il Foro Ovale Pervio (PFO) ha dato vita ad un ampio dibattito sul suo ruolo nell'ictus criptogenetico, quello, cioè, che si verifica senza una causa evidente, sui rischi che la sua presenza comporta e sulle indicazioni al suo trattamento.

Il PFO, obbligatoriamente presente nel feto, viene abitualmente chiuso alla nascita dalla cosiddetta membrana del forame ovale, che nella maggior parte dei lattanti va incontro ad una saldatura definitiva entro il 6° mese di vita. La mancata saldatura di tale membrana, che configura quindi la pervietà del forame ovale, viene rilevata in circa il 25% della popolazione.

È stata ipotizzata una relazione tra la persistenza di questa pervietà e l'ictus criptogenetico: infatti, sebbene la presenza di PFO non costituisca un

fattore di rischio indipendente di ictus vi è comunque una maggiore e significativa prevalenza di PFO tra i soggetti con ictus criptogenetico.

L'embolia paradossa (un embolo proveniente dal sistema venoso profondo bypassa i polmoni ed entra nella circolazione sistemica attraverso il PFO) sarebbe il principale, anche se non unico, meccanismo patogenetico con cui può avvenire l'ictus nei soggetti con PFO.

Poiché l'avvento dei sistemi di chiusura percutanea del difetto interatriale ha permesso anche il trattamento del PFO, numerose procedure di chiusura percutanea del PFO (in Italia oltre 2500 all'anno) vengono effettuate in soggetti che hanno avuto un TIA o un ictus minore, anche se non è stata dimostrata la superiorità della procedura interventistica rispetto al trattamento medico. Al momento secondo le indicazioni SPREAD la procedura sarebbe indicata dopo almeno due episodi di ischemia cerebrale. In realtà l'unico studio randomizzato giunto a conclusione, il Closure I, non ha confermato la superiorità della procedura rispetto alla terapia medica ottimale, poiché, a parità di efficacia, le complicanze sono state maggiori nel gruppo trattato per via percutanea. Numerose sono state le critiche indirizzate allo studio, ma intanto non vi sono ancora dati che lo contraddicano.

**L'indicazione principale, sebbene ancora discussa, per la chiusura di un PFO è quindi la prevenzione secondaria dell'ictus criptogenetico; esistono però altre**

**condizioni, meno conosciute e poco considerate, in cui la chiusura del PFO ha indicazione, anche in assenza di episodi di ischemia cerebrale?**

Si, certamente. Alcune di queste condizioni riguardano ampie popolazioni come i subacquei ed i pazienti con emicrania ma con controverse indicazioni al trattamento, altre più rare presentano invece indicazioni maggiormente condivise.

**Quale ruolo ha il PFO nell'emicrania?**

L'emicrania interessa il 10% della popolazione (9% dei maschi, 18% delle donne) con picco di incidenza intorno ai 40 anni ed è associata ad aura, cioè ad una serie di sintomi premonitori, in un terzo dei casi. La sua fisiopatologia è complessa e non perfettamente conosciuta, la diagnosi è puramente clinica, l'andamento, infine, è caratterizzato da grande variabilità spontanea, con risposta al placebo nel 20-30% ed alla terapia medica preventiva nel 50% dei casi.

È stata ipotizzata l'associazione dell'emicrania, soprattutto se preceduta da aura, con un'aumentata incidenza di shunt destro > sinistro (ossia di passaggio di sangue dalle sezioni destre a quelle sinistre del cuore) dovuto a PFO.

In studi retrospettivi, la prevalenza del PFO in pazienti affetti da emicrania è intorno al 50% e, d'altra parte, in pazienti con PFO sintomatico (per embolia paradossa o malattia da decompressione) vi è più elevata prevalenza di emicrania rispetto ai pazienti senza PFO (27% vs 14%).

A supportare il ruolo patogenetico del PFO nell'emicrania ci sarebbe il rilievo del-



l'elevata frequenza di lesioni ischemiche subcliniche alla Risonanza Magnetica (RMN) cerebrale in soggetti emicranici ed il sensibile miglioramento dell'emicrania osservato in studi retrospettivi in pazienti sottoposti a chiusura percutanea del PFO. Differenti ipotesi sono state avanzate:

1. i due disturbi sarebbero coincidenti, ma non causalmente correlati;
2. sostanze algogene come la serotonina, normalmente metabolizzate a livello polmonare, in presenza di shunt destro > sinistro, verrebbero immesse nella circolazione sistemica raggiungendo il circolo cerebrale ove, in soggetti predisposti, stimolerebbero l'attacco emicranico.
3. piccoli emboli o aggregati piastrinici eluderebbero il filtro polmonare attraverso il PFO, raggiungendo la circolazione cerebrale. Avvalorerebbero questa ipotesi sia il rilievo in soggetti emicranici di un'incidenza 13-15 volte più alta di lesioni subcliniche alla RMN rispetto a soggetti non emicranici, sia il beneficio sull'emicrania determinato da anti-aggreganti e anticoagulanti orali.

Ma altre informazioni rendono discutibile l'associazione tra emicrania e PFO.

Il MIST e' l'unico studio prospettico in doppio cieco, che ha valutato i benefici sull'emicrania della chiusura del PFO: 147 pazienti con emicrania con aura, resistente a 2 classi di farmaci anti-emicranici e documentazione di shunt moderato-severo, sono stati randomizzati a chiusura percutanea (n=74) o a una procedura fittizia (n=73). Tutti i pazienti sono stati trattati con aspirina e clopidogrel. Dopo 6 mesi non si è evi-

denziata alcuna differenza significativa nell'end point primario (cessazione di emicrania) o secondario (frequenza e intensità dell'emicrania). I risultati negativi del MIST, anche se lo studio presenta limiti metodologici (elevata incidenza di shunt residuo, elevata incidenza di complicanze periprocedurali, etc), hanno favorito l'approccio conservativo al PFO nei pazienti emicranici, per i quali quindi la procedura interventistica non si considera indicata.

Solo i soggetti con emicrania associata a riscontro di microembolia cerebrale potrebbero trarre vantaggio dalla procedura di chiusura del PFO.

### **Cos'è invece la malattia da decompressione e come bisogna prevenirla?**

La malattia da decompressione (MDD) può interessare piloti e astronauti, ma è frequente soprattutto nei subacquei.

La malattia si sviluppa quando, in corso di decompressione, si determina l'espansione di preesistenti nuclei di gas che, alle normali pressioni atmosferiche, si trovano nelle articolazioni, nella colonna vertebrale, nelle ghiandole sudoripare e nei pori della cute. Le bolle entrano nel circolo venoso e vengono normalmente filtrate dal polmone, se l'ascesa è sufficientemente lenta, ma, se la risalita è invece eccessivamente rapida, si creano bolle più grosse che provocano barotrauma e occlusione dei vasi polmonari. In presenza di shunt polmonari artero-venosi o di shunt a livello cardiaco, quale il PFO, queste bolle possono passare nel circolo sistemico, provocando le manifestazioni neurologiche e/o cutanee della MDD.

Non vi è prova definitiva dell'esistenza di un rapporto causale tra PFO e MDD, tuttavia i sub con PFO sembrano avere aumentato rischio di MDD e aumentata incidenza di lesioni ischemiche cerebrali silenti alla RMN.

