

CUORE & Salute

30 anni d'impegno

NELLA PREVENZIONE E LOTTA ALL'INFARTO



Slow Medicine: se non ora quando?


XXXI

ANNO

N.1-2 GENNAIO-FEBBRAIO 2013

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

Il Congresso compie 30 anni

XXX Congresso di Cardiologia

Firenze, Palazzo dei Congressi

22 - 23 - 24 marzo 2013



Centro per la Lotta contro
l'Infarto - Fondazione Onlus

Capire per prevenire



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

MORE CONTROL. LESS RISK.

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

SJMprofessional.com



ST. JUDE MEDICAL

MORE CONTROL. LESS RISK.

n. 1-2 **sommario** 2013

www.centrolottainfarto.it
cuoreesalute@centrolottainfarto.it

Direttore Responsabile
Franco Fontanini

Vice Direttori
Eligio Piccolo
Francesco Prati

Capo Redattore
Filippo Stazi

Coordinamento Editoriale
Marina Andreani

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

Editore
Centro per la Lotta contro l'Infarto - 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. 1-2 Gennaio-Febbraio 2013
*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

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

Slow Medicine: se non ora quando? Alberto Dolara 5

L'inverno Francesco Prati 8

• **Più cioccolato più nobel** [Eligio Piccolo] 10

**Doping sportivo.
Le lacrime di Alex e l'indifferenza di Lance** Eligio Piccolo 11

**Chiamate i carabinieri! Scusate ma voglio essere
politicamente scorretto** Filippo Stazi 13

La palla di Tiche
Peppone e Don Camillo non esistono più Franco Fontanini 16

**L'Educazione Terapeutica: il passaggio da un paziente
passivo a uno attivo** Enrico Prospero e Giada Guidi 20

Stili di vita
Dialogo di fronte allo specchio Bruno Domenichelli 22

La visita medica Franco Fontanini 24

Qualche secondo di buon umore 26

Sir Arthur Conan Doyle Paola Giovetti 27

Dal Congresso Conoscere e Curare il Cuore 2012
**Nuovi farmaci contro la fibrillazione atriale:
bocciati o promossi** 30

Intervista di Filippo Stazi a Claudio Borghi

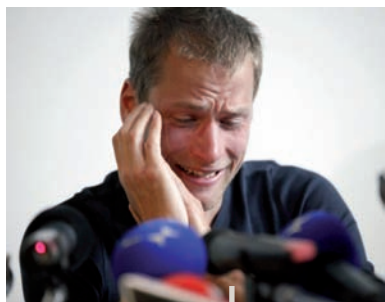
**I nuovi farmaci anticoagulanti orali
per la fibrillazione atriale** 34

Luca Di Vito

• **I Finlandesi si misurano** [E.P.] 36

La ricerca del CLI 37

• **Continuiamo a scoprire l'acqua calda** [Eligio Piccolo] 39



p. 11



p. 22

p. 55



Lettere a Cuore e Salute

40

- *Un bicchiere di vino o di ... cianuro*, Eligio Piccolo
- *Pacemaker e farmaci: speranze e delusioni*, Filippo Stazi

Quaderno a Quadretti Franco Fontanini

44

- *Lo sterco del demonio*
- *Verginità*

• *Occhio al diabete [Eliigio Piccolo]*

48

Conoscere e Curare il Cuore 2013

49

News

Aggiornamenti cardiologici Filippo Stazi

53

Piante e farmaci dimenticati Massimo Pandolfi

55

• *Il fumo cala ad Agrigento [E.P.]*

57

Che bello! L'infarto cala Eligio Piccolo

58

• *Quante misurazioni della pressione per decidere? [V. C.]*

60

Pillole di saggia follia

Vincent Bruno Domenichelli

61

Aforismi

62

Pregghiera di Sir Robert Hutchinson

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

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

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



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.

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

Slow Medicine: se non ora quando?

di Alberto Dolara



Nel 2004 sono stato invitato da Pier Luigi Prati a svolgere una relazione su “La fretta in medicina” al Simposio Conoscere e Curare il Cuore, per un articolo che avevo pubblicato due anni prima sull’Italian Heart Journal dal titolo “Invito ad una Slow Medicine”. L’argomento era effettivamente nuovo, ma non aveva suscitato in precedenza alcun interesse, mentre Prati aveva dimostrato ancora una volta la sua capacità non solo di apprezzare i progressi dell’attività medica, ma anche d’intravederne gli aspetti critici. I contenuti dell’articolo, illustrati al Simposio, suggerivano che nella pratica clinica l’iperattività e la fretta non sono spesso necessarie e che l’adozione di una strategia “slow” poteva essere più remunerativa in molte occasioni. L’analogia col movimento “slow food”, ormai diffuso in tutto il mondo, forniva un ulteriore supporto al messaggio. In medicina l’approccio “slow” avrebbe permesso agli operatori sanitari ed in particolare ai medici ed agli infermieri di avere un tempo sufficiente per valutare i problemi familiari e sociali dei pazienti in modo appropriato, ridurre la loro ansietà nell’attesa di procedure diagnostiche e terapeutiche, di valutare attentamente nuove metodiche e



tecnologie, prevenire premature dimissioni dall'ospedale ed infine di offrire un adeguato supporto emozionale ai pazienti terminali ed alle loro famiglie.

Tuttavia, come spesso succede nel nostro Paese, le anticipazioni "pionieristiche" stentano ad affermarsi e si sviluppano altrove. Un movimento Slow Medicine nasce infatti negli Stati Uniti nel 2008, anno in cui Dennis McCulloch, della Dartmouth Medical School, pubblica il libro: "My mother, Your mother: embracing Slow Medicine, the compassionate approach to caring for your aging loved ones". Si tratta di un appassionato e vigoroso invito per aiutare le famiglie che lottano nel prendersi cura dei loro anziani che invecchiano e divengono fragili, evitando cure inappropriate, spesso dannose: un monito necessario per una medicina generalmente aggressiva quale viene praticata negli USA.

Il movimento della Slow Medicine si afferma comunque in Italia negli anni successivi: nel 2010, a Grado, al Congresso SI-QuAS-VRQ, Andrea Gardini, Direttore Sanitario dell'ospedale di Ferrara e collaboratori, stilano un Manifesto per la Slow Medicine. Nel 2011 nasce, sempre a Ferrara, l'Associazione Slow Medicine e nel novembre dello stesso anno si svolge a Torino il I° Congresso Nazionale all'insegna di una medicina sobria, rispettosa e giusta. Nella relazione di Antonio Bonaldi, Direttore Sanitario dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza, attualmente Presidente dell'Associazione Slow Medicine, vengono evidenziate le differenze tra "medicina fast" e "medicina slow": nella prima

il metodo viene definito come riduzionista, con il medico che osserva e decide, mentre il paziente è un corpo da esplorare che funziona come una macchina; nella seconda il metodo è sistemico, basato sui principi dei sistemi complessi, il medico informa, guida e consiglia ed il paziente è una risorsa unica ed irripetibile che produce conoscenza, prova emozioni e sentimenti.

Alcune precisazioni semantiche sono tuttavia necessarie per evitare fraintendimenti: al contrario di *calma* che proviene dal greco *kauma* con significato di calore ardente del sole, ma anche di tranquillità, *fretta* ha una etimologia incerta, esprime il desiderio di fare presto ed ha una evidente connotazione emozionale, come efficacemente espresso nei Ricordi di Marco Aurelio, duemila anni fa: "...conviene affrettarsi...anche perché prima della morte può cessare la chiara comprensione degli eventi". Fretta non ha niente a che vedere con *rapidità* e *lentezza*, ambedue di etimologia latina, che indicano parametri oggettivi, misurabili e soprattutto necessitano di una valutazione contestuale. Valentino Rossi, il campione motociclistico, chiarisce questo concetto in modo molto efficace: "Anche se è un paradosso, questa è la verità: più vai forte e più i tuoi movimenti in sella devono essere lenti". Nella pratica clinica l'approccio ai problemi può quindi essere pertanto rapido o lento a seconda del contesto in cui si svolge l'attività (emergenze, interventi chirurgici, programmi diagnostici o terapeutici, etc), mentre la fretta introduce un elemento emozionale che può essere fuorviante: il nostro grande Poeta lo dice in modo estremamen-

te sintetico ed efficace nel III Canto del Purgatorio “... *la fretta che l'onestade ad ogni atto dismaga ...*”.

Un importante corollario della “Slow Medicine”, di una medicina cioè sobria rispettosa e giusta, è l'*appropriatezza*, un termine molto spesso evocato dagli organi di stampa e nelle decisioni politiche. In tempi di crisi economica la non appropriatezza delle procedure diagnostiche e terapeutiche viene valutata con cifre di spesa a molti zeri, anche prescindendo dall'impatto negativo sui pazienti. Una ricerca personale effettuata su Medline ha rivelato molteplici studi sull'argomento, effettuati prevalentemente nei paesi anglosassoni, che suggeriscono l'esistenza di ampi margini per migliorare l'appropriatezza delle procedure in cardiologia. È certamente un compito difficile in un momento in cui si moltiplicano le possibilità offerte dalla medicina moderna ma non è eludibile e do-

vrà coinvolgere gli operatori sanitari a tutti i livelli.

Altre iniziative sulla “Slow Medicine” meritano di essere ricordate: a Firenze, nel dicembre del 2011, sono state presentate in un Convegno le esperienze dell'Azienda Sanitaria Fiorentina sul filo conduttore di una medicina appropriata e di buona qualità, altri due Convegni si sono svolti nel Nord Italia ed in Svizzera nel maggio-giugno 2012. *Salute e Territorio*, la rivista di politica socio-sanitaria della Regione Toscana, ha dedicato una monografia all'argomento nel numero di marzo-aprile 2012. Anche la pubblicazione di questo articolo da parte di Cuore & Salute rappresenta un contributo per far conoscere questo diverso approccio alla medicina. Sono comunque passati molti anni dalla nascita della Slow Medicine e le mutate situazioni socio-ambientali rendono sempre più attuale la domanda: se non ora quando?



Si ringrazia la Signora **Carmen Sciuto D'Arrigo** per il generoso lascito elargito alla Fondazione.

L'inverno

di Francesco Prati

Quale medico non ricorda le illustrazioni del Netter, il più illustre degli atlanti di anatomia? Una in particolare è ben impressa nella mia memoria. Il freddo è intenso, la neve copre gli scalini di una breve rampa di scale all'uscita di un ristorante. Un signore avvolto da una sciarpa, avanti negli anni, allontana con una smorfia di dolore la sigaretta dalla bocca; quella sigaretta che da molti anni si concede a fine pasto. L'aspetto è angosciato e la mano destra, quasi a lenire il dolore, preme sul petto. Il pranzo abbondante, lo sforzo fisico di chi sale le scale, il fumo, nell'illustrazione c'è praticamente tutto quanto uno studente di medicina dovrebbe sapere sui fattori di rischio e gli elementi che predispongono all'infarto. Uno in particolare non può sfuggire nemmeno all'osservatore più distratto: il rigore dell'inverno.

Molti cardiopatici si chiedono con preoccupazione che rischi corrano nella calura dei mesi estivi. Vogliono sapere che cosa comportino la disidratazione o l'abbassamento della pressione per via del caldo. Del freddo invernale ci si preoccupa un po' meno. Eppure il nesso tra il freddo e l'angina, tra il rigore invernale e l'infarto è ben chiaro. Meno conosciuta è la modalità e l'entità del fenomeno. In che modo l'abbassamento della temperatura favorisce gli attacchi cardiaci ed in quale percentuale ne aumenta l'incidenza?



Lo scorso inverno il Resto del Carlino intitolava “ Freddo e spalatura neve: infarti a raffica a Bologna”. Quattro persone erano state trasportate dal 118 presso uno degli ospedali più importanti a seguito di infarto. Si potrebbe immaginare un'altra illustrazione di Netter, che ritrae questa volta un signore con un badile in mano. Il freddo è un temibile nemico per il nostro cuore e lo sforzo fisico, in questo caso anaerobio, e quindi più pericoloso, ne è la causa scatenante.

Un altro esempio? Restiamo a Roma. I cardiologi sanno che nel mese di agosto l'infarto è un evento raro. “La città è deserta ed il lavoro si sposta nelle UTIC delle località balneari” si è sempre sostenuto. Siamo certi che sia proprio così? Negli ultimi due anni, per via della crisi economica che attanaglia il nostro paese, la maggior parte dei romani è rimasta in città, senza che tuttavia aumentasse nel nostro ospedale il tasso di ricoveri per infarto. Il caldo insomma sembra proteggere dall'infarto.

Ricordavamo in un numero di Cuore & Salute dello scorso anno che c'è ancora molto da fare per comprendere i complessi meccanismi che generano l'infarto. Le arterie del cuore si chiudono il più delle volte per via di un trombo che si sovrappone ad una placca aterosclerotica improvvisamente ulcerata. Il freddo è nemico delle coronarie per varie ragioni. Innalza la pressione arteriosa, aumentando così il lavoro del cuore. Facilita la formazione del trombo, evento finale nella genesi dell'infarto, poiché aumenta la densità del sangue promuovendo l'aggregabilità piastrinica. Infine determina un au-

mento del tono delle arterie del cuore, generando uno spasmo che in alcuni casi riduce in modo importante il lume vasale. La rottura (ulcerazione) delle placche aterosclerotiche è un evento relativamente frequente che, fortunatamente, il più delle volte definiamo silente poiché privo di conseguenze. Il più delle volte l'ulcerazione delle placche non si complica con una trombosi coronarica così importante da causare la brusca interruzione del flusso di sangue e conseguentemente l'infarto. Il freddo mediante l'aumento del tono delle coronarie e l'azione sulla aggregabilità delle piastrine favorisce proprio questo ultimo passaggio, il più importante nel causare l'infarto.