Al momento sembrerebbe che un PFO piccolo abbia lo stesso rischio di MDD dell'assenza di PFO, mentre i PFO di grado moderato o severo presenterebbero un rischio più elevato.

Il beneficio della chiusura del PFO è dimostrato in un lavoro in cui sono stati considerati 104 sub con storia di MDD: 39 non presentavano PFO, 26 PFO sottoposto a chiusura e 39 avevano foro ovale ancora pervio. Dopo 5 anni non vi furono eventi neurologici nei primi, mentre si registrarono, ogni 10.000 immersioni,  $0,5 \pm 2,5$  episodi di MDD nei secondi e  $35,8 \pm 102,5$  negli ultimi.

Sono poi da approfondire le conseguenze delle lesioni ischemiche cerebrali asintomatiche rilevate alla RMN, anche queste più frequenti nei subacquei con PFO, rispetto a quelli con PFO chiuso o assente.

In conclusione i sub professionali che hanno avuto MDD devono essere studiati e, se presentano un PFO rilevante, dovrebbero essere sottoposti alla procedura percutanea. In alternativa dovrebbero interrompere l'attività o modificare il profilo delle immersioni per ridurre il rischio di future manifestazioni di MDD. Non vi è tuttavia alcuno studio prospettico, randomizzato, controllato che abbia confermato il beneficio della chiusura percutanea del PFO.

Per i PFO piccoli sono minori le restrizioni, ma è necessaria stretta cautela se già vi

è stato un episodio di MDD. I suggerimenti proposti sono: immersioni a non più di 25-30 metri, risalita lenta, stretta aderenza alle tabelle di decompressione, non eseguire manovre di Valsalva durante la risalita, evitare sforzi fisici dopo la riemersione, uso di Nitrox (miscela ad aumentato contenuto di ossigeno).

Le linee guida della Società Italiana di Medicina Sportiva prescrivono comunque la chiusura del PFO per ottenere l'idoneità alle immersioni con il respiratore, che in realtà è prevista solo per i lavoratori subacquei poiché la disciplina sportiva prevede esclusivamente immersioni in apnea.

### **Cosa ne pensa invece della chiusura del PFO nei pazienti con la Sindrome delle apnee notturne?**

La Sindrome delle apnee notturne (OSA) è un disturbo del sonno presente nel 9% delle donne e nel 24% dei maschi, dovuto ad ostruzione delle vie aeree superiori durante il sonno a causa di ipotonia muscolare o infiammazione, con conseguente completa o quasi completa cessazione del flusso respiratorio nonostante lo sforzo inspiratorio. Tecnicamente è definito come la presenza di  $\geq 5$  episodi di apnea o ipopnea per ora di sonno.

È stata suggerita una possibile associazione tra OSA e PFO e, infatti, alcuni studi hanno rilevato che il PFO è più frequente nei pazienti OSA rispetto ai controlli, dimostrando comunque solo l'esistenza di un'associazione e non di una relazione causale. Tuttavia le due condizioni presentano importanti interazioni fisiopatologiche che

possono giustificare una maggiore desaturazione arteriosa di ossigeno durante il sonno nei pazienti OSA con PFO. Nel corso di un episodio di apnea, lo sforzo inspiratorio contro vie aeree chiuse provoca forte riduzione della pressione intratoracica con conseguente aumento del ritorno venoso e quindi della pressione e del volume delle sezioni cardiache destre, condizioni che predispongono a comparsa o aumento dello shunt destro > sinistro a livello del PFO. All'incremento dello shunt concorre anche l'aumento della pressione polmonare secondaria alla vasocostrizione indotta dalla ridotta concentrazione di ossigeno nel sangue durante l'apnea ostruttiva. È stata quindi proposta la chiusura percutanea del PFO che trova indicazione soprattutto nei pazienti intolleranti alla respirazione a pressione positiva (cPAP).

### **Vi sono ancora altre indicazioni alla chiusura del PFO?**

Come abbiamo già detto il PFO può costituire la sede attraverso cui un embolo proveniente dal sistema venoso profondo bypassa i polmoni ed entra nella circolazione sistemica (embolia paradossa). Le conseguenze più frequenti sono gli eventi cerebrali, anche se non sono note le ragioni della predilezione degli emboli paradossi per il circolo cerebrale giacché al cervello è destinato solo il 15 % della portata cardiaca. Non è però da escludere che la maggior incidenza di eventi cerebrali dipenda dall'estrema sensibilità all'ischemia del sistema nervoso e che fenomeni microembolici in altre sedi restino asintomatici.

Solo nel 5-10% dei casi le embolie paradosse si manifestano come eventi esclusivamente non cerebrali, in forma di infarto miocardico, infarto renale o ischemia degli arti inferiori, con sporadici casi di embolia paradossa multi-organo. Sono stati correlati a PFO anche rari casi di sordità a insorgenza improvvisa, cecità monoculare, emianopsia (perdita di metà del campo visivo).

A parte gli eccezionali casi riportati di visualizzazione ecocardiografica di "trombo in transito" attraverso il PFO, la diagnosi di embolia paradossa richiede l'esclusione di cause alternative ed è quindi presuntiva, più probabile in pazienti che hanno trombosi venosa profonda e shunt destro > sinistro.

Di tutte le manifestazioni emboliche non cerebrali, l'infarto miocardico è fra le evenienze più rilevanti ed è stato riportato in pazienti portatori di PFO ed esenti dai comuni fattori di rischio vascolare. In uno studio recente, la RMN cardiaca eseguita in 74 pazienti con stroke criptogenico e PFO senza storia di coronaropatia ha evidenziato infarto miocardico circoscritto nel 10,8% dei casi, con quadro coronarografico normale. Invece, lo studio YAMIS in 101 pazienti di età < 40 anni con storia di infarto miocardico non ha rilevato differenze relativamente alla presenza di shunt destro > sinistri rispetto ad un gruppo di controllo, come già aveva riportato anche uno studio precedente.

Non vi sono dati sistematici che provino l'efficacia della chiusura del PFO nella prevenzione delle recidive delle embolie non cerebrali, ma la procedura viene talvolta effettuata per questa indicazione.

**Che messaggio possiamo lasciare ai nostri lettori al termine di questa interessante intervista?**

È evidente come le indicazioni alla chiusura del PFO non in prevenzione secondaria dello stroke siano molteplici, ma estremamente rare; ciononostante è fondamentale che i Centri che effettuano

tali procedure siano esperti anche di tali condizioni.

In attesa che nuovi studi randomizzati ci aiutino a meglio definire il ruolo della procedura per prevenire il re-ictus, alcune di queste indicazioni “di nicchia” sono in realtà molto più forti e con benefici maggiormente evidenti.

## Ecco sperimentata la polipillola !

Circa 10 anni fa due ricercatori inglesi, preoccupati dell'uso eccessivo di farmaci, specie negli anziani, e della loro difficile gestione nelle 24 ore - pillole per il cuore, per la pressione, per il colesterolo e per salvaguardare le arterie, quando non fosse anche necessario stimolare l'intestino o proteggere lo stomaco – proposero la confezione di un concentrato dei vari farmaci in un'unica pillola giornaliera, che

prese il nome di polipillola. La proposta aveva quasi il sapore di una provocazione, ma fu tuttavia presentata con una serie così puntuale di argomentazioni farmacologiche, cliniche, di economia gestionale e di mercato, che la rendevano teoricamente possibile nella sua attuazione pratica. Il mondo medico reagì con diverse opinioni in pro e in contro, ma tutte con un sottofondo di recondito umorismo perché ci si rendeva conto della difficile realizzazione sia sul piano clinico che su quello della risposta dell'industria farmaceutica. La quale non avrebbe avuto, fra l'altro, alcun interesse a concentrare in un'unica scatola il profitto di molte. Oggi sugli *Annals of Pharmacotherapy* (2012) si riporta il resoconto di quanto è stato ottenuto nell'impiego di differenti megapillole realizzate in sette centri durante questi anni. I farmaci inclusi nelle differenti formulazioni proposte sono stati l'aspirina a basso dosaggio (100 mg), un betabloccante per il cuore, una statina contro il colesterolo LDL, un ipotensivo del tipo ACE-inibitore, di quelli con il suffisso in “il”, e un diuretico tiazidico. La sperimentazione è stata condotta, da un lato, in pazienti a

basso rischio, quelli che avevano solo la predisposizione ad ammalare ma erano esenti da pregresse patologie, e dall'altro, in coloro con rischio elevato per aver già sofferto di malattie cardiovascolari. Furono calcolati gli effetti sul grado di abbassamento della pressione, del colesterolo cattivo e sulla comparsa di eventi cardiaci o ictus. I risultati sono stati francamente positivi nei pazienti ad alto rischio, nei quali si è registrata una riduzione di circa il 60% della pressione, del colesterolo, delle malattie cardiache e dell'ictus, mentre nei soggetti a basso rischio, quelli solo teoricamente cagionevoli, la riduzione di tutto ciò è stata effimera, e spesso con la beffa che gli effetti collaterali apparivano superiori ai benefici. Interessante infine l'annotazione che solo in India la polipillola è attualmente già in commercio.

**E.P.**



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

*Angiography alone versus angiography plus optical coherence tomography to guide decision-making during percutaneous coronary intervention: the Centro per la Lotta contro l'Infarto-Optimization of Percutaneous Coronary Intervention (CLI-OPCI) study.*

da **EuroIntervention**, in stampa

## *L'impiego dell'OCT migliora i risultati delle angioplastiche coronariche.*

Francesco Prati, Luca Di Vito, Giuseppe Biondi-Zoccai, Michele Occhipinti, Alessio La Manna, Corrado Tamburino, Francesco Burzotta, Carlo Trani, Italo Porto, Vito Ramazzotti, Fabrizio Imola, Alessandro Manzoli, Laura Materia, Alberto Cremonesi, Mario Albertucci.

Intervista di **Filippo Stazi**

**In uno dei prossimi numeri di Eurointervention appariranno i risultati di un nuovo studio condotto dal Centro per la Lotta contro l'Infarto, il CLI-OPCI. Chiediamo a Francesco Prati, coordinatore della ricerca, di cosa si tratta.**

Nella normale pratica clinica la valutazione del buon esito o meno di un'angioplastica coronarica si fonda solo sui dati angiografici ossia basandosi esclusivamente sulle immagini fornite dalla coronarografia. Purtroppo le informazioni così ottenute sono spesso subottimali. Ci siamo quindi chiesti se l'impiego dell'OCT potesse in qualche modo migliorare la nostra capacità decisionale e se ciò si potesse traslare in un beneficio clinico per i pazienti. Il CLI-OPCI è stato pertanto progettato e condotto proprio con l'obiettivo di testare quest'ipotesi.

**Ti fermo un attimo. Sulle pagine di Cuore & Salute abbiamo spesso parlato di OCT ma credo sia comunque utile rispiegare brevemente cos'è ed a cosa serve.**



Francesco Prati

L'OCT o tomografia a coerenza ottica è una metodica di imaging, ossia di diagnostica per immagini, di recente sviluppo che permette, nel contesto di un esame coronarografico, di acquisire delle immagini di alta qualità delle coronarie direttamente dall'interno. È importante sottolineare che esso non aumenta il rischio della procedura né comporta alcun disagio ulteriore per il paziente.

### **Torniamo ai risultati dello studio. Quali e quanti pazienti avete studiato?**

Abbiamo studiato 670 soggetti sottoposti ad angioplastica coronarica per qualsiasi indicazione. I 335 casi in cui, prima di considerare chiusa la procedura, il risultato è stato valutato con l'ausilio dell'OCT sono stati confrontati con altrettanti pazienti dalle analoghe caratteristiche in cui l'esito della procedura è stato giudicato sulla base delle sole immagini angiografiche.

### **And the winner is...?**

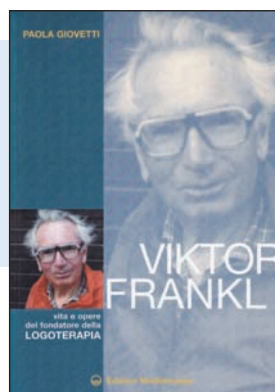
L'OCT non ha causato complicazioni ed ha permesso di individuare elementi di scarso successo procedurale (dissezione coro-

narica, malapposizione o sottoespansione dello stent, stenosi residua, presenza di trombosi) che sarebbero altrimenti rimasti inosservati e che hanno portato nel 35% dei casi ad una ulteriore dilatazione coronarica od al posizionamento di uno stent aggiuntivo. Tutto ciò si è tradotto in una significativa riduzione a 12 mesi del rischio di mortalità cardiaca o di infarto non fatale.

### **Possiamo quindi concludere che l'OCT dovrebbe essere eseguito di routine in tutti i casi di angioplastica coronarica?**

Il nostro è il primo studio che ha valutato il ruolo aggiuntivo dell'OCT nel contesto di tali procedure ed ha fornito dei risultati estremamente interessanti. La metodica può essere infatti eseguita in sicurezza, permette di evidenziare aspetti altrimenti misconosciuti e determina un beneficio clinico per i pazienti. Bisogna però ricordare che il nostro è stato uno studio retrospettivo e non randomizzato e che quindi va inteso come un sasso lanciato nello stagno. Ha agitato le acque. Ora saranno necessari studi più grandi per confermare definitivamente i nostri risultati.

tra i libri ricevuti



# O' sfuorzo

di Eligio Piccolo

La parola napoletana significa ovviamente sforzo e non solo quello fisico abituale, poiché l'arguto popolo partenopeo ci infila anche l'impegno che una persona in là con gli anni può svolgere in determinate circostanze fisiologiche. Quando s'era ragazzi, anni cinquanta, girava un'indiscrezione (ancora il termine gossip non si conosceva) secondo la quale un celebre comico del sud di nome Angelo era volato in cielo o agli inferi, mentre era impegnato nell'eros. Da allora molti altri personaggi sono stati oggetto dei "si dice", accompagnati da commenti più o meno salaci. Mi toccò personalmente di ascoltare la confessione di un maturo signore, noto per le sue scorribande amorose, che durante il ricovero in Unità Coronarica per un dolore tipico mi disse che nelle ore precedenti aveva fatto sesso sfrenato con una giovane compiacente.