Stabilito un nesso causale tra le basse temperature ed il rischio di infarto proviamo ora a quantificare il fenomeno. Di quanto il freddo favorisce gli attacchi cardiaci?

Secondo uno studio condotto nel Regno Unito e pubblicato nel 2010 sul British Medical Journal, per ogni calo della temperatura di 1 grado Celsius il numero di attacchi cardiaci aumenta di 200 unità nell'arco di 4 settimane. Il dato è rilevante e chiarisce meglio il legame esistente tra il freddo e l'insorgenza di infarto. Più la stagione è fredda, maggiore è il rischio di infarto.

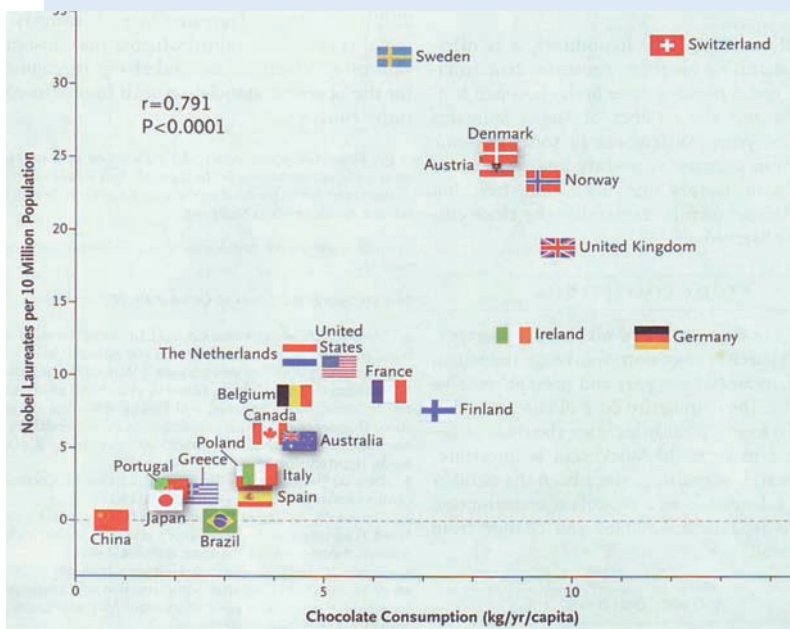
Alla domanda “quali sono le implicazioni cliniche dello studio?” i ricercatori hanno risposto affidandosi a ciò che si potrebbe definire buon senso. Coprirsi bene con sciarpe e cappelli, evitare di uscire nelle ore più fredde ed avere cautela nell'effettuare sforzi importanti come spingere una macchina bloccata dal ghiaccio o spalare la neve.

Difficile per ora poter fare di più.

Più cioccolato più Nobel

Da circa una decina d'anni, forse più, la medicina si sta occupando degli effetti benefici del cioccolato sulle nostre arterie e in particolare sulle sue proprietà di prevenire ictus, infarto, diabete, e addirittura il cancro. A voler essere maliziosi, sembra quasi che i produttori di queste leccornie dolciarie si siano preoccupati di contrastare i dietologi, che sono sempre attenti a difenderci dall'eccesso di calorie, dal sovrappeso e dalle conseguenti malattie metaboliche. Natalie Rose della California University nel 2010 aveva addirittura segnalato, studiando la psiche di migliaia di uomini e donne, che a maggior consumo di

cioccolato aumentavano gli stati depressivi. La notizia lasciò molti perplessi perché accanto a un Leopardi, golosissimo della cioccolata e la cui filosofia pessimistica poteva accordarsi con la dottoressa Rose, se ne annoverano molti altri, da Voltaire a Mozart, da Goldoni a Stendhal, per i quali invece più tazze di quella dolce bibita bevevano e più si rischiava la mente. A dare man forte a queste aneddotiche e poco scientifiche osservazioni sono giunte in questi ultimi anni altre ricerche, assolutamente corrette, secondo le quali i flavonoidi, i principi attivi del cioccolato, non solo ci proteggono dalle malattie cardiovascolari, ma migliorano anche le capacità cognitive, quelle che ci consentono ragionamento e memoria più efficienti. Ciò è stato segnalato in



particolare nelle persone anziane che, come si sa, soffrono dell'involutione fisiologica dovuta all'età, ma è presumibile che siano ancora più vantaggiose prima che "della vita l'arco pieghi". Pare che dopo queste notizie rassicuranti, *et eziandio* invitanti, il negozio degli svizzeri, ma modestamente anche quello delle dolciarie nazionali, si siano alquanto rinvigoriti.

Sull'onda di questa esaltazione il dottor Franz Messerli della Columbia University ha avuto l'idea di mettere in correlazione su un diagramma cartesiano il consumo di cioccolato in kg per anno e per persona (asse delle ascisse) e il numero di premi Nobel ogni 10 milioni di popolazione dei vari Paesi (asse delle ordinate). Il risultato è così suggestivo che la rivista medica più prestigiosa degli USA (NEJM) lo ha pubblicato (vedi tabella). Vi si osserva infatti che conquistano più Nobel le nazioni che consumano più cioccolato, come la Svizzera e altri paesi del Nord-Europa, e meno quelle che ne mangiano poco, come la Cina e il Brasile. L'Italia, abituata ad esportare i cervelli anziché coltivarli, è, al solito, in una posizione scadente.

Eligio Piccolo

Doping sportivo.

Le lacrime di Alex e l'indifferenza di Lance.

di Eligio Piccolo



Forse non ci facevano caso nel passato remoto, ai tempi di Olimpia greca, ma anche in quelli delle prime Olimpiadi di De Coubertin. È presumibile però che l'atleta proteso alla vittoria abbia cercato pure allora qualche aiutino. Talvolta piuttosto robusto, come quello di Thomas Hicks che nel 1904 vinse la maratona di St. Louis dopo essersi corroborato con stricnina, cinque uova e sorsate di brandy e pare che alla fine della corsa abbia avuto bisogno di assistenza medica. Forse nasce da questi primi prestigiosi raduni internazionali, premiati con medaglie ambitissime e poi anche con sostanziose sponsorizzazioni, certo più attraenti del semplice serto di alloro della Grecia antica, forse, dicevo, nasce da qui la spasmodica ricerca del primato, magari a tutti i costi. E conseguentemente l'interesse della medicina in tale ambito.

Studiando la fisiologia dell'attività atletica già nel 1925 si era scoperto che i corridori potevano aumentare di ben 20 volte il loro metabolismo basale ossia quello che consumavano a riposo. E nel 1936 a Berlino si era calcolato che gli atleti bruciavano circa 7300 calorie al dì. Ma è soprattutto nella preparazione delle Olimpiadi di Parigi del 1924 che l'Accademia Francese di Medicina si attiva per studiare le malattie negli atleti, osservando l'importanza delle cardiopatie; e poi ad Amsterdam nel 1928 e via via fino a Roma nel 1960, quando si comincia a valutare l'ingrossamento del cuore da allenamento, il cosiddetto *cuore d'atleta*. Queste prime valutazioni sui possibili limiti della performance sportiva hanno creato perfino un clima di apprensione alla vigilia delle Olimpiadi di Città del Messico (1968) a causa dell'altitudine (2240 m slm), che effettivamente provocò in alcuni cefalea, shock, sincopi ed eccitamento emotivo. Ma è databile a dopo gli anni 50 del secolo scorso l'interesse medico e anche dell'etica sporti-

Alex Schwazer



va alle diete, ai tipi di allenamento ma soprattutto all'uso di certe sostanze, come gli antibiotici, le anfetamine e alcuni ormoni, nel favorire il progressivo abbattimento dei record. I ciclisti hanno preferito le trasfusioni e poi l'EPO, altri come il velocista Ben Johnson, gli steroidi, altri ancora i derivati morfiniti o mescolanze varie, che a fatica i controllori riescono a scovare nell'urina o nel sangue. E così, Alex Schwazer, campione di marcia, si è visto negare la partecipazione alla recente Olimpiade di Londra perché beccato in un precedente controllo.



Lance Armstrong

Lo ha ammesso lui stesso e ha versato sincere lacrime mentre il superciclista Lance Armstrong si è visto confiscare ben sette Tour, per possibili reiterate assunzioni ormonali, ma non ha fatto una piega e ha rinunciato alla difesa ad oltranza.

Insomma il doping sportivo, forse vecchio quanto il mondo, è entrato nella cronaca degli ultimi 50 anni per due aspetti, quello etico della correttezza nell'ottenere risultati atletici grazie a supporti artificiali e quello medico di provocare malattie o morti a causa di tali supporti. Sebbene vi siano sicuramente morti sospette e forse dipendenze protratte, sono certo più numerosi i casi di "furto" di piazzamenti laddove le proprie forze non li avrebbero concessi. Ad ascoltare certe "voci di corridoio" non ci sarebbe nessuno che non ricorra ad un qualche aiuto, specie negli ambienti più informati e più scafati. Ma, d'altronde, alle Olimpiadi di Atene del 2004 non si era lanciato il motto "più veloci, più alti, più forti"? Come potranno in futuro le commissioni di controllo e la medicina stessa sorvegliare tutti gli accorgimenti che gli interessi sportivi metteranno in atto, specie se lo potranno fare attraverso possibili modificazioni genetiche?

Chiamate i carabinieri!

Scusate ma voglio essere politicamente scorretto

di Filippo Stazi

Giovedì mattina. La sveglia suona ma ho gli occhi aperti già da un po'. In realtà ho dormito poco e male. Ho tosse, raffreddore, mal di gola, mal di testa, doloretto un po' dappertutto. La tentazione di telefonare in Ospedale e dire che non vado è forte. Alla fine invece è sempre la solita storia, mi alzo e mi preparo. Non so esattamente perché. Forse è perché oggi ho molte cose da fare e poi c'è quel ragazzo. 34 anni, un cuore ingrossato e la necessità di ricevere un defibrillatore impiantabile. Oggi è il primo della lista. In realtà lo dovevo operare lunedì scorso ma una sua banale infezione virale ha costretto a rimandare l'intervento. Da allora smania di essere operato. Sembra che la sua situazione lavorativa non sia completamente regolare e che se non torna presto al lavoro perderà il posto... Arrivo in ospedale e il buongiorno è una litigata con un collega. Capita sempre più spesso, ormai. Questo incremento in realtà mi fa ogni tanto sospettare che il problema sia mio. Stamattina comunque non ho né il tempo né, soprattutto, la voglia di approfondire l'argomento.



Indosso il camice di piombo, mi lavo ed inizio la procedura d'impianto del defibrillatore nel petto del trentaquattrenne. Una procedura del genere può andare incontro a vari tipi di complicazioni, usualmente però se si verifica una complicanza non se ne verifica un'altra e viceversa. Così, se è vero che è molto difficile che un impianto fili via tutto liscio, è anche vero che è altrettanto raro che tutti i problemi accadano contemporaneamente. Raro, ma non impossibile...

Non so cosa dicesse oggi il mio oroscopo, non ci credo quindi non mi informo mai. Oggi però forse avrei dovuto farlo. Oggi infatti è proprio quel giorno, quello raro ma non impossibile. Il giorno in cui durante l'impianto tutto quello che può andare storto lo fa. In quei momenti la tensione si sente eccome ma l'unica cosa che bisogna evitare è il farsi prendere dal nervosismo o, peggio ancora, dal panico. Devi impedire alla tua mente di pensare al tempo che passa, al rischio dell'insuccesso, alle altre cose che devi fare. Devi solo mantenere la calma ed affrontare un problema alla volta. In quei momenti penso sempre al vincitore di una maratona di cui non ricordo più il nome a cui chiesero "Ma durante tutto il tempo della corsa tu a che hai pensato?". La sua risposta fu disarmante: "Ho pensato solo a mettere un piede dopo l'altro". E così, un passo dopo l'altro, dopo oltre quattro ore di sofferenza sia per me che per il paziente, tutto si risolve e la procedura finisce e finisce bene. Il ragazzo è stato bravissimo, mai un lamento eccessivo od una recriminazione. Quando tolgo i teli sterili e gli scopro il viso sono un po' commosso e mi sem-

bra che lo sia anche lui. Forse è solo il calo della tensione nervosa ma mi piace pensare che sia invece la consapevolezza che tutti e due, sia lui che io, abbiamo fatto il massimo e che ci siamo aiutati a vicenda.