Oramai gli infarti o le morti sul talamo, sia quello adulterino che il coniugale, non sorprendono più nessuno, benché persistano ancora le reticenze nel dichiararlo, anche da parte del coniuge legittimo. Ho detto coniuge, ma forse avrei dovuto dire moglie poiché il malcapitato è quasi sempre il maschio data la sua partecipazione, come dicono i francesi che in queste cose sono maestri, più "engagé" e che a volte può es-



sere paragonata ad una vera prova da sforzo. E qui entriamo nel tema dell'argomento che sto per trattare, ossia il rischio che in alcune circostanze può causare lo sforzo fisico. Non certo quello dell'atleta allenato e nemmeno di colui che in vario modo si tiene in forma, piuttosto di quelli che si lasciano aumentare il giro-pancia e non schiodano dalla vita sedentaria.

Gli inconvenienti clinici durante un impegno fisico sono fortunatamente rari e costituiscono più un evento aneddotico che un fatto da conteggiare statisticamente. Per questa ragione due ricercatrici del Massachusetts hanno rivalutato e pubblicato su JAMA di marzo 2011 i risultati di ben 14 studi sull'evenienza di attacchi cardiaci o di morte improvvisa durante sforzo, sia ludico che sessuale. Da questa che noi medici chiamiamo metanalisi risulta che tali inconvenienti succedono con una frequenza 3.5 volte maggiore durante sforzo in generale rispetto ai tempi di riposo e 2.7 volte più frequente durante amplesso o subito dopo. La notizia ha richiamato ovviamente l'interesse della stampa nordamericana e alle domande dei

giornalisti le due dottoresse hanno precisato che il periodo di maggiore rischio per i malcapitati è tuttavia piuttosto breve, da una a due ore, e che se consideriamo una popolazione di 10.000 persone tale rischio è circa di 1-2 casi per anno.

L'analisi di queste indagini epidemiologiche ci ha fornito però anche un'informazione di grande conforto: un'attività fisica settimanale regolare riduce il rischio di infarto del 45% e quello di morte improvvisa del 30%. Parafrasando i patiti delle settimane bianche, i quali hanno imparato che per evitare cadute e fratture è necessario un periodo di pre-sciistica, si potrebbe consigliare a coloro che non vogliono rinunciare alla partitina o all'amore di organizzarsi un adeguato allenamento. Consigliamo di leggerci a questo proposito il bel racconto di Jorge Amado "Donna Flor e i suoi due mariti", l'uno ballerino scatenato e grande amatore, che la lasciò vedova precocemente, l'altro metodico, che programmava anche gli amplessi settimanali e che le diede più sicurezza, ma anche qualche nostalgia.



# Lettere a Cuore e Salute

Il rapporto tra medico e paziente si è andato sempre più modificando nel corso degli anni. Uno degli aspetti più delicati di tale rapporto riguarda la comunicazione che è spesso avvertita dai pazienti come insufficiente. L'entità di tale disagio è documentata anche dalle numerose missive sull'argomento che giungono alla nostra redazione. Ritenendo il problema degno della massima attenzione pubblichiamo di seguito due di tali lettere che esprimono il punto di vista dei malati e dei loro familiari. Le lettere sono volutamente lasciate prive di risposta nella speranza di suscitare il più ampio dibattito possibile tra i nostri lettori.

F.S.



## Il Cardiopatico esterrefatto

Sono un cardiopatico con valvola aortica meccanica. In questo ultimo periodo ho avuto affanno crescente e di recente, dopo una nottataccia, decido di farmi fare un ecocardiogramma.

Concluso l'esame scrutavo con ansia la faccia del medico per ricavarne un abbozzo di prognosi. Alla mia esplicita richiesta di notizie mi sono soltanto visto presentare un foglio con l'intimazione: lo porti al suo medico curante.

Leggendolo ho tentato di capirne almeno il senso, ma di fronte ai termini:

- protesi valvolare con gradiente di circa 13mmHg
- ventricolo sinistro con buona cinesi ed evidenti deficit segmentari (FE 53%)
- lieve rigurgito tricuspide
- normale PSAP
- lieve distensione della VCI

ho rinunciato.

Ma i medici sono diventati dei robot e non sanno più parlare con i pazienti?

Grato per l'attenzione, porgo i migliori saluti.

Pompeo A., Roma

### I medici sanno ancora comunicare?

Ogni medico dovrebbe essere anche un buon comunicatore. Più facile a dirsi che a farsi. Non sempre infatti ci si trova di fronte a un medico che sa davvero comunicare la gravità di una malattia, il suo possibile evolversi, le implicazioni presenti e future secondo la letteratura clinica. È un discorso che vale per il paziente, a cui forse a volte è normale nascondere gli aspetti più spiacevoli di quanto sta subendo, ma anche per i parenti che dovrebbero essere informati in modo capillare.

Certo, l'impressione è che la professione del medico in questi anni sia molto cambiata. Il blocco del turn over, la carenza di personale, il ricorso a ricoveri non sempre giustificati hanno forse svilito l'aspetto umano. Probabilmente anche la carenza di sbocchi professionali in altri settori del vivere sociale ha fatto sì che una parte dei giovani che accede a Medicina, lo fa perché nella professione medica vede un lavoro tutto sommato ben retribuito e che alla lunga dà una certa stabilità. Insomma, il rischio, per alcuni, è che sia venuta meno la motivazione.

E poi forse non sempre nei corsi di laurea vengono proposti agli studenti seminari in psicologia per meglio affrontare le situazioni di tensione che non di rado vengono a crearsi negli ambulatori o nei reparti ospedalieri. Più in generale, il rischio è tralasciare il fattore umano, quello che una volta caratterizzava il cosiddetto 'medico condotto'. È vero, è un ritornello che ritorna, che tanti medici si saranno sentiti ripetere, ma non è mai inutile soffermarsi sul fatto emotivo-comunicativo. Nessuno chiede ai medici di sapere leggere il linguaggio meta corporeo di un paziente o dei suoi parenti, o di avventurarsi in analisi freudiane, ma comunque di mettersi un po' più nei loro panni. È un approccio che porta frutti a breve come a lungo termine. Le riflessioni di chi scrive nascono anche da un'esperienza diretta. Una madre con un tumore alle vie biliari vecchio di quattro anni ferma per cinque giorni su una barella di uno dei maggiori ospedali romani, poi il trasferimento in reparto, dove è rimasta per quattro giorni, per sentirsi dire che stava per morire solo un paio di ore prima del decesso. Una vicenda riportata anche dai giornali nazionali, ma sulla quale la direzione sanitaria ha preferito glissare nonostante un paio di lettere di chi scrive. È utile capire che la non comunicazione è comunque comunicazione e che spesso genera effetti inaspettati.

Alessandro G., Roma

### Un ringraziamento di cuore

La signora Ornella Agostinelli ci ha inviato una lettera molto affettuosa che non pubblichiamo per ragioni di spazio con la quale racconta ai nostri lettori come venne salvata da una fibrillazione ventricolare, aritmia che, come i lettori sanno, è ancor oggi molto spesso mortale.

Per sua fortuna l'attacco insorse con perdita di conoscenza in un negozio il cui proprietario era un volontario del 118 che chiamò con urgenza un cardiologo di sua conoscenza che esercitava nei paraggi. Il cardiologo arrivò dopo pochi minuti e mise in atto le manovre di rianimazione cardiopolmonare, riuscì a far riprendere conoscenza all'ammalata che accompagnò in ospedale.

Sono passati sette anni, la signora ha raggiunto gli ottantadue anni, e qualche settimana fa sfogliando "Cuore e Salute" in un ambulatorio medico, vide un viso che gli era familiare, con la stessa espressione sorridente, che lei aveva ammirato tornando in vita con il suo elettrocardiogramma normalizzato.

Era proprio lui, il professor Piccolo, il suo salvatore, che la signora Ornella vuole ora ringraziare, è il caso di dirlo, di tutto cuore.



# Quaderno a Quadretti

di Franco Fontanini

## Imperturbabilità

I francesi ammirano molto l'imperturbabilità che considerano forza d'animo, padronanza di sé, autorevolezza.

Strano che non sia molto citato Napoleone, che meriterebbe uno dei primi posti nella graduatoria.

Si pensi che Balzac è rimasto popolare per l'indifferenza di fronte al grande successo della "Commedia Umana" che lo faceva incavolare per gli scarsi guadagni che gli procurava.

"E la gloria non la contate?" gli venne ribattuto ad una premiazione. "Una volta, raccontò, in Russia, fui invitato in un salotto molto importante. Nel momento in cui entravo un servo annunciò il mio nome, la signora esclamò stupefatta 'Il signor Balzac!' e per l'emozione lasciò cadere la teiera e tutte le tazze. Ecco cos'è la gloria per un letterato. Tutto qui. Questo è stato il successo più fragoroso della mia vita".

Emmanuel-Joseph Sieyès, famoso uomo politico, uno dei maggiori esponenti della Rivoluzione, protagonista di tanti eventi importantissimi anche se non tutti portati a buon termine, viene ricordato solo per un episodio che l'ha reso indimenticabile.



Quando era presidente del senato, l'abate Poulle si presentò alla sua casa e senza dir parola gli scaricò addosso due pistole che per sua fortuna lo ferirono solo leggermente. Appena l'abate se ne fu andato, Sieyès chiamò il suo servitore e gli disse con la massima calma: "Se Poulle viene un'altra volta, gli direte che non sono in casa". Dell'enorme imperturbabilità di Napoleone si parla pochissimo, solo il suo valletto di nome Marchand lasciò scritto che, alla vigilia della battaglia di Waterloo, verso mezzanotte, lo ricordava mentre si tagliava le unghie. Poco dopo chiamò uno dei suoi ufficiali di ordinanza e lo mandò in ricognizione, come un coach calcistico, ad osservare le condizioni del terreno che aveva scelto per la battaglia del giorno dopo. Quando l'ufficiale ritornò per dirgli che il terreno a causa della pioggia era impraticabile, trovò l'imperatore che dormiva profondamente e non osò svegliarlo.

Poche ore dopo, come è noto, in quel terreno quindicimila uomini di Wellington, millecinquecento prussiani e oltre quarantamila suoi uomini morirono. Il numero esatto dei francesi caduti non è noto perché nessuno si preoccupò di aggiornare i ruolini dei reggimenti. Forse non venne considerata una gran notizia. Nella campagna di Russia perirono non meno di cinquecentomila soldati francesi.

### **Armstrong e l'anziano insegnante**

In un centro di rianimazione statunitense è morto a ottantadue anni Neil Armstrong, figlio di agricoltori, divenuto famoso come il primo uomo sceso sulla superficie lunare.



Viene descritto timido, un po' scostante, rossiccio di capelli, poco piacevole al primo approccio.

Aveva imparato a guidare l'aereo prima dell'automobile.

Quando si laureò in ingegneria aeronautica non aveva mai letto un romanzo, ascoltato un concerto, visto un museo o un'opera d'arte. Non aveva idee politiche, gli interessavano solamente eliche e reattori, il suo hobby domenicale il volo planato. Dialogava principalmente con i cervelli elettronici. Entrò nella NASA a 25 anni diventando un pilota unico per la sua perizia. Pilotò tutti i jet sperimentali, volando a seimila chilometri l'ora, raggiunse 70 chilometri di altezza. Superò incidenti, pericoli e difficoltà giudicate inimmaginabili: non sapeva cosa fosse la paura, c'erano in lui capacità sovrumane, pensava di finire disperso nell'infinito.

Lasciò per primo la sua impronta fuori dal nostro pianeta il 21 luglio 1969. Al ritorno dalla superficie lunare disse con semplicità: "Ho fatto quello che andava fatto, non è stata un'avventura, ma un'impresa scientifica

studiata per anni e che ritenevo possibile”. Avrebbe potuto ottenere qualsiasi riconoscimento, nomina e incarico, ma preferì studiare e insegnare l’astronautica, la scienza che conosceva più a fondo di ogni altro. Probabilmente non abbandonò mai l’idea di un’impresa spaziale ancor più grande. Era convinto che la scienza non avesse limiti. Poche settimane fa, ad un controllo, trovarono che il suo cuore che aveva affrontato emozioni di ogni genere, presentava qualche disturbo, per cui venne sottoposto ad un intervento chirurgico di rivascolarizzazione che non riuscì a superare. Un vecchio maestro di un paesino delle Apuane ha commentato: “Armstrong ci ha soprattutto insegnato che la scienza non potrà mai disgiungersi dai nostri limiti né dalla nostra fragilità di mortali”. Non dovremo dimenticarlo mai.

### **Quattro classi**

Il mai sufficiente rimpianto Carlo Cipolla, prestigioso autore di saggi di storia dell’economia dell’Europa preindustriale, nonché di studi come “I pidocchi e il Granduca” e “Cristofano e la peste” che fanno luce sulle condizioni della medicina e dell’assistenza nell’Italia del Rinascimento nonché sullo sviluppo dei mezzi per proteggere il dramma-



tico susseguirsi delle epidemie. È stato anche un brillante saggista sui costumi.

In uno dei suoi ultimi libri “Allegro ma non troppo”, distingue i nostri connazionali in quattro classi:

- gli intelligenti che procurano vantaggi a sé stessi e agli altri;
- i banditi che perseguono solo il loro vantaggio;
- gli sprovveduti che cercano il proprio vantaggio, ma finiscono per avvantaggiare qualcun altro;
- gli stupidi che danneggiano sé stessi e gli altri.

Le categorie 1 e 2 sarebbero nettamente prevalenti ed entrambe in costante crescita, stazionari la 3 e la 4, pressoché inesistenti le eccezioni.