Il mio stato d'animo in questo momento è altalenante. Ogni volta che le cose non vanno lisce mi chiedo sempre se un altro collega sarebbe stato più bravo di me, se avrebbe fatto prima e meglio o se al contrario avrebbe fatto peggio. L'impossibilità della controprova mi condanna inevitabilmente al dubbio. Però sono anche contento, orgoglioso: ho portato a casa una procedura difficile, la strada è stata piena di curve ma il risultato è stato buono. Su tutto, però, domina la stanchezza. La cosa che più vorrei ora è andarmi a riposare. Ma non posso. La lista operatoria prevedeva altri due pazienti oltre al ragazzo. Guardo l'orologio da parete sono le 12 e 30. Alle 13 gli infermieri finiscono il loro turno e per loro, come per me, non è previsto un cambio, la nostra è un'attività solo mattutina. Decido di operare il secondo paziente della lista e di rimandare la terza. Faccio comunicare al reparto di degenza la mia decisione. Dopo qualche minuto che ho iniziato la nuova procedura il telefono della sala comincia a suonare ripetutamente. In reparto è successo il finimondo. La paziente rinviata ed i suoi famigliari sono inviperiti, urlano e minacciano di chiamare i carabinieri. Ormai è un continuo, come negli uffici postali c'è sempre chi, urlando, reclama di parlare con il direttore così nelle corsie e negli ambulatori non passa giorno senza che non si senta qualcuno minacciare di chiamare i

giudici o i militi della beneamata. Non capisco, tra l'altro, perchè nessuno pensi mai di chiamare la polizia di stato. Ma magari venissero i carabinieri! Di che potrei essere imputato: di essere venuto a lavoro anche se mezzo influenzato? Di aver impiegato più di 4 ore per la procedura precedente...? Invece devo giustificarmi del rinvio come se fosse una mia colpa!

Quando me ne vado sono triste. Ho dato il

massimo ma nessuno, o quasi, se ne è accorto. Mentre cammino mi interrogo: "Dove finiscono i doveri del medico ed iniziano i suoi diritti e dove, invece, terminano i diritti dei pazienti e cominciano i loro doveri?".

La nostra è una rivista rivolta sia ai pazienti che ai medici. Sarebbe bello che sia gli uni che gli altri, ma soprattutto i primi, ci facessero conoscere le loro opinioni relativamente al tema oggetto dell'articolo.

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

Filippo Attilia di Ascoli Piceno

Percival Bono di Roma

Vito Cagli di Roma

Paolo Calderan di Venezia

Alvaro Carotti di Jesi

Maria Luisa Coen di Roma

Margherita Corsi Sacconi di Parma

Sandro Forcheri di Gaiole In Chianti

Francesco Frazzini di Roma

Corrado Fuà di Ancona

Vincenzo Inserra di S. Agata Li Battiati

Lauretta Ladelli di Milano

Massimo La Gioia di Roma

Mario Levoni di Mantova

Giovanni Lò di Reggio Emilia

Vincenzo Misiani di Reggio Calabria

Pierluigi Omedè di Cafasse

Luigi Pacella di Napoli

Carlo Picardi di Roma

Agnese Posca di Bari

Alberto Primavera di Roma

Giovanni Rompianesi di Vignola

Adriano Venditti di Frosinone

Enzo Zotti di Padova



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.*

Peppone e Don Camillo non esistono più

Sono passati ormai settant'anni e ancora parliamo spesso dei due personaggi della Bassa Parmense, che abbiamo cominciato ad amare da studenti, uno sindaco comunista, l'altro parroco di un piccolo paese nei pressi del Po, divenuti famosissimi in tutto il mondo.

I libri che parlano di questo "Piccolo Mondo" hanno avuto più traduzioni della Bibbia, persino in eschimese e in Braille.

Le storie appartengono a quella che l'autore chiamò "Italia Provvisoria", ambientate nel dopoguerra, quando la guerra era finita, ma la pace non era ancora arrivata e nessuno sapeva quale sarebbe stata la nostra sorte.

Guareschi era nato in quell'angolo di Bassa Padana, di cui conosceva fatti e persone come le proprie tasche. Da giovane aveva cominciato a scrivere come cronista di un giornale locale, "La Gazzetta di Parma", il più vecchio d'Italia, e andava in giro tutto il giorno in bicicletta per raccogliere notizie di cronaca, da raccontare. Talvolta capitava che non accadesse niente e che le cronache dovesse inven-



tarle. Ben presto si rese conto che le storie inventate piacevano molto più di quelle realmente accadute, per cui proseguì con le cronache di fantasia che con “Bertoldo” e “Candido” diventarono popolarissime in tutto il mondo e vennero lette perfino dal Papa, da Adenauer, da Sabin, Einstein, Eisenhower, De Gaulle, Churchill, Mitterand.

Mentre in Italia c'erano intellettuali che arricciavano il naso al successo di Guareschi e qualcuno si dichiarava sdegnato all'idea che un giorno nelle enciclopedie si potesse leggere che Giuseppe Verdi era un musicista nato a Roncole in una rustica casetta in piazza Giovannino Guareschi, un alto prelato vaticano propose chissà perché di mettere all'indice tutti i libri di Guareschi. Ci fu solo la chiara voce di Indro Montanelli che si impose fuori dal coro, prendendosela con chi l'aveva chiamato scrittore “minore”. “È uno scrittore autentico, la sua prosa è forse rozza ma è genuina, piena di sangue e gorgogliante di risate rabelaisiane e ci ha dato il ritratto più vero ed efficace di un certo momento della nostra storia e di un determinato ambiente popolare.”

Col suo fiuto impareggiabile, scrisse che nei personaggi di Guareschi c'era qualcosa che li rendeva pari al Bertoldo di Giulio Cesare Croce e a Simplicissimus, libri antichi, eterni e universali e nella sua prosa c'era un rigore, un'immediatezza, una fragranza di vita che nessun altro scrittore contemporaneo più colto, più smalzato e più raffinato letterariamente, neppure si sognava.

Guareschi inoltre va considerato un teste acuto del suo tempo, ogni storico che voglia ricostruire il clima dell'immediato dopo-

guerra italiano non potrà ignorarlo, come ha più volte ricordato lo storico inglese Martin Clark nella sua “Storia d'Italia”. Per Montanelli dedicargli una piazza era troppo poco per Guareschi.

Il successo ineguagliabile dei libri su Peppone e Don Camillo non poteva lasciare indifferenti i produttori cinematografici: quelli italiani tergiversarono a lungo a causa della novità del genere, non così quelli francesi e il primo film dedicato al “piccolo mondo” venne girato addirittura nel 1952 da Duvivier, il maestro del “realismo poetico”, a quel tempo sulla cresta dell'onda. Ancor più indaginoso fu la scelta degli interpreti. Guareschi non nascondeva la sua aspirazione a interpretare Peppone, il personaggio che aveva creato a sua immagine e somiglianza e al quale era certo di assomigliare nel fisico, nel carattere e persino nei baffoni alla Stalin.

Fece tanti provini, nessuno dei quali convincente, senza perdere la fiducia disse a Duvivier.

“Potrò sempre migliorare”

“Lei no, mai”, concluse irremovibile il regista.

Accettò rassegnato e senza entusiasmo che il ruolo venisse affidato a Gino Cervi al quale, in cuor suo, aveva pensato di dare la parte di Don Camillo, che venne assegnata a Fernandel, un attore del music hall apparentemente inadatto, destinato a conquistare il pubblico francese, compito nel quale riuscì alla grande.

Tatti Sanguineti, letterato e critico prestigioso, il quale, pur convinto che nessun Peppone potesse essere migliore di Gio-



Guareschi e la sua famiglia

vannino Guareschi, divenne il nume tutelare di tutti i film della serie, insieme ad Albertino e Carlotta, i figli di Guareschi che vivranno sempre nel culto del padre. Insieme hanno curato due anni fa la prima edizione, anch'essa francese, di Peppone e Don Camillo a fumetti, dove a Peppone venne finalmente dato il volto appropriatissimo di Guareschi.

I revival televisivi, periodicamente curati da Sanguineti, raccolgono ancor oggi uno share invidiabile.

A Fernandel, Don Camillo memorabile, si deve molto dell'inaspettato successo del personaggio. Il primo film della serie in pochi giorni venne proiettato in duemilasettecento sale, incassando cifre miliardarie. Guareschi guadagnò, come pattuito, sette milioni. Rizzoli gli regalò un'enorme auto da petroliere texano che Guareschi trasformò in trattore.

Fernandel non godé a lungo la celebrità tardivamente raggiunta, interpretò con grande successo altre figure di religiosi ma morì prematuramente, come Guareschi, stroncato da un infarto sui gradini di un altare. Giovannino Guareschi, a parte l'enorme

successo di pubblico, non ebbe riconoscimenti ufficiali. Non ebbe mai alcun appoggio ed era politicamente indefinibile. Si definiva socialista, monarchico e cristiano, riconoscendo che il socialismo non era più quello della sua giovinezza, quando un garofano rosso all'occhiello era simbolo di rivolta nonché di onestà. Si diceva filomonarchico per dovere, perché figlio di una maestra. Ebbe la soddisfazione, prima di morire, di vedere che all'estero si facevano dibattiti e tesi sui suoi personaggi. Non credeva che il marxismo fosse una soluzione auspicabile.

Fu l'espressione della buona fede, animato da una visione semplice del mondo, sempre immune da calcoli, da interessi e da volgarità. Venne erroneamente considerato una tipica espressione di qualunquismo politico: non amava la politica ma non riusciva a tenersene fuori.

Che si sappia è, per ora, l'unico giornalista italiano finito in galera per reati d'opinione: offese Einaudi ed ebbe torto, in buona fede, nel noto contrasto con De Gasperi. Sarebbe bastata una semplice domanda di grazia per essere libero ma si rifiutò di farla,

come non la fece ai tedeschi quand'era prigioniero in Germania e passò da un lager all'altro dicendo "no" a Kesserling, suo recondito ammiratore, che gli proponeva di rifare "Bertoldo" in cambio della libertà. Nei giorni più caldi del '48, respinse l'invito del cardinale Schuster a rifugiarsi in Arcivescovado. Era convinto che l'onestà e la buona fede fossero un salvacondotto valido in qualunque circostanza e per chiunque, come lo era sempre stato per Peppone e Don Camillo e per la sua gente di Roncole e Fontanelle, furiosamente litigiosa, spesso violenta ma sempre aspirante alla concordia. La sua illusione più grande fu quella di voler insegnare agli italiani a ridere di sé stessi, convinto che l'uomo forte diventa debole quando è messo in ridicolo. I partiti di massa, asseriva, non sanno ridere, non hanno

giornali umoristici, non possono averne perché vivono nella retorica e sono destinati a perdere.

Molto probabilmente Guareschi ignorava che un personaggio a lui poco gradito, Voltaire, aveva chiesto a Dio, come unico favore in tutta la sua vita, di rendere ridicoli i suoi antagonisti.

Aspirava, tramite ciò che scriveva in modo sempre ironico, alla riappacificazione, a ridare fiducia ai delusi e ad opporsi ai totalitarismi.

Capì che neppure le sue idee avrebbero prevalso e come amara profezia fa dire a Don Camillo da Peppone: "Ti rendi conto che siamo due fantasmi. Che fra non molto verremo cacciati. Non c'è più posto per quelli come noi!" Vedeva giusto: Don Camillo e Peppone non ci sono più.

tra i libri ricevuti



L'Educazione Terapeutica: il passaggio da un paziente passivo a uno attivo

di Enrico Prosperi e Giada Guidi



“Dottore mi aiuti, è la mia ultima speranza”.

“Che cosa vorrei per risolvere il mio problema? La bacchetta magica”.

Quanti medici si sono sentiti dire queste cose dai loro pazienti? E come hanno reagito a queste affermazioni? La ricerca, da parte del paziente, di un taumaturgo in grado di risolvere miracolosamente il problema trova spesso terreno fertile nel narcisismo salvifico di molti medici. In fin dei conti la medicina occidentale ha focalizzato sempre più la sua attenzione sulla malattia e sugli organi escludendo così il malato da ogni decisione e dai processi di cura. Se questo atteggiamento può avere un suo perché nelle forme acute che richiedono tempi d'intervento rapidi, non altrettanto si può dire per le malattie croniche. La persona affetta da una malattia cronica non si sente sana ma nemmeno malata in quanto la patologia è spesso silente. Questo lo porta a seguire correttamente la terapia solo quando il sintomo è presente ma poi con il tempo la cura viene sempre più personalizzata: “la pressione si è ormai stabilizzata quindi ho deciso di ridurre a mezza compressa il mio antiipertensivo”, “il medico mi aveva dato dieci gocce ma ormai il mio umore è migliorato e quindi le ho ridotte a sei”. Ogni medico



che affronta patologie croniche sa il rischio delle cure naive da parte dei pazienti e non si capacita del perché ciò avvenga. In fin dei conti questo atteggiamento va a discapito di colui che lo effettua. Che cosa sappiamo dei nostri malati oltre ai sintomi, a certi comportamenti voluttuari e a precedenti patologie personali e familiari? Poco o nulla, perché non abbiamo tempo o riteniamo inutile conoscere la loro vita. Il passaggio da paziente a persona è fondamentale in un buon processo di cura ed è alla base dell'educazione terapeutica. Nel 1998 l'*Organizzazione Mondiale della Sanità* la definisce come "l'educazione all'addestramento del paziente nelle abilità di auto-gestione o adattamento del trattamento alla sua particolare situazione di cronicità... L'educazione terapeutica del paziente è affidata a operatori sanitari a loro volta formati sulla materia ed è destinata a far sì che il paziente (o un gruppo di pazienti e familiari) diventi capace di gestire il trattamento delle proprie malattie e di prevenire le complicanze evitabili, nel contempo mantenendo o migliorando la qualità della propria vita. Il suo scopo principale è di produrre un effetto terapeutico che vada ad assommarsi a quelli di altri interventi (farmacologici, di terapia fisica, ecc.)". Restituire un ruolo attivo alla persona non riduce, come spesso si pensa, il ruolo del me-

dico. Certo non è facile per quest'ultimo, spogliarsi del proprio tecnicismo, resistere alla tentazione di facili consigli o maggiori informazioni. Intraprendere un "cammino condiviso" che aiuti a migliorare lo stile di vita e di conseguenza la sua qualità è un passaggio necessario per una medicina più umanizzata che possa riavvicinare i due attori della cura, il medico e il malato. In fin dei conti nel Trattato di Medicina Interna, Harrison, la prefazione ricordava che "dal medico ci si aspetta tanto, attenzione e comprensione in quanto il paziente non è una semplice collezione di sintomi e di funzioni alterate. Egli è invece un essere umano con paure e speranze che cerca sollievo, aiuto e rassicurazione. Il vero medico ha interesse profondo per il saggio e per il pazzo, per l'orgoglioso e per l'umile, per l'eroe stoico e per il vagabondo lamentoso: egli si prende cura della gente". Prendersi cura non significa solo offrire le migliori cure, ma anche aiutare il paziente a saper scegliere ciò che è davvero significativo per vivere in maniera piena la propria vita. Un paziente in grado di scegliere e di assumersi le proprie responsabilità diventa una persona matura in grado di raccontare le proprie paure, diffidenze, necessità. Un medico in grado di ascoltare il paziente senza giudicarlo smette di essere solo un distributore di terapie.