# Conoscere e Curare il Cuore 2013




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

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

Programma preliminare

Coordinamento: Francesco Prati  
Segreteria: Alessandra Tussis



 Centro per la Lotta contro  
l'Infarto - Fondazione Onlus

**Capire per prevenire**

## VENERDÌ 22 MARZO

### I SESSIONE

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

- 9.00 Quanto conta veramente nell'ipertensione scegliere un farmaco piuttosto che un altro?**  
Massimo Volpe, *Roma*
- 9.15 La bicuspidia aortica: una malattia non sempre innocente.**  
Alessandro Boccanelli, *Roma*
- 9.30 Da Filippide ai nostri giorni: esiste un nesso tra lo sforzo strenuo e la morte cardiaca?**  
Claudio Rapezzi, *Bologna*
- 9.45 L'insufficienza cardiaca a frazione d'eiezione conservata: una malattia dell'atrio, del ventricolo o del rene?**  
Edoardo Gronda, *Sesto San Giovanni - MI*
- 10.00 Discussione**
- 10.30 Intervallo**

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

### II SESSIONE

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

- 11.30 I nuovi farmaci antitrombotici nella terapia delle sindromi coronariche acute: meglio o peggio degli inibitori P2Y12.**  
Giuseppe Biondi Zoccai, *Roma*
- 11.45 Le nuove linee guida nella prevenzione cardiovascolare: alla ricerca dell'aterosclerosi subclinica.**  
Gian Francesco Mureddu, *Roma*
- 12.00 L'impiego della TAC nel triage del dolore toracico: presente o futuro?**  
Claudio Cavallini, *Perugia*
- 12.15 Il circolo collaterale nella cardiopatia ischemica. Migliora la prognosi?**  
Filippo Ottani, *Forlì*
- 12.30 Discussione**

### III SESSIONE

**MODERATORI:** David Antonucci, *Firenze*  
Cesare Greco, *Roma*

- 15.00 I farmaci antiipertensivi vanno assunti la sera?**  
Paolo Verdecchia, *Assisi*
- 15.15 Troponina ad alta sensibilità e sindromi coronariche acute. Come e quando impiegarela?**  
Marcello Galvani, *Forlì*
- 15.30 Nuove frontiere nel trattamento dell'ictus: l'angioplastica delle carotidi e delle arterie cerebrali.**  
Bernhard Reimers, *Mirano - VE*
- 15.45 Dal trattamento del raffreddore alla prevenzione dell'infarto ed infine del cancro: l'aspirina.**  
Claudio Borghi, *Bologna*
- 16.00 Discussione**
- 16.30 Intervallo**

### IV SESSIONE

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

- 17.00 La terapia antiaggregante nel paziente con NSTEMI: molti dubbi, qualche certezza.**  
Stefano Savonitto, *Reggio Emilia*
- 17.15 La rivincita dello stent medicato. Con le nuove tecnologie il tasso di trombosi è persino inferiore a quello dello stent BARE.**  
Tullio Palmerini, *Bologna*
- 17.30 Il programma "Heart Flow". La TAC con valutazione funzionale dei restringimenti coronarici: razionale e risultati.**  
Filippo Cademartiri, *Monastier di Treviso - TV*
- 17.45 Che cosa succede dopo 10 anni di terapia con statine? I dati dell'Heart Protection Study.**  
Francesco Bovenzi, *Lucca*
- 18.00 Discussione**



## SABATO 23 MARZO

### V SESSIONE

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

- 9.00** **Qualche buona ragione per evitare la rivascolarizzazione mediante angioplastica delle ostruzioni croniche.**  
Corrado Tamburino, *Catania*
- 9.15** **aVR, la derivazione negletta che diventa protagonista.**  
Eligio Piccolo, *Mestre - VE*
- 9.30** **La robotica in cardiocirurgia.**  
Francesco Musumeci, *Roma*
- 9.45** **La genetica per individuare il rischio cardiovascolare. Possiamo andare oltre i fattori di rischio?**  
Piera Angelica Merlini, *Milano*
- 10.00** **Discussione**
- 10.30** **Intervallo**

**11.00 - 11.30**

#### LETTURA MAGISTRALE

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

### SIMPOSIO

#### "CAUSE E CURA DELL'INFARTO"

- MODERATORI:** Attilio Maseri, *Firenze*  
Gaetano Thiene, *Padova*
- 11.30** **Le dissezioni coronariche spontanee.**  
Cristina Basso, *Padova*
- 11.45** **Insufficienza renale ed infarto miocardico.**  
Filippo Crea, *Roma*
- 12.00** **Calcificazioni focali ed emorragia di placca: elementi di instabilità.**  
Eloisa Arbustini, *Pavia*
- 12.15** **Cause dell'infarto: la ricerca di nuove evidenze.**  
Francesco Prati, *Roma*
- 12.30** **Discussione**

### VI SESSIONE

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

- 15.00** **Tre diversi trattamenti della stenosi aortica: impianto di valvola percutanea, valvuloplastica e sostituzione valvolare chirurgica. A chi riservarli?**  
Antonio Marzocchi, *Bologna*
- 15.15** **Nuovi inibitori del recettore P2Y12: luci ed ombre.**  
Leonardo Bolognese, *Arezzo*
- 15.30** **Stratificazione del rischio con ecodoppler nel paziente con stenosi aortica asintomatica: nuovi concetti.**  
Giovanni La Canna, *Milano*
- 15.45** **La logica delle aritmie.**  
Carlo Pappone, *Cotignola - RA*
- 16.00** **Discussione**
- 16.30** **Intervallo**

### VII SESSIONE

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

- 17.00** **Come va individuata la malattia delle coronarie nel diabetico asintomatico?**  
Fausto Rigo, *Mestre - VE*
- 17.15** **Il trattamento della coartazione dell'aorta: tecniche vecchie e nuove a confronto.**  
Luigi Ballerini, *Roma*
- 17.30** **Quale è il ruolo dell'ablazione transcateretere della fibrillazione atriale nei pazienti con scompenso cardiaco?**  
Fiorenzo Gaita, *Torino*
- 17.45** **Modi diversi per curare l'infarto rimuovendo il trombo.**  
Fabrizio Imola, *Roma*
- 18.00** **Discussione**

## DOMENICA 24 MARZO

---

### VIII SESSIONE

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

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

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

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

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

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

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

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

**11.00** **Discussione**

---

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

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

# Aggiornamenti cardiologici

di Filippo Stazi



**FAME 2:** le procedure di rivascolarizzazione percutanea migliorano la prognosi dei pazienti con sindrome coronarica acuta. Nei soggetti con angina cronica stabile, invece, non è ancora chiaro se tali procedure inducano o meno un beneficio rispetto alla sola terapia medica. Il FAME 2 Trial ha ipotizzato che in questo tipo di malati la valutazione del significato funzionale delle stenosi coronariche, misurata dalla cosiddetta fractional flow reserve (FFR), sia in grado di individuare quali pazienti possono maggiormente avvalersi delle terapie interventistiche. Tutti i pazienti con almeno una stenosi coronarica funzionalmente significativa ( $FFR \leq 0,80$ ) sono quindi stati randomizzati a terapia medica ottimale più rivascolarizzazione percutanea o sola terapia medica. Lo studio è stato prematuramente interrotto dopo l'arruolamento di 1220 pazienti perché l'end point combinato di morte, infarto o necessità di rivascolarizzazione urgente si verificava in misura significativamente più frequente nel gruppo destinato alla sola terapia medica (12,7% vs 4,3%,  $p < 0,001$ ). Tale differenza era però interamente dovuta ad una ridotta necessità di procedure urgenti di rivascolarizzazione mentre il rischio di morte o infarto è risultato sovrapponibile tra i due gruppi. (*New Engl J Med* 2012; 367: 991-1001)