Dialogo di fronte allo specchio

di Bruno Domenichelli



Una vita, trascorsa a costruire piramidi di orgoglio.

Poi, d'improvviso, una sera, una vertigine spalancata sull'abisso. E ti trovi col filo spezzato in mano e con l'angoscia che stringe il cuore e i pensieri. A ricercare, nel silenzio, echi che credevi ormai spenti, dentro di te: parole e valori sterilizzati dal gelo del non essere, sentimenti che hai rifiutato per tutta la vita, come pietre insopportabili, perché appesantivano il volo per giungere sempre più in alto. A ricercare, disperatamente, voci dimenticate a cui aggrapparsi per vivere.

Una vita, trascorsa a urlare nell'arena parole arroganti, per sovrastare le voci frastornanti della folla. Per usurpare immeritati traguardi; per sopraffare le parole giuste di chi crede che l'agire nasca dall'anima; di chi canta sottovoce, debole per la fatica di vivere o il dolore.

Una vita vuota di meraviglia, muta di trasalimenti dell'anima, trascorsa a costruire torri di presunzione: architetture tese a sfidare nel cielo le dimore degli dei; a edificare palazzi immuni dal tempo, ad accumulare tesori rassicuranti



Dialogo ... prima che giunga la sera, alla scoperta delle rughe impietose che solcano l'anima.



... Una vita, trascorsa a urlare nell'arena parole arroganti, per sovrastare le voci frastornanti della folla ...

nei forzieri di fortezze impenetrabili, blindate all'ansia e al rimorso.

Una vita trascorsa a esorcizzare le insicurezze devastanti di una fragile immortalità costruita dall'illusione nei giardini della superbia e dell'indifferenza.

E d'improvviso, un giorno, una vertigine sprofondata sull'abisso. Ed ora ricerchi invano, fra labirinti di sinapsi spente, l'ingombrante fardello delle eterne domande, che accuratamente hai sepolto in regioni dell'anima sconosciute al ritorno, voluta-

mente smarrite nei deserti della memoria e della coscienza, per non turbare l'orgoglio dell'onnipotenza quotidiana.

Una vertigine interminabile, che rende incerto il passo sul filo d'equilibrio della vita. E spalanca baratri. Ma che nel contempo schiude provvidenziali occasioni che sprecare sarebbe sacrilegio imperdonabile: illuminanti finestre sul Mistero, balaustre trasparenti sull'essere; per ricomporre nella memoria i dialoghi con gli arcobaleni dell'anima, dimenticati insieme ai canti delle cicale assaporati nelle estati interminabili di una favolosa, innocente adolescenza.

Occasioni per colmare inesorabili rimpianti; per riannodare i dialoghi di una primavera irripetibile dell'anima, interrotti fra la nebbia del quotidiano, quando la vita inavvertitamente cominciò a correre e le estati a farsi sempre più brevi; quando l'arroganza di un'illusoria maturità raggiunta concluse l'età ineguagliabile dello stupore del cuore di fronte a ogni nuovo respiro della vita.

Dialogo, di fronte allo specchio, prima che scenda la sera, alla scoperta delle rughe impietose che solcano l'anima.

La visita medica

di Franco Fontanini

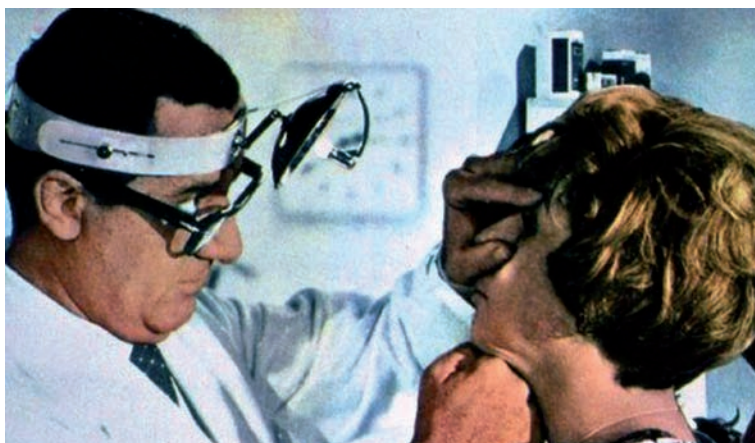
Ci è capitato di rileggere un piccolo libro ormai introvabile di Vito Cagli, non per nostalgia senile ma per riproporlo con la speranza che venga letto da qualche giovane medico.

Scrisse Cagli nella prefazione di oltre vent'anni fa: "Ma è forse opportuno che proprio oggi, in piena medicina burocratica e tecnologica e agli inizi di una medicina computerizzata, venga riaffermata la centralità della visita nell'esercizio della medicina.

Perché solo l'incontro del medico con il suo paziente, il soffermarsi dell'uno sul corpo dell'altro, il loro parlarsi ed ascoltarsi, aprono la via per restituire al corpo malato, oltre che la possibilità di venire correttamente inteso e curato, la dignità di venire accettato come entità sofferente e non soltanto come portatore di un organo da riparare".

Sarà probabilmente l'ultimo libro nella storia della medicina dedicato alla visita medica, a un passato destinato ad essere senza ritorno.

Il rapporto medico-paziente è enormemente cambiato nell'ultimo mezzo secolo senza soluzione di continuità, l'ammalato passa sempre più spesso da una lista d'attesa all'altra, diventa anonimo in attese sempre più lunghe, senza avere un interlocutore, molto spesso senza nessuno in cui confidare. Non è storia di oggi. Mi capitò quarant'anni fa mentre visitavo la sezione di cardiologia di un ospedale nor-



damericano, di sentirmi prendere la mano da un anziano degente. Si era accorto che ero un suo connazionale e, smarrito, con le lacrime agli occhi, mi chiese notizie sulle sue condizioni e, soprattutto, se si sarebbe rimesso in piedi.

Era un abruzzese emigrato in America prima della guerra. Aveva avuto un infarto e da pochi giorni gli avevano impiantato un pace-maker. Presto sarebbe tornato alla sua lavanderia, ma nessuno glielo aveva detto: l'ansia, la paura, la solitudine, lo facevano piangere.

Non sarà inopportuno ricordare l'origine della visita medica che venne regolamentata nel 1240, quando Federico II sancì che per curare il prossimo era necessaria l'autorizzazione dei docenti della Scuola Salernitana. Al neolaureato, insieme a una corona d'alloro, all'anello col sigillo e al bacio accademico, veniva omaggiato un libretto sul comportamento del medico durante la visita a casa dell'ammalato, dal titolo "De Adventu Medici".

Era un manuale dettagliatissimo, che in molti particolari fa sorridere, che riportava anche le bugie, la ruffianeria, gli opportunismi utili per guadagnare la fiducia e la simpatia non solo dell'ammalato ma anche dei suoi familiari.

Nel libretto era scritto che il giovane medico, uscendo dalla propria casa doveva raccomandarsi a Dio e all'Angelo che guidò Tobia, poi, lungo il cammino doveva raccogliere notizie sull'ammalato: queste gli sarebbero state di grande utilità per destare stupore e fiducia nell'ammalato.

Il medico doveva ostentare tranquillità e si-

curezza: palpato il polso e scrutate le urine, doveva sedersi pensoso, interrompendo la meditazione solo per ammirare la bellezza della casa o del paesaggio o per elogiare le premure dei familiari. Il medico non doveva mai aver fretta ad esporre il suo parere: il giudizio sarà più apprezzato se atteso.

Accetti l'invito a pranzo dopo qualche esitazione e si segga al primo posto solo dopo essere stato pregato. Mentre mangia di tanto in tanto chieda notizie dell'ammalato. Beva vino con moderazione, elogi i cibi con parsimonia, nella conversazione non usi un tono troppo borioso né troppo cordiale.

In un altro libro "De cautelis Medicorum", i suggerimenti sono ancora più espliciti: la diagnosi deve essere dotta, difficile, ricca di termini non comprensibili, le risposte circospette e caute, la prognosi sempre ambigua. Partendo, il medico faccia intendere che si tratta di ammalato grave: se guarirà verrà lodato per la sua arte, se morirà tutti riconosceranno che l'aveva previsto.

Nessuna evenienza è trascurata: se accorrendo trova il proprio ammalato morto, non si dimostri stupito né eccessivamente afflitto; il giovane medico dica subito che sapeva benissimo che l'ammalato sarebbe morto nel corso della notte (o della mattina oppure del pomeriggio): voleva solo informarsi dell'ora precisa del decesso e avere conferma che la morte fosse avvenuta nel modo che egli aveva pronosticato.

Sono passati 772 anni, fa sorridere, ma molte annotazioni che ricordano i copioni teatrali, non sono insignificanti e sono rivolte a sottolineare l'importanza della fiducia nel medico che resta valida in tutti i tempi.

Qualche secondo di buonumore

Come si chiamano gli abitanti dell'isola di Pasqua?
Sorpresine.

Perché i canguri non si lavano mai?
Perché fanno fatica a fare il bagno nel Mar Supio.

Un lama maschio dice ad un lama femmina: lamadonna !!

Che ci fa una bussola nel pollaio?
Indica il pollo nord.

Per 10 anni ho dovuto sopportare le mie zie che ai matrimoni di fratelli e cugini, si avvicinavano con un sorrisetto e dandomi una pacca sulla spalla, mi dicevano:

- Allora, sarai tu il prossimo?

Poi ho iniziato a fare lo stesso ai loro funerali ed hanno smesso.

Una donna entra in farmacia:

- Per favore, vorrei dell'arsenico.

Trattandosi di un veleno letale, il farmacista chiede informazioni prima di accontentarla.

- E a che le serve, signora?

- Per ammazzare mio marito.

- Ah! capisco... però in questo caso purtroppo non posso darglielo!

La donna senza dire una parola estrae dalla borsetta una foto di suo marito a letto con la moglie del farmacista.

- Le chiedo scusa signora, bastava dirlo che aveva la ricetta!

Una duna ad un'altra duna...Hai visto qualche duno?

Paolo ha detto "no al colesterolo" ...ma è morto lo stesso..

Caserma. Il cappellano militare nel giro di pochi giorni riceve la confessione di numerosi soldati che gli rivelano: "Sono stato con la Rosina!". Quando il cappellano si rende conto che la faccenda è troppo diffusa rivela tutto al capitano, il quale decide di radunare tutto il plotone e rivolge la temuta domanda: "Chi è andato con la Rosina faccia un passo avanti!". Tutti, tranne uno, fanno un passo avanti. Il capitano allora si rivolge all'unico soldato che non si è mosso e si congratula con lui: "Bravo! Come ti chiami?". "Giacomo La Rosina".



Sir Arthur Conan Doyle

di Paola Giovetti



Pare che la famosa frase “Elementare, Watson!” Conan Doyle l’abbia scritta una volta sola e per di più con un È davanti (È elementare, Watson), che ne diminuisce la carica dinamica. Eppure quelle due parole sono diventate il segno distintivo dell’inventore del più famoso detective che sia mai stato ideato: Sherlock Holmes.

Arthur Conan Doyle nacque a Edimburgo nel 1859 da genitori di origine inglese e irlandese, secondo di dieci figli. Studiò presso i gesuiti e poi frequentò l’Università laureandosi in Medicina. Tra i suoi professori, il dottor Joseph Bell, di cui fu assistente, personaggio brillante, sicuro e freddo, attentissimo al metodo scientifico e all’analisi deduttiva, gli ispirò molti dei tratti del futuro Sherlock Holmes.

Molto presto cominciò a scrivere: racconti fantastici e del terrore e articoli medici, il primo dei quali su un sedativo che aveva sperimentato su se stesso. Lavorò in vari studi medici e fu anche per un certo periodo medico di bordo di una nave che collegava il porto di Birmingham con le coste occidentali dell’Africa: gli servivano soldi e voleva studiare la malaria e la febbre africana. Conclusa questa esperienza si trasferì a Plymouth dove aprì uno studio tutto suo, che non ebbe molto successo; aveva quindi parecchio tempo a disposizione e lo utilizzò cominciando a scrivere romanzi polizieschi, il primo dei quali, *Uno studio in rosso* (1887), è considerato una sorta di precursore dei celebri romanzi



Sir Arthur Conan Doyle

su Sherlock Holmes. Scrisse anche testi storici, tra cui una raccolta di aneddoti su Napoleone, *The Exploits of Brigadier Gerard*. Nel 1900, mentre era corrispondente della guerra anglo-boera in Sudafrica, scrisse un saggio dal titolo *The Great Boer War* che gli fruttò il titolo di baronetto. Ma la vera popolarità gli venne con la pubblicazione delle celebri *Adventures of Sherlock Holmes*, che uscirono la prima volta a puntate sullo *Strand Magazine*. Sul medesimo personaggio scrisse poi una lunga serie di libri che ebbero uno straordinario successo e furono anche ampiamente imitati. Si può dire senz'altro che Conan Doyle fu il vero padre del racconto poliziesco intelligente e "scientifico": il protagonista infatti riesce a sciogliere le più ingarbugliate vicende solo con l'aiuto della logica, dell'indagine psicologica e della capacità deduttiva. Nel personaggio di Watson, la celebre controparte di Sherlock Holmes, Conan Doyle rappresentò in gran parte se stesso.

Tra le molteplici attività di Conan Doyle, che nella sua vita praticò un'infinità di sport, dalla box al calcio agli sci, ci fu anche quella di giornalista sportivo. Durante le Olimpiadi di Londra del 1908 scrisse per il *Daily Mail* un pezzo che fece epoca nel quale paragonò Dorando Pietri, che aveva vinto la maratona olimpica ma era stato squalificato, a un antico romano e sostenne che nessuna decisione di un giudice avrebbe mai potuto sminuire una vittoria come quella. È noto che Pietri sostenne una gara straordinaria, ma fu sorretto negli ultimi metri dai giudici di gara che l'avevano visto barcollare per la fatica, gesto che gli costò la squalifica ma che anche per questo lo rese celeberrimo. Conan Doyle si fece anche promotore di una colletta a favore dello sfortunato atleta italiano, raccogliendo la somma di 300 sterline che per quei tempi era tutt'altro che trascurabile. Leggenda vuole che fosse proprio lui l'addetto al megafono che negli ultimi metri della maratona sorresse e incoraggiò Dorando Pietri.



Sherlock Holmes

Il suo grande senso dell'onore lo portò a combattere attraverso la stampa molte battaglie in campi diversi: sostenne la riforma del divorzio, alzò la voce contro le atrocità in Congo, difese una persona accusata falsamente di omicidio.

L'inventore di Sherlock Holmes fu anche un appassionato spiritista: e del resto le pratiche spiritiche erano la passione di quel tempo, in particolare in Inghilterra. Presso la *Spiritualistic Association of Great Britain* di Londra, la più prestigiosa e antica associazione dedicata alle pratiche spiritiche, la sala più grande e bella è intitolata a sir Arthur, che vi si recava spesso; al posto d'onore troneggia, religiosamente conservato e - come ho potuto personalmente constatare - orgogliosamente mostrato, l'imponente seggiolone di legno sul quale il celebre scrittore usava sedersi. Da un grande ritratto a grandezza naturale Sir Arthur controlla benevolmente le attività odierne.

L'esperienza della prima guerra mondiale, col suo carico di sofferenza e di lutti, lo indusse - per offrire una consolazione - a cercare di divulgare la sua fede in quella vita oltre la vita nella quale aveva imparato a

credere grazie allo spiritismo, e così a partire dal 1918, per almeno dieci anni, girò il mondo tenendo sullo spiritismo conferenze che, per la sua fama di scrittore, attiravano moltissime persone: fu prima in tante città dell'Inghilterra, poi in Australia e Nuova Zelanda, Stati Uniti e Sud Africa e infine nel Nord Europa. Nei suoi ultimi anni, che trascorse in patria, scrisse anche un saggio che ebbe un buon successo tra gli addetti ai lavori, *Storia dello spiritismo*, ma gli procurò gli attacchi della Chiesa cattolica e le critiche di chi non riusciva a conciliare la sua immagine di scrittore dotato - come dimostravano i suoi romanzi polizieschi - di grande logica e capacità di osservazione, con il cultore di una materia che sembrava sfidare ogni logica. Così che gli ultimi anni di sir Arthur Conan Doyle furono in complesso abbastanza delusi e malinconici.

La morte lo colse improvvisamente e inaspettatamente a 71 anni nella sua casa di campagna nel Sussex: lo portò via un infarto fulminante. Le sue ultime parole furono per la moglie: "Sei meravigliosa moglie mia!"

DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2012



**CONOSCERE
E CURARE
IL CUORE 2012**

XXV Congresso del
Centro per la Lotta
contro l'Infarto
Fibrillazione Atriale
a cura di
Francesco Pizzi
Firenze, 4-6 Marzo 2012

EDIZIONI URBAN

Nuovi farmaci contro la fibrillazione atriale: bocciati e promossi



Claudio Borghi,
Università degli Studi di Bologna

Intervista di **Filippo Stazi**

Prof. Borghi, perché c'è tanta attesa di nuovi farmaci utilizzabili nel trattamento della fibrillazione atriale?

La fibrillazione atriale è l'aritmia più frequente che si riscontra nella pratica clinica. Nonostante siano state portate avanti grandi innovazioni nel campo delle tecniche di ablazione, la terapia farmacologica resta il cardine nel trattamento della fibrillazione atriale. Purtroppo i farmaci fino ad oggi utilizzati per il controllo del ritmo hanno limitazioni non trascurabili: efficacia modesta, bassa tolleranza da parte del paziente, effetti collaterali, tossicità e possibile effetto proaritmico. Da qui l'esigenza di sviluppo di nuovi farmaci.

Recentemente sono divenute disponibili delle nuove molecole. Una di quelle su cui si è molto discusso è il dronedarone. Possiamo fare il punto della situazione?

Il dronedarone è un derivato sintetico dell'amiodarone privato del gruppo iodato e presenta una combinazione di effetti di farmaci antiaritmici di classe I, III e IV secondo la classificazione di Vaughan Williams.

Nello studio ATHENA, che includeva pazienti con fibrillazione o flutter atriale ma escludeva i soggetti in Classe NYHA IV o con un recente episodio di scompenso cardiaco, il farmaco ha ridotto in modo significativo l'end point primario di ospedalizzazione per cause cardiovascolari e morte per ogni causa. Un'ulteriore analisi dello studio ATHENA ha evidenziato che il dronedarone riduceva il rischio di stroke dall'1.8% all'1.2% per anno.

Gli studi EURIDIS e ADONIS hanno invece mostrato che il dronedarone prolunga l'intervallo libero da recidive della fibrillazione atriale rispetto al placebo. Nello studio DIONYSOS, infine, sono stati confrontati direttamente amiodarone e dronedarone in pazienti con fibrillazione atriale persistente. Dopo cardioversione elettrica, il numero di recidive di fibrillazione atriale è risultato maggiore nei pazienti che assumevano dronedarone (63.5%) rispetto a pazienti trattati con amiodarone (42%). D'altra parte comparivano meno eventi avversi tiroidei, oculari, neurologici e dermatologici nel gruppo trattato con dronedarone e si registravano meno interruzioni della terapia.

Non tutti gli studi col dronedarone hanno però fornito risultati positivi.

È vero. Lo studio ANDROMEDA rappresenta l'aspetto più discusso del dronedarone. Disegnato per valutare l'effetto del farmaco nei pazienti in ritmo sinusale e con scompenso cardiaco in classe NYHA III e IV, lo studio è stato sospeso prematuramente dopo sette mesi in quanto i pazienti che assumevano dronedarone mostravano una più alta e

precoce mortalità. Il fenomeno osservato era legato al peggioramento dello scompenso cardiaco con deterioramento della funzione sistolica. Alla luce dei dati disponibili, il dronedarone è quindi controindicato nei pazienti in classe NYHA II-III con recente episodio di scompenso cardiaco.

Infine, il recente studio PALLAS, volto a valutare l'effetto del dronedarone in pazienti affetti da fibrillazione atriale permanente ad alto rischio di eventi cardiovascolari (malattia coronarica, pregresso TIA o stroke, scompenso cardiaco), è stato interrotto precocemente per una maggiore quota di decessi per cause cardiovascolari nei pazienti che assumevano dronedarone rispetto al placebo. Nato dall'ipotesi che il dronedarone potesse ridurre gli eventi vascolari maggiori in pazienti ad alto rischio con fibrillazione atriale permanente, lo studio, che ha arruolato 3.236 pazienti sopra i 65 anni, ha mostrato un alto numero di morti per cause cardiovascolari, stroke e ospedalizzazioni per scompenso cardiaco nei pazienti in terapia con dronedarone, dimostrando che non vi è indicazione all'uso del farmaco in pazienti con tali caratteristiche.

Quali sono i possibili effetti avversi del dronedarone?

Gli effetti avversi del dronedarone comprendono alterazioni gastrointestinali, rialzo non significativo della creatinina sierica, bradicardia, prolungamento dell'intervallo QT. È stato registrato un solo caso di torsione di punta, probabilmente non legato all'assunzione di dronedarone. Dal gennaio 2011, l'FDA raccomanda di eseguire pe-

riodici controlli ematici degli enzimi epatici, specialmente nei primi sei mesi di trattamento, in seguito al riscontro di due casi di insufficienza epatica che hanno portato a trapianto di fegato. È importante sottolineare che i due casi di tossicità epatica si sono verificati nel contesto del trattamento di 200.000 pazienti in tutto il mondo. Tuttora non è chiaro se la tossicità epatica sia un danno diretto causato dal dronedarone.

Qual è quindi l'attuale indicazione all'uso del dronedarone?

Il dronedarone è una delle possibili opzioni terapeutiche a disposizione in pazienti con ritmo sinusale, senza scompenso cardiaco o ridotta capacità funzionale, in cui si voglia cercare di prevenire le recidive di fibrillazione atriale.

Quale altro farmaco antiaritmico si sta affacciando alla ribalta?

Il Vernakalant idrocloride è un nuovo farmaco antiaritmico, bloccante i canali del sodio frequenza dipendente e bloccante i canali del potassio, che converte rapidamente la fibrillazione atriale di recente insorgenza in ritmo sinusale.

Gli studi ACT I e III hanno esplorato l'efficacia del farmaco, assunto per via endovenosa, nella cardioversione della fibrillazione atriale entro 90 minuti in un gruppo di pazienti (n=390) emodinamicamente stabili versus placebo. L'ACT I ha dimostrato una quota di cardioversioni pari al 51.7% nei pazienti con fibrillazione atriale di recente insorgenza (durata da 3 ore

a 7 giorni) che assumevano vernakalant rispetto al 4% dei pazienti randomizzati a placebo ($p<0.0001$). I risultati dell'ACT III (51.2% delle cardioversioni con vernakalant contro 3.6% con placebo, $p<0.0001$) e dell'ACT IV sono stati simili.

Nell'ACT II, condotto in pazienti in prima settimana dopo un intervento cardiocirurgico e con fibrillazione atriale insorta da meno di 72 ore, il vernakalant ha ripristinato il ritmo sinusale nel 47% dei casi contro il 14% dei pazienti trattati con placebo ($p<0.0001$).

Il farmaco si è dimostrato invece inefficace nella fibrillazione atriale presente da più di sette giorni e nel flutter atriale (la cardioversione avveniva rispettivamente solo nell'8% e nel 2.5% dei casi).

Quale potrebbe essere il principale vantaggio del vernakalant?

Un importante fattore nel trattamento della fibrillazione atriale è la rapidità con cui avviene il ripristino del ritmo sinusale. Tale processo con vernakalant risulta svolgersi rapidamente. Un recente studio ha infatti dimostrato che il vernakalant ha efficacia superiore a quella dell'amiodarone nella cardioversione della fibrillazione atriale di recente insorgenza, ovvero presente da un periodo compreso fra tre ore e sette giorni, oltre ad avere un'azione più rapida. In questi pazienti la conversione in ritmo sinusale avveniva entro 90 minuti nel 51.7% dei casi dopo vernakalant endovena e nel 5.2% dopo amiodarone endovena. Inoltre, una porzione maggiore dei pazienti trattati con vernakalant erano liberi da sintomi ti-

pici della fibrillazione atriale dopo 90 minuti (53.4% vs 32.8% p=0.0012). Non sono stati riscontrati casi di torsione di punta, né di fibrillazione ventricolare, né di tachicardia ventricolare sostenuta o polimorfa. Il tempo impiegato per la cardioversione risulta quindi essere notevolmente minore per il vernakalant rispetto all'amiodarone (tempo mediano di 11 minuti nei responder con vernakalant, mentre la cardioversione con amiodarone richiede fino a 24 ore).

Alla luce di questi dati il vernakalant rappresenta dunque un'alternativa sicura ed efficace all'amiodarone per la cardioversione della fibrillazione atriale di recente insorgenza.

Per il momento, però, il vernakalant può essere somministrato solo per via endovenosa. A che punto sono gli studi sulla sua formulazione orale?

Dopo aver accertato l'efficacia della somministrazione endovenosa del vernakalant si sta ora ovviamente testando la capacità della sua formulazione orale nel mantenimento a lungo termine del ritmo

sinusale. Per il momento disponiamo solo di studi preliminari.