**TRILOGY ACS. Prasugrel contro Clopidogrel in pazienti con sindrome coronarica acuta non rivascolarizzati:** circa 9000 pazienti con sindrome coronarica acuta senza sopraslivellamento del segmento ST e non trattati in acuto con procedure di rivascolarizzazione miocardica sono stati randomizzati a ricevere, oltre all'aspirina, Prasugrel (5 o 10 mg/die a seconda che avessero più o meno di 75 anni) o Clopidogrel (75 mg/die). Per essere arruolati i soggetti dovevano presentare almeno uno dei seguenti elementi di aumentato rischio: età  $> 60$  anni, pregresso infarto, diabete o pregressa rivascolarizzazione miocardica. Dopo un follow up medio di 17 mesi l'end point primario dello studio, la combinazione di morte cardiaca, infarto od ictus, non differiva significativamente tra i due gruppi (13,9% nel gruppo Prasugrel e 16% in quello Clopidogrel,  $p = 0,21$ ). Non si sono rilevate variazioni significative nemmeno relativamente ai sanguinamenti maggiori od a quelli intracranici. L'attesa sfida tra i due farmaci si è quindi sostanzialmente conclusa con un pareggio. (*New Engl J Med* 2012; 367: 1297-1309)

**Contropulsatore e shock cardiogeno. L'IABP-SHOCK II Trial:** Le linee guida considerano di classe I, quindi assolutamente indicato, l'impiego del contropulsatore aortico nel trattamento dell'infarto miocardico complicato da shock cardiogeno. Tale indicazione deriva però sostanzialmente da registri e non da studi randomizzati. Per colmare tale mancanza i ricercatori dell'IABP-SHOCK II Trial hanno randomizzato 600 pazienti con infarto e shock cardiogeno a contropulsazione aortica (n = 301) o meno (n = 299). Tutti i pazienti erano candidati ad una procedura di rivascolarizzazione miocardica percutanea o chirurgica. L'end point primario, la mortalità totale a 30 giorni, risultava non significativamente differente tra i due gruppi (39,7% nei soggetti contropulsati e 41,3% negli altri, p = 0,69). Nessuna differenza è risultata significativa neanche analizzando i sanguinamenti maggiori (3,3% vs 4,4%, p = 0,51), le complicanze ischemiche periferiche (4,3% vs 3,4%, p = 0,53), le complicanze settiche (15,7% and 20,5%, p = 0,15) e gli strokes (0,7% vs 1,7%, p = 0,28). Non si è osservato nessun beneficio nemmeno confrontando i soggetti in cui il contropulsatore veniva posizionato prima della procedura di rivascolarizzazione rispetto a coloro che invece lo ricevevano dopo la procedura. I risultati dello studio che non hanno mostrato nessun beneficio del contropulsatore sono senz'altro sorprendenti: la discussione è aperta! (*New Engl J Med* 2012; 367: 1287-1296)

**Significato prognostico dell'ispessimento medio-intimale carotideo:** la presenza di ispessimento mediointimale delle arterie carotidee è un riconosciuto marker di aterosclerosi carotidea e coronarica. Gli autori dello studio hanno voluto valutare il ruolo della misurazione ecografica dell'ispessimento mediointimale (IMT) e del diametro interavventiziale dell'arteria carotide comune (ICCAD), in aggiunta ai tradizionali fattori di rischio, nel predire il rischio di futuri eventi cardiovascolari. Per tale motivo hanno seguito per 3 anni 3.703 soggetti di età media 64 anni. Nel corso del follow up 215 di questi soggetti hanno accusato un evento cardiovascolare (infarto, angina, ictus, TIA, scompenso cardiaco, arteriopatía periferica, intervento di rivascolarizzazione coronarica o periferica). Il risultato della ricerca è stato che, in effetti, l'aggiunta dei due parametri ecocardiografici (IMT e ICCAD) alla stratificazione basata solo sui fattori di rischio migliorava del 12,1% la capacità di prevedere gli eventi cardiovascolari futuri. (*J Am Coll Cardiol* 2012; 60: 1489-1499)

L'agosto è un poco di buono e non lo nasconde.

> **G. Manganelli**

Ogni nazione ha il tipo di lestofanti che si merita.

> **A. Kennedy**

Molti uomini debbono il loro successo alla loro prima moglie e la loro seconda moglie al loro successo.

> **Anonimo**

Quando si trova un errore e lo si corregge si vedrà che andava meglio prima.

> **A. Block**

Se ogni essere umano ha un numero prestabilito di battiti cardiaci non intendo sprecarne a fare ginnastica.

> **N. Armstrong**

L'uomo è un animale domestico che, trattato con dolcezza e fermezza, può venire addestrato a fare molte cose.

> **J. Cooper**

Non leggete libri che non siano vecchi di almeno un anno.

> **R.W. Emerson**

Nulla è più temibile di una ignoranza attiva.

> **J.W. Goethe**

Su una cosa, almeno, uomini e donne concordano: entrambi non si fidano delle donne.

> **H.R. Menken**

Il signore a cui hai fregato il posto nel parcheggio è quello con cui devi fare il colloquio di lavoro.

> **F. Fontanini**

# aforismi

Non c'è lavoro tanto semplice che non possa essere fatto male.

> **A. Block**

Per qualcuno l'essere consiste nel sembrare.

> **M. Vassalle**

I tradizionalisti sono pessimisti sul futuro e ottimisti sul passato.

> **Anonimo**

Ogni burocrazia riorganizzata per ottenere maggiore efficienza diventa immediatamente identica alla precedente.

> **W. Vivian**

Libri e prostitute amano girare il dorso quando si mettono in mostra.

> **K. Huizing**

L'efficienza di un comitato è inversamente proporzionale al numero dei suoi membri.

> **A. Block**

Niente è più facile dello scrivere difficile.

> **K. Popper**

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

> **J. Renard**

La corona è un copricapo che rende superflua la testa.

> **R. Lambka**

La guerra alla corruzione somiglia sempre più alla guerra alla droga.

> **S. Romano**

Ti voterò, ma solo se vincerai.

> **R. Franchi**

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

## BILANCIO AL 31/12/2011

### STATO PATRIMONIALE

ATTIVO	31.12.2011	31.12.2010
<b>A) Cred.v/soci per vers.ti anc.dovuti</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>B) Immobilizzazioni</b>		
I. Immateriali (al netto di ammort.ti)	3.514,00	4.086,00
II. Materiali (al netto di ammor.ti)	343.171,00	343.252,00
III. Finanziarie	139.644,00	137.144,00
<b>TOTALE IMMOBILIZZAZIONI</b>	<b>486.329,00</b>	<b>484.482,00</b>
<b>C) Attivo Circolante</b>		
I. Rimanenze	0,00	0,00
II. Crediti	574.626,00	530.750,00
III. Att.finanz.che non cost.immob.	1.488.862,00	1.644.320,00
IV. Disponibilità liquide	580.580,00	539.978,00
<b>TOTALE ATTIVO CIRCOLANTE</b>	<b>2.644.068,00</b>	<b>2.715.048,00</b>
<b>D) Ratei e Risconti</b>	<b>639,00</b>	<b>532,00</b>
<b>TOTALE ATTIVO</b>	<b>3.131.036,00</b>	<b>3.200.062,00</b>