In uno di questi il 61% dei pazienti che avevano assunto il vernakalant per bocca alla dose di 300 mg erano in ritmo sinusale al termine del follow up, contro il 43% dei pazienti che avevano ricevuto placebo. Con l'assunzione di 600 mg di vernakalant contro placebo, si ottenevano gli stessi risultati (61% dei pazienti che avevano ricevuto vernakalant erano al termine del follow up in ritmo sinusale contro il 43% di coloro che avevano ricevuto placebo). In un altro studio, i pazienti che avevano ricevuto 500 mg di vernakalant, presentavano un tasso minore di recidive di fibrillazione atriale rispetto al placebo. Non sono stati riscontrati effetti pro aritmici e i più frequenti effetti avversi riscontrati sono stati alterazioni del gusto, starnuti e parestesie.

Quando si potrà utilizzare il vernakalant?

Ovviamente solo dopo l'approvazione del farmaco che per il momento attende il completamento dello studio ACT V disegnato per verificarne sia l'efficacia che la sicurezza.

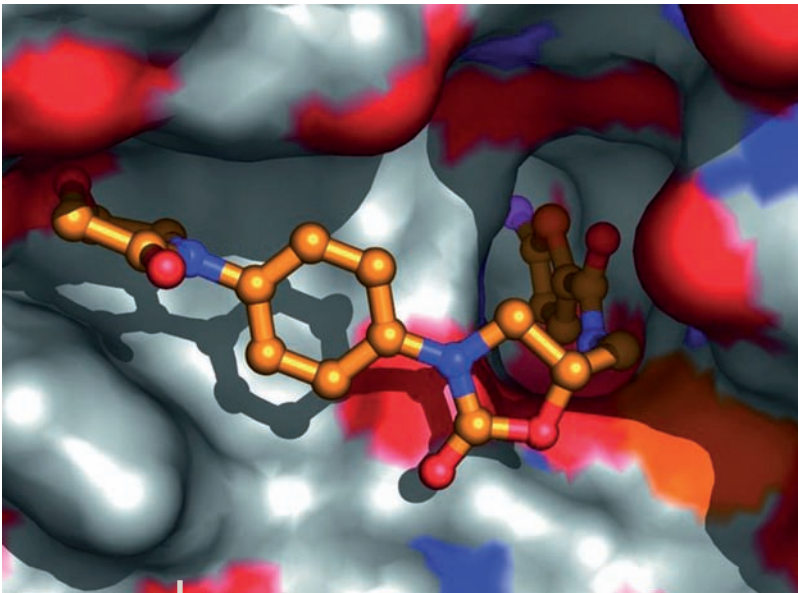
I nuovi farmaci **anticoagulanti orali** per la fibrillazione atriale

di Luca Di Vito



La fibrillazione atriale (FA) è tra le aritmie cardiache quella più comune, circa l'1% della popolazione ne è affetta e la sua prevalenza aumenta con l'età interessando oltre il 5% della popolazione ottantenne.

Si tratta di una irregolare attivazione elettrica degli atri che si trasmette in maniera rapida ai ventricoli. Questi ultimi sono la porzione cardiaca deputata a pompare il sangue nella circolazione sistemica e pertanto ad una attivazione anomala degli atri farà seguito una contrazione cardiaca irregolare. La FA aumenta il rischio di eventi cardio-embolici in particolare l'ictus cerebri.



Rivaroxaban

Gli strumenti farmacologici a disposizione del medico per la prevenzione degli eventi cardio-embolici sono stati fino ad ora gli anticoagulanti orali antagonisti della vitamina K. Quest'ultima è coinvolta nella sintesi di alcuni fattori della coagulazione e gli anticoagulanti orali, inibendone la produzione, bloccano l'inizio della reazione della coagulazione. La dose di questi farmaci varia secondo la risposta individuale del paziente. Pertanto, per determinare l'efficacia della terapia ed eventualmente correggere il dosaggio, si monitorizza frequentemente la coagulabilità ematica attraverso l'indice INR (International Normalized Ratio).

Negli anni, questi farmaci utilizzati in pazienti con un rischio moderato e/o severo di eventi embolici si sono dimostrati efficaci nel ridurre in maniera significativa sia l'ictus cerebri che le embolie sistemiche. Tuttavia, accanto a questi benefici ben documentati, l'uso di questi farmaci si è mostrato non privo di effetti collaterali, a volte anche severi, come i sanguinamenti intracranici e gastro-intestinali.

Oltre agli effetti collaterali, anche l'aderenza alla terapia è impegnativa e complessa per le difficoltà legate alla gestione della dose variabile. Basti pensare che il monitoraggio dell'INR richiede controlli ancora più frequenti, rispetto a quelli di routine, in presenza di condizioni che possono interagire con l'assorbimento degli anticoagulanti orali quali cambiamenti nelle condizioni cliniche del paziente, malattie concomitanti o somministrazione di farmaci. Persino modifiche nella dieta richiedono un'at-

tenzione maggiore nell'aggiustamento posologico.

La novità è che tra qualche mese anche in Italia arriveranno nuovi farmaci anticoagulanti orali.

L'innovazione sostanziale consiste nell'introdurre in commercio farmaci disponibili in pratiche compresse a dose fissa, offrendo così al paziente la possibilità di sottrarsi ai continui monitoraggi dell'INR. Sulla base di questa premessa, risulta comprensibile, quindi, come queste nuove molecole arricchiranno in maniera sostanziale l'armamentario farmacologico attuale.

I farmaci in questione sono tre: dabigatran, rivaroxaban e apixaban, recentemente approvati dall'*European Medicines Agency* per la prevenzione di eventi embolici in pazienti con FA. Dabigatran è un inibitore diretto della trombina, che è l'enzima responsabile dell'attivazione del fibrinogeno in fibrina, proteina quest'ultima essenziale per la formazione del tappo emostatico. Rivaroxaban e Apixaban agiscono come inibitori diretti del fattore X attivato, l'attivazione del quale rappresenta il punto centrale della fase emocoagulativa.

Tutti e tre i farmaci si sono dimostrati non inferiori rispetto agli antagonisti della vitamina K nel ridurre il rischio di ictus cerebri, di embolie sistemiche e di emorragie, in particolar modo quelle intra-craniche. Come nota aggiuntiva, apixaban, rispetto agli antagonisti della vitamina K, ha mostrato superiorità nella riduzione sia degli eventi ischemici che di quelli emorragici. Seppur con qualche differenza nella farmacocinetica (ad esempio una prevalente

eliminazione renale del dabigatran che rende necessaria una particolare attenzione nei pazienti con insufficienza renale cronica e una maggiore biodisponibilità del rivaroxaban dopo i pasti) non ci sono chiare informazioni in letteratura su quale dei tre farmaci sia il migliore in termini di riduzione di eventi embolici ed emorragici. Ad oggi, mancano infatti studi di confronto diretto dei tre farmaci. Solo uno studio, che ha comparato in modo indiretto i tre farmaci, ha mostrato che apixaban e dabigatran utilizzato a dose ridotta (dabigatran 110 mg x 2) hanno lo stesso rischio di sanguinamenti, mentre apixaban rispetto a dabigatran utilizzato a dose piena (dabigatran 150 mg x 2) è associato ad un rischio di sanguinamenti minori (meno del 26%). Ancora, apixaban rispetto a rivaroxaban riduce il rischio di sanguinamenti del 34%. Sebbene i dati a disposizione siano ancora poco strutturati, i pazienti che potranno beneficiare di questi farmaci sono

quelli affetti da FA che non abbiano una malattia valvolare mitralica significativa (stenosi mitralica di grado medio-severo), che non siano portatori di protesi valvolari meccaniche e che non abbiano una causa reversibile di FA come quelle sostenute da tireotossicosi o da pericardite.

Prima che nella farmacopea di molti paesi europei, tra cui l'Italia, entrino questi nuovi farmaci, bisogna sciogliere ancora alcuni dubbi. Occorre sapere se questi nuovi farmaci vanno intesi come alternativi alle molecole preesistenti o come validi sostituti; individuare meglio la popolazione target dei pazienti; prevedere l'effetto del passaggio di terapia dai vecchi ai nuovi farmaci, l'effetto associato alla sospensione in previsione di interventi chirurgici e, ancora, l'efficacia nei pazienti candidati a cardioversione elettrica o nei pazienti con recente sindrome coronarica acuta.

Alla ricerca scientifica demandiamo l'onere di risolvere tali questioni.

I finlandesi si misurano

Non mancano certo studi nei quali viene misurata l'importanza dei molti fattori che fanno male alla nostra salute. Sia quelli relativi al nostro comportamento, come il sovrappeso, il fumo e la poca attività fisica, che quelli più vicini alle malattie cardiovascolari, come la pressione alta, il colesterolo e la glicemia in eccesso. Ma non è ancora ben chiaro quanto pesino questi fattori se li troviamo già nelle persone giovani, prima dell'età matura e di quanto aumentino il rischio di infarto e di ictus. Lo hanno affrontato, questo specifico problema, i finlandesi seguendo per 21 anni un gruppo di quasi 900 giovani dai 12 ai 18 anni e misurando loro la pressione, il metabolismo dei grassi e lo spessore delle arterie carotidee (Circulation, aprile 2012). La conclusione è stata che vanno meglio coloro che in partenza si trovano nelle condizioni ideali, ossia senza quei parametri di rischio che avevano preso in considerazione quando i soggetti erano ancora teenager. Ovvio, se vogliamo, ma sempre utile da ribadire.

E.P.

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

Safety and performance of the drug-eluting absorbable metal scaffold (DREAMS) in patients with de-novo coronary lesions: 12 month results of the prospective, multicentre, first-in-man BIOSOLVE-I trial

da **THE LANCET** pubblicato online il 15 gennaio 2013

Lo stent riassorbibile: il futuro della cardiologia?

Michael Haude, Raimund Erbel, Paul Erne, Stefan Verheye, Hubertus Degen, Dirk Böse, Paul Vermeersch, Inge Wijnbergen, Neil Weissman, Francesco Prati, Ron Waksman, Jacques Koolen

Intervista di **Filippo Stazi**

Caro Francesco la nostra Fondazione ha collaborato allo studio pubblicato da Lancet su uno degli argomenti di maggiore interesse per il mondo cardiologico, gli stent bioassorbibili. La prima domanda che però mi viene in mente è se davvero vi sia bisogno di questi nuovi stent visto i risultati senza dubbio lusinghieri degli stent, sia metallici che medicati, che sono attualmente in uso.

L'introduzione di questo nuovo tipo di stent sarà utile per più di una ragione. Innanzitutto gli stent hanno nettamente ridotto la percentuale di restenosi ma presentano comunque il rischio, anche se remoto, di trombosi tardiva. Per prevenire tale complicanza si ricorre ad un prolungato periodo di doppia antiaggregazione piastrinica a sua volta non scevro da rischi. Altri vantaggi indotti dal riassorbimento dello stent sono il mantenimento di una buona motilità vasale e l'eliminazione dello stato di infiammazione cronica che è invece causato dalla persistenza dello stent. Infine, la bioassorbibilità facilita successivi interventi di rivascolarizzazione sia chirurgica che percutanea e migliora la qualità di eventuali esami con Tc e risonanza magnetica.



Francesco Prati

Parlaci ora di questo studio, il BIOSOLVE-I

Il BIOSOLVE-I è uno studio multicentrico, prospettico, non randomizzato che, per la prima volta, ha testato nell'uomo la performance e la sicurezza di uno stent metallico riassorbibile chiamato, non a caso, DREAMS. Questo stent ha un supporto in magnesio capace di rilasciare il farmaco antiproliferativo paclitaxel utilizzato per ridurre il rischio di restenosi e si riassorbe nel giro di 9-12 mesi. Lo studio è durato 3 anni ed ha arruolato 45 pazienti con cardiopatia ischemica e al massimo due lesioni aterosclerotiche non precedentemente trattate in non più di due arterie coronarie. Molti dei pazienti sono poi stati studiati anche con l'OCT.

Che risultati avete ottenuto?

I risultati sono stati molto buoni. Lo stent

è stato posizionato con successo nel 100% dei pazienti. Due soggetti, il 4% del totale, hanno dovuto ripetere una procedura di rivascolarizzazione nei primi 6 mesi mentre un terzo ha avuto un infarto in corso della coronarografia di controllo ad 1 anno. Il 93% dei pazienti, quindi, è rimasto libero da eventi sfavorevoli. Nessun paziente è morto né si sono osservati fenomeni di trombosi dello stent.

Stent metallici riassorbibili a tutti allora?

Beh questa conclusione è senz'altro prematura. I nostri dati, comunque, mostrano sicuramente la fattibilità e la sicurezza di questo stent metallico riassorbibile. Negli anni a venire si definirà con esattezza il ruolo di questi nuovi dispositivi e non si può escludere che in futuro possano diventare l'alternativa agli stent tradizionali.

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

- *in ricordo di Paolo Pasquinelli di Livorno: la sorella e i familiari tutti*



Foto di Stefano Di Carlo

Continuiamo a scoprire l'acqua calda

A volte mi par di origliare nei confessionali: “Quante volte figliolo?” “Tante, padre”. “Ma tutti i giorni?” “Sì, padre”. “Ma non avevi promesso?” “Lo so, padre, ma la carne... lei può capire, come si fa senza sale, e anche gli altri alimenti, non sanno di nulla”. “Ma come facciamo, figliolo, con la tua pressione e con i tuoi vasi che si stanno deteriorando se non collabori?”