### STATO PATRIMONIALE

PASSIVO	31.12.2011	31.12.2010
<b>A) Patrimonio netto</b>		
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	2.457.448,00	2.347.428,00
V. Utile (perdite) dell'esercizio	(7.441,00)	110.019,00
<b>TOTALE</b>	<b>2.966.464,00</b>	<b>2.973.904,00</b>
<b>B) Fondi per rischi e oneri</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>C) Trattamento fine rapporto</b>	<b>9.201,00</b>	<b>5.810,00</b>
<b>D) Debiti</b>	<b>155.371,00</b>	<b>220.348,00</b>
<b>TOTALE</b>	<b>164.572,00</b>	<b>226.158,00</b>
<b>E) Ratei e risconti</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>TOTALE PASSIVO</b>	<b>3.131.036,00</b>	<b>3.200.062,00</b>

**A) Valore della produzione**

1) Quote associative	387.589,00	491.929,00
2) Contributi e liberalità	64.000,00	17.000,00
3) Contributi 5 per Mille	75.723,00	70.590,00
4) Altri Ricavi	50.000,00	0,00

**TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE****577.312,00****579.519,00****B) Costi della produzione**

4) Per servizi	476.426,00	386.247,00
5) Per godimento di beni di terzi	27.649,00	26.890,00
6) Per il personale		
a) Salari e stipendi	48.469,00	38.249,00
b) Oneri sociali	14.431,00	11.451,00
c) Trattamento di fine rapporto	3.390,00	2.641,00
e) Altri costi	452,00	0,00

**66.742,00****52.341,00**

## 7) Ammortamenti e svalutazioni

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

**654,00****654,00**

## 8) Accantonamento per rischi

0,00

0,00

## 9) Altri accantonamenti

0,00

0,00

## 10) Oneri diversi di gestione

2.596,00

3.245,00

**TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE****574.067,00****469.377,00****DIFFERENZA TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)****3.245,00****110.142,00****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	3.274,00	8.967,00
--	----------	----------

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

- altri	1.257,00	1.441,00
---------	----------	----------

**4.531,00****10.408,00**

## 12) Altri oneri finanziari

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

b) da titoli iscritti nell'attivo circolante	7.149,00	276,00
--	----------	--------

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

- altri	1.021,00	1.476,00
---------	----------	----------

**8.170,00****1.752,00****TOTALE PROVENTI E ONERI FINANZIARI****(3.639,00)****8.656,00**



<b>D) Rettifiche di valore di attività finanziarie</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>TOTALE DI RETTIFICHE DI VALORE DI ATT. FINANZ.</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>E) Proventi e oneri straordinari</b>		
13) Proventi:		
- plusvalenze da alienazioni	0,00	0,00
- varie	37,00	0,00
	<b>37,00</b>	<b>0,00</b>
14) Oneri:		
- minusvalenze da alienazioni	0,00	0,00
- varie	186,00	0,00
	<b>186,00</b>	<b>0,00</b>
<b>TOTALE DELLE PARTITE STRAORDINARIE</b>	<b>(149,00)</b>	<b>0,00</b>
<b>Risultato prima delle imposte (A-B±C±D±E)</b>	<b>(543,00)</b>	<b>118.798,00</b>
15) Imposte sul reddito dell'esercizio		
Correnti:		
-Irap	6.898,00	8.779,00
Anticipate	0,00	0,00
16) Utile (Perdita) dell'esercizio	<b>(7.441,00)</b>	<b>110.019,00</b>

# Sostenete e diffondete Cuore e Salute

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

- ☺ La quota minima annuale di iscrizione alla Fondazione in qualità di Aderente è di € 20.00.
- ☺ Con un contributo di € 30.00 gli *Aderenti* alla Fondazione, possono richiedere il volume degli Atti del Congresso *Conoscere e Curare il Cuore* o gli Atti online.
- ☺ Coloro che desiderano offrire **Cuore e Salute** ai loro amici, debbono fornire l'indirizzo del destinatario unitamente al versamento della quota d'iscrizione. Sarà cura della segreteria informare dell'avvenuto omaggio (\*).



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

DESIDERO:  ISCRIVERMI  RINNOVARE L'ISCRIZIONE  ISCRIVERE UN AMICO AL

CENTRO PER LA LOTTA CONTRO L'INFARTO - FONDAZIONE ONLUS

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

CODICE FISCALE .....

VIA ..... CAP ..... CITTÀ .....

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

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

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

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

VERSAMENTO SU C/C POSTALE N°64284003

BONIFICO BANCARIO IBAN IT 56 Y 01005 03213 000000012506

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

ASSEGNO NON TRASFERIBILE

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

## AI NOSTRI LETTORI

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

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

# Ci stai a cuore!

30 anni d'impegno

NELLA PREVENZIONE E LOTTA ALL'INFARTO

Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Capire per prevenire

La salute è il nostro bene più prezioso, da preservare con un corretto stile di vita, una adeguata attività fisica, una sana alimentazione e tanta prevenzione.

Questa regola vale anche nella lotta contro l'infarto e le altre malattie cardiache.

**“Ogni 6 minuti un italiano è colpito da infarto. Tu puoi evitarlo!”**

Affidati a controlli periodici, regolari e scrupolosi.

Per tale motivo abbiamo sostenuto la creazione di un Centro dove, a condizioni particolarmente vantaggiose si possano effettuare tutti gli accertamenti cardiologici, dall'elettrocardiogramma fino alla Tac delle coronarie, in sintonia con i principi della Fondazione.

È così nata l'**Associazione Professionale CLI** dove personale altamente qualificato può fornirti una valutazione rapida e personalizzata del tuo profilo di rischio e di come tu possa modificarlo grazie alle più moderne metodologie, tecniche e strumentazioni.

#### **Associazione Professionale CLI:**

Via Ennio Quirino Visconti 4/a - Roma

**Tel/Fax:** 06.3207554

**email:** cli@centrolottainfarto.it



Se non sei ancora sostenitore troverai qui allegato il bollettino per diventarlo.

***Sostieni la Fondazione Onlus:**  
con 20 euro guadagni in salute e  
ricevi in abbonamento la rivista  
Cuore & Salute*

**Pic Check.**  
**Dietro un gesto**  
**c'è più serenità.**



# Pic CHECK

Misuratori di pressione **semplici e con funzioni dedicate**,  
 che scegli in base ai tuoi bisogni. In un gesto.

Pic Personal Check



Extra Large Display

**Anna, 38 anni, impiegata.**  
 Per lei che cerca un controllo personalizzato, c'è Pic Personal Check. Chiaro da leggere, regolabile grazie a **funzioni che si possono impostare** in base a specifiche esigenze personali.

**In farmacia**

Pic My Check



Large Display

**Lorenzo, 50 anni, manager.**  
 Per tenere la sua pressione sotto controllo sempre e ovunque c'è Pic My Check. Pratico, versatile, utile per misurazioni frequenti, **con avviso di ipertensione** sul display che segnala il superamento dei normali valori pressori.

Pic One Check



Large Display

**Maria Carla, 79 anni, pensionata.**  
 Ha scelto un misuratore molto semplice, Pic One Check: facile da leggere e soprattutto da usare. **Con un solo pulsante**, infatti, è possibile effettuare tutte le misurazioni.



[www.pic-solution.com](http://www.pic-solution.com)  
[www.cardiocommunity.org](http://www.cardiocommunity.org)