Oramai, fuori di metafora, la letteratura è piena di documentazioni scientifiche e cliniche sull'eccesso di sale nella nostra alimentazione, che dovrebbe essere di 1,2 o 1,5 grammi nelle 24 ore, e invece noi del mondo occidentale evoluto ne ingeriamo da 3 a 9 grammi. Ed è anche piena di dimostrazioni, la ricerca medica, secondo cui il sale, quel cloruro di sodio che da millenni andiamo cercando e che abbiamo idolatrato fino a dare il suo nome a una delle più importanti vie della Roma antica, la Salaria, e al moderno tempio della musica, Salisburgo, quel sale, dicevo, è causa di indurimento delle nostre arterie, di invecchiamento precoce del cuore, dei reni e del cervello, per citare solo gli organi più vitali. L'ultimo studio ci arriva da un'elegante ricerca (*JACC 2013;61:335*)

compiuta da autori anglosassoni su 11 uomini e 6 donne anziani (62 anni di media). Solo 17 persone quindi, non malate, con una lieve ipertensione fra i 130 e i 159 mm di massima, valori che 50 anni fa li avremmo considerati normali ma che oggi l'Organizzazione Mondiale della Sanità li definisce a rischio rispetto alle persone con pressioni più basse. Orbene, a questi 17 volontari è stata somministrata per brevi periodi una dose giornaliera di 1,2-1,5 oppure di 3,6 grammi di sale: la pressione calava di ben 12 mm in quelli che assumevano dosi più basse, mentre le loro arterie, valutate con metodi complicati ma ineccepibili, mostravano di non subire quelle alterazioni che invece comparivano in coloro che ingerivano la dose maggiore.

Certo, se pensiamo che dopo la legge Sirchia il fumo è calato solo dell'3 o 4%, c'è da essere poco fiduciosi che gli italiani cambino le loro abitudini alimentari. “Ma porco boia!”, direbbe qualcuno, che ci ricorda nel simpatico accento emiliano il nostro Pier Luigi Prati, “siam mica qui in Cuore & Salute a lisciare il pelo alle capre che leccano il sale sui muri!” (Bersani, per favore, tolga quel sigaro di bocca in TV).

Eligio Piccolo



Capre intente a leccare il sale sui muri

Lettere a Cuore e Salute

D. **Un bicchiere di vino o di... cianuro.**

Da sempre, e credo anche su “Cuore & Salute”, ho letto che un bicchiere di vino, meglio se rosso, ai pasti portava qualche beneficio alla salute e certo non causava danni cardiovascolari. Insomma, lungi dal sostenere, come alcuni fanno, che il bicchiere di vino preserva dall’infarto mi sembra un tantino avventato anche dire che sarebbe da evitare assolutamente.



Mi spiego: qualche tempo fa nel supplemento di un importante quotidiano mi è capitato di leggere, un articolo che sosteneva appunto che era meglio non bere alcolici, e questo è chiaro, ma anche il bicchiere di vino ai pasti. La cardiologia ha scoperto che bere un paio di bicchieri al giorno, può aumentare di circa il 15% il rischio di danni alle coronarie. L’articolo concludeva che “Rinunciare a due bicchieri di vino al giorno significa tagliare 1400 calorie alla settimana. In un mese vuol dire perdere quasi un chilo di peso, con un effetto sul rischio cardiovascolare molto più consistente rispetto a quello, ipotetico, del bicchiere di vino”. Inutile dire, che poiché, di bicchieri di vino ne bevo due-tre al giorno, mi sono affrettato a recarmi dal notaio per stilare regolare testamento.

Inoltre perdere 12 chili in un anno è un successo che poche diete alimentari si possono permettere! Insomma mi chiarite un po’ le idee? Cordialmente.

Ennio S., Napoli

R.

Caro Signor Ennio,
credo che la risposta se la sia data da sé nella sua divertente lettera, piena di arguzia e di ironia, che abbondano nella sua bella Napoli e purtroppo difettano in molte parti del nostro nebbioso Nord. Ma non voglio sottrarmi alla risposta tecnica che lei giustamente pretende.
Senza riandare al biblico Noé, benemerito scopritore del nettare prodotto dai vitigni, o al “nunc est bibendum...” di Orazio, o al prosaico adagio veneto “el vin fa bon sangue”, negli ultimi cinquant’anni sono stati eseguiti numerosi studi epidemiologici,

quelli che nei salotti buoni si chiamano “trial”, nei quali si è cercato di valutare se l'alcol, nelle sue varie forme, dal vino alla birra e ai superalcolici, sia dannoso, benefico o indifferente. Considerando naturalmente anche le dosi alle quali queste proprietà si rendevano più o meno evidenti. Ebbene, partendo da una prima indagine eseguita in Jugoslavia negli anni 70 del secolo scorso, continuando con molte altre realizzate in varie parti del nostro mondo occidentale, per finire al cosiddetto “franch paradox”, che insinuava l'azione benefica dei vini della Borgogna per il fatto che quegli abitanti, ad onta dell'alimentazione “grassa”, non ammalavano di colesterolo e delle sue conseguenze, ce n'è per tutti i gusti. Ma sinteticamente e globalmente tutte quelle ricerche ci portavano a concludere che il vino e gli altri alcolici in quantità lieve o moderata (al di sotto del mezzo litro di vino al dì o equivalenti) era benefico per la salute, mentre le dosi maggiori erano dannose. Addirittura alcuni studi facevano vedere che gli astemi erano penalizzati, quasi alla pari dei forti bevitori.”

Naturalmente a tutto ciò veniva data anche una spiegazione, diciamo così scientifica, legata all'azione positiva dell'alcol etilico sull'HDL e sui vasi sanguigni, che non credo possa interessare all'utente.

Diverso invece, caro Ennio, è il problema calorico perché in realtà l'alcol è un “alimento”, che non solo introduce calorie (circa 700 kcal per un litro di vino e 90 kcal per un bicchiere) ma tende ad accumularsi sotto forma di grasso nel fegato e nei depositi. Ne deriva che chi ne assume anche in quantità moderata con i pasti e fa poca o punta attività fisica non potrà che ingrassare. Come vede, anche per l'alcol si tratta di un problema di buon senso, di “est modus in rebus”, come diceva appunto Orazio.

Cordialmente.

Eligio Piccolo

D. Pacemaker e farmaci: speranze e delusioni

Da circa dieci anni sono affetto da fibrillazione atriale periodica curata con Amiodarone e Coumadin. Due anni fa in seguito a uno svenimento da bradicardia mi è stato impiantato un pacemaker. Mi è stato detto che non avrei più avuto aritmie, invece queste hanno ripreso a verificarsi con le stesse modalità intermittenti. Un altro cardiologo mi ha consigliato di sostituire l'Amiodarone con il Sotalolo e da allora le aritmie sono sotto controllo, periodiche e leggere ma sempre presenti. Lo stesso specialista mi ha anche prescritto di riprendere il Coumadin in quanto ancora soggetto a rischio trombotico.

Leggendo la risposta del dottor Stazi al lettore Gaetano P. mi sono venute delle perplessità circa i farmaci che debbo prendere pur convivendo felicemente con la mia "macchinetta". Farmaci ai quali si aggiungono altri 2 in quanto iperteso. Ho 77 anni e qualche volta mi chiedo: "Ma tutte queste medicine che quotidianamente butto giù, siamo sicuri che facciano bene? Il pacemaker non dovrebbe essere "autonomo" dai farmaci antiaritmici?".

Grazie per l'attenzione e un cordiale saluto.

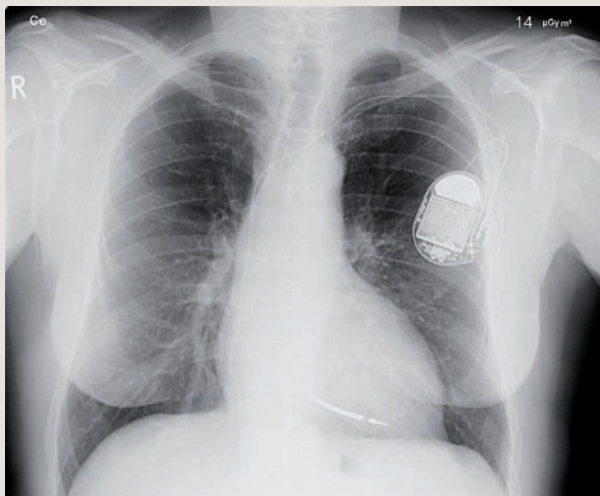
Bruno S., Firenze

R.

Gentile Sig. Bruno,

la Sua lettera mi offre la possibilità di puntualizzare un aspetto a volte trascurato ma che invece ritengo molto importante. Molte delle delusioni dei pazienti e delle

incomprensioni con i curanti nascono dallo scostamento tra le attese ed i risultati. Molto spesso i pazienti si attendono dall'atto medico degli effetti che superano le lecite speranze. Il successivo confronto con la realtà genera inevitabilmente insoddisfazione. Le eccessive attese da Lei riposte nel pacemaker sono a tal riguardo emblematiche. Il pacemaker, che Lei chiama affettuosamente "la mia macchinetta", è uno strumento di elevata tecnologia e di insostituibile efficacia che però, in estrema sintesi, svolge un ruolo ben preciso: assicura che il cuore si contragga un congruo numero di volte al minuto. Altro non fa.



Se il problema di un paziente è secondario al fatto che il suo cuore tende a rallentare o fermarsi allora l'impianto di un pacemaker è risolutivo e, infatti, credo che Lei non sia più svenuto. Se, invece, tendenza al rallentamento del ritmo cardiaco e fasi di accelerazione del ritmo concomitano nello stesso soggetto, cosa non rara trattandosi dei due estremi di una stessa malattia, il pacemaker risolve un aspetto del problema, la bradicardia ma non può eliminare l'altro. La protezione fornita dal pacemaker permette comunque di dare con tranquillità e senza rischi quei farmaci antiaritmici (per Lei l'amiodarone prima e il sotalolo poi) che potrebbero altrimenti peggiorare le fasi di rallentamento della frequenza e che vengono somministrati con l'obiettivo di prevenire le recidive di fibrillazione atriale. Obiettivo che nel Suo caso, a giudicare dalle Sue parole, mi sembra che sia comunque stato ottenuto, anche se solo parzialmente. Il problema è che spesso, per fretta, per sfiducia nella capacità di comprensione dei pazienti o per paura di suscitare paure e preoccupazioni, i medici presentano i problemi con eccessiva semplificazione: "metti il pacemaker e non avrai più niente!" Altre volte sono invece i pazienti ad essere alla ricerca utopica del rimedio miracoloso. In un caso o nell'altro delusione e perplessità sono l'inevitabile conseguenza.

Per rispondere quindi alla Sue domande l'autonomia o meno del pacemaker dai farmaci antiaritmici dipende dalle ragioni che ne hanno richiesto l'impianto. Continui comunque ad assumere le medicine che Le hanno prescritto e stia sereno che quando l'indicazione è giusta i benefici dei farmaci superano i loro effetti collaterali.
Cordiali saluti.

Filippo Stazi



Quaderno a Quadretti

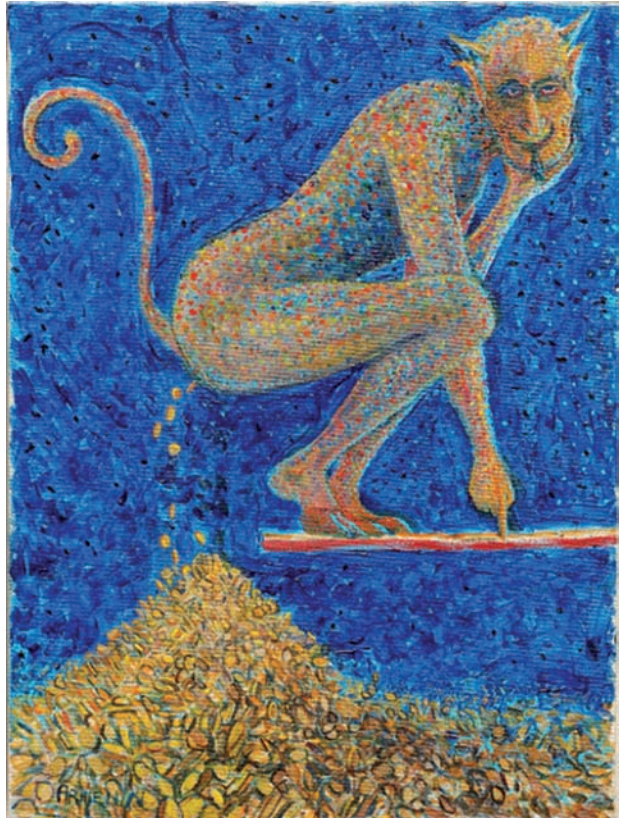
di Franco Fontanini

Lo sterco del demonio

Non esiste altra cosa al mondo su cui tutti siano altrettanto concordi come il denaro. Probabilmente è così dalla più remota antichità. In un frammento di Alceo, poeta lirico coetaneo di Saffo, molto stimato da Orazio, è scritto che il denaro è l'uomo. Erodoto fu il primo a dire espressamente che la sua felicità era dovuta ai suoi soldi, alle sue case, ai servitori e a tutte le belle cose ideate dai fenici, gli inventori del danaro.

Più che dagli economisti questo è documentato dai proverbi di esaltazione del denaro, identici e in voga in popoli che non si conoscevano, dall'antichità fino ai giorni nostri. Un detto popolare eterno, attribuito ai francesi perché ripreso da Napoleone nei suoi aforismi, ma più vecchio di parecchi secoli in pressoché tutti i paesi, dice che un cretino povero è un cretino, mentre un cretino ricco è un ricco.

Sembra che in Toscana verso la fine del Rinascimento si cominciasse a dire che avere un padre senza un soldo è un destino e avere un suocero in bolletta è coglioneria. Rari dissidenti affermano che i soldi non danno la felicità e che esistono altri modi di essere felici, senza però tener conto, ammesso che esistano veramente, che costano tutti un sacco di quattrini.





Il prestigio del denaro si è largamente consolidato negli Stati Uniti d'America dove è diventato il più diffuso indice di status symbol. Innumerevoli indagini hanno sempre confermato che la cosa che più piace ai ricchi americani è il loro denaro.

Erma Bombeck è d'accordo, non c'era bisogno di inchieste per confermarlo, basta chiederlo a lei che è stata ricca e povera; senza tema di smentite, avrebbe detto che ricca è meglio, quanto meno possiede un rassicurante effetto difensivo.

Il più autorevole filosofo francese dell'Ottocento, nel suo "Corso di filosofia" del 1826, affermò che la ricchezza è sempre una portatrice di felicità e di potere, nei rarissimi casi in cui non funziona, procura nemici di migliore qualità.

Non hanno mai avuto grande peso i giudizi negativi né le riserve degli psicoanalisti. Gli aspetti positivi della ricchezza prevalgono sempre in ogni caso, il complesso del denaro, se esiste, non ha grossi effetti nocivi, ma ha il merito di affrancare dal senso della sudditanza, di sottomissione e da molti complessi d'inferiorità veri o presunti. Può essere negativo l'istinto indirizzato all'accumulo di denaro, ma le conseguenze sfavorevoli sono ristrette alla vittima e ai suoi familiari. Raramente il "malvagio spirito di lucro" ha effetti più vasti, è una patologia che quasi sempre consola gli eredi. Il disprezzo per il danaro colpisce a parole, solamente chi ne è privo.

La spregiativa denominazione di "sterco del diavolo" è fuori uso, è fallace, perché il denaro, come il concime può essere benefico a condizione che venga sparso, ben di-

stribuito, cosa piuttosto rara. Da disapprovare è solo l'epistola di Quinto Orazio Flacco che, in uno sfogo letterario per le delusioni patite prima di acquisire una stima duratura: "fa denaro onestamente, se puoi, se no in qualsiasi altro modo", un suggerimento che ha raccolto crescenti adesioni in tutte le epoche senza soluzione di continuità, confortata dalla massima americana ottocentesca che dice: "per guadagnarsi da vivere bisogna lavorare, per diventare ricchi bisogna trovare qualcosa di meglio". Un imprenditore bresciano del tempo del tondino, soleva dire che tutti i miliardari raccontano con una punta di orgoglio come hanno guadagnato il primo miliardo ma nessuno parla mai dei successivi. Per i ricchi non è difficile procurarsi denaro, per Onassis è addirittura elementare: non bisogna corrergli dietro come fa la maggior parte degli aspiranti, ma semplicemente andargli incontro.

Paul Getty, che qualche tempo fa era considerato il più ricco degli USA, sostiene che non sono lecite distrazioni, neppure brevi. Quando non si hanno soldi ci si pensa sempre, amava dire, quando se ne hanno, anche di più. Di questo parere era anche Napoleone. La più saggia è anche a questo proposito la Thatcher: “chi si ricorderebbe del Buon Samaritano se avesse avuto solo buone intenzioni? È passato alla storia ed è diventato esempio per tutti, perché aveva anche soldi”.

Verginità

Sembra ormai aver preso irreversibilmente campo il convincimento che la verginità, come le serenate e le lettere d'amore profumate, non sia più in voga e appartenga al passato.

Anche se non tutti sono convinti, si sa che numerose indagini negli ultimi anni, confermano che più della metà degli italiani, con punte che superano il settanta per cen-

to, afferma di non dare importanza alla castità prematrimoniale delle ragazze, circa il 75 per cento considera la castità una forma di perversione e la sua ostentazione un esibizionismo. Gli esempi a conferma non mancano, basti pensare a Formigoni, governatore della Lombardia, che salì alla ribalta confessando la sua verginità, o a personaggi dello spettacolo non molto credibili come Patty Pravo, ai cantanti pop Jonas Brothers, tre fratelli che ostentano con orgoglio “l'anello della purezza”, simbolo della castità prematrimoniale, e sportivi come Legrottaglie che sembravano tramontati, grazie al voto di castità sono tornati in auge. Contemporaneamente sono noti anche gruppi, non si sa quanto numerosi, che preconizzano il ritorno ai valori del passato e in particolare alla verginità.

Neppure nel più remoto villaggio della Sicilia viene più appeso alla finestra della camera il lenzuolo insanguinato a garanzia della recente deflorazione.

In una comunità di Colorado Springs, nelle Montagne Rocciose, di recente è stata inventata una cerimonia solenne, nella quale le ragazze attraversano una sala da ballo coperta da un tappeto di rose bianche, passando sotto le spade incrociate dei padri che si impegnano a vegliare sulla castità delle figlie fino al giorno delle nozze. Non si sanno i risultati anche se presumibilmente si tratta di una manifestazione più che altro folcloristica.

Tutto, come si sa, cambia. Non è molto lontano il tempo in cui gli adolescenti di buona famiglia consultavano il “Nuovissimo Melzi” per leggere di nascosto la voce su-



La serenata, costumi di Roma

Maya desnuda



gli organi sessuali, argomento tabù con i familiari; avevano idee vaghe sull'orgasmo e credevano che il gay fosse una persona dal carattere gaio, sempre di buon umore. Nel 1947 un settimanale venne condannato per aver pubblicato una foto della Maya desnuda.

Nel '58 una bellissima turca destò scandalo per lo streptease in un ristorante romano; oggi la TV ci propone spogliarelli quotidiani per famiglia.

Secondo gli esperti, la continua overdose di nudità provoca stanchezza fino al disinteresse e al rifiuto, anche se il turismo sessuale è fiorente. Sono in crisi Playboy e i film per adulti nostrani, perché all'estero se ne possono vedere di molto più osé.

Per i sessuologi la causa di tutto va ricercata nel declino della produzione ormonale che interessa tutti i maschi, confermata dal sempre crescente consumo di Viagra.

Si sa anche che sono molto impegnati i ricercatori della "macchina del piacere": due elettrodi da applicare in vicinanza del-

la colonna vertebrale azionati da un pulsante che provoca orgasmi a richiesta. E' un apparecchio bisessuale, sconcertante, che desta preoccupazioni di vario genere: sembra che l'attesa sia maggiore nelle donne che negli uomini.

Quando la verginità era di rigore per una signorina, c'erano i clandestini riparatori di imene, numerosi in Svizzera. Una vacanza di pochi giorni era sufficiente per il recupero della verginità, a costi piuttosto elevati.

Ricordo un'amica figlia di notaio che portava sempre con sé, come la carta d'identità, un certificato attestante che la sua deflorazione era stata praticata per necessità diagnostiche. Il rigido chirurgo di allora si era rifiutato di riparare l'imene perché a quel tempo l'intervento non era ritenuto lecito.

Oggi sarebbe facile trovare chirurghi disponibili per l'imeneoplastica, ma la domanda è scarsissima. Fanno eccezione gli Stati Uniti dove viene registrato un sorprendente aumento delle richieste.

La pubblicità dell'imeneoplastica è diffusa sulle riviste femminili, viene indicato anche il chirurgo plastico giusto. Una stazione radiofonica offre gratuitamente l'imeneoplastica alla vincitrice di un concorso settimanale. Viene consigliato di sottoporsi all'intervento anche come regalo per "far felice" il marito, evidentemente per coloro che non erano state in grado di farlo al tempo giusto. Il costo dell'intervento è di cinquemila dollari tutto compreso, un prezzo in America piuttosto modesto, poco più di un'appendicectomia, il che conferma la svalutazione della verginità.

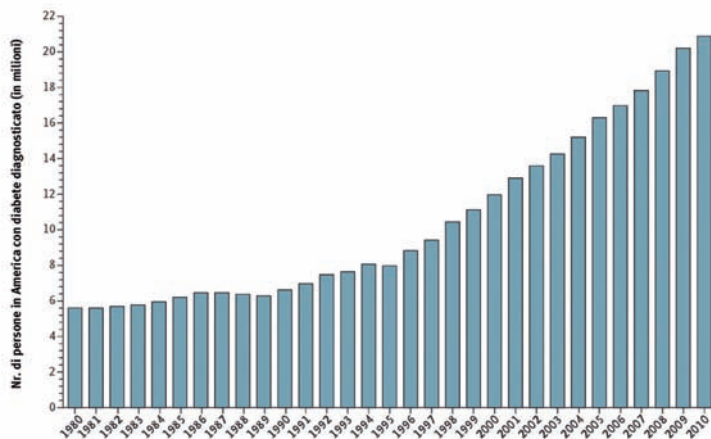
Occhio al diabete!

Malattia subdola per eccellenza, sia perché logora silenziosamente le nostre arterie e ce lo dice solo a danno cardiovascolare avvenuto, sia perché può essere in agguato anche quando i controlli del sangue risultano poco o punto alterati.

Prima dell'ultima grande guerra il diabete era quasi incurabile. Erano di là da venire gli antidiabetici orali e l'insulina, già scoperta dai premi Nobel Banting e Best, ma non ancora costruibile industrialmente, dava troppi problemi nella sua forma naturale, oltre a essere molto costosa. Per fortuna, si fa per dire, a quei tempi si viveva di meno, le diete erano più sobrie, l'obesità riguardava pochi privilegiati e l'attività fisica era più obbligata e diffusa. Sicché mancava in un certo senso il terreno sul quale quella malattia metabolica prospera volentieri.

Oggi tutto è cambiato, vi è stata una vera rivoluzione, ogni forma di diabete non fa più paura,

si cura per bocca e con iniezioni così sottili che fanno dire al paziente "già fatto?" e si sono addirittura istituiti Centri Antidiabetici dedicati a seguire questi malati periodicamente. Purtroppo però quando l'uomo si sente protetto e sta bene ne approfitta: stramangia, aumenta il suo grasso, si muove poco e le statistiche inesorabilmente lo avvertono che negli ultimi 30 anni il diabete è quasi triplicato, dal 2.5% al 6.9% della popolazione, raggiungendo circa il 27% dopo i 65 anni. Sono dati che riguardano gli Stati Uniti, dove addirittura si è



calcolato che di questo passo nel 2050 una persona su tre sarà diabetica. I nordamericani poi, sempre attenti alla spesa, hanno calcolato che il costo sanitario per i diabetici in cura nel 2007 è stato di 174 miliardi di dollari! Da noi, in Italia, non abbiamo dati così precisi ma da alcuni allarmi ci stiamo rapidamente accodando. Per fortuna ci sono anche studi nei quali si dimostra che dieta, attività fisica, controllo della pressione, del colesterolo eccetera riducono il diabete, lo curano meglio e ne prevengono i danni al cuore e ai vasi. Occhio quindi al nostro stile di vita, il vero responsabile dell'aumento quasi esponenziale del numero dei pazienti diabetici (vedi tabella).

Eligio Piccolo

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 cardiocirurgia
Ottavio Alfieri, *Milano*
Introduzione di Claudio Cavallini, *Perugia*

II SESSIONE

MODERATORI: Giuseppe Di Pasquale, *Bologna*
Massimo Uguccione, *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 impiegarla?**
Marcello Galvani, *Forlì*
- 15.30 Nuove frontiere nel trattamento dell'ictus: l'angioplastica delle carotidi e delle arterie cerebrali.**
Bernhard Reimers, *Mirano - VE*
- 15.45 Dal trattamento del raffreddore alla prevenzione dell'infarto ed infine del cancro: l'aspirina.**
Claudio Borghi, *Bologna*
- 16.00 Discussione**
- 16.30 Intervallo**

IV SESSIONE

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

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

SABATO 23 MARZO

V SESSIONE

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

- 9.00** **Qualche buona ragione per evitare la rivascolarizzazione mediante angioplastica delle ostruzioni croniche.**
Corrado Tamburino, *Catania*
- 9.15** **aVR, la derivazione negletta che diventa protagonista.**
Eligio Piccolo, *Mestre - VE*
- 9.30** **La robotica in 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

Eventi scientifici organizzati con il supporto delle aziende

VENERDÌ 22 MARZO

12.30 Palazzo degli Affari
Luncheon Lecture (MSD Italia)
Ad ogni paziente la sua terapia ipolipemizzante: il ruolo di ezetimibe nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare

12.30 Palazzo degli Affari
Luncheon Panel (Bayer)
Il rivaroxaban: innovazione e prospettive nella prevenzione del rischio tromboembolico

14.30 Auditorium
Lettura (Boehringer Ingelheim Italia)
L'anticoagulazione orale per la prevenzione dell'ictus da fibrillazione atriale: uso appropriato di dabigatran

SABATO 23 MARZO

12.30 Palazzo degli Affari
Luncheon Panel (AstraZeneca)
Strategie terapeutiche per migliorare sopravvivenza e aderenza del paziente ad alto rischio cardiovascolare

12.30 Palazzo degli Affari
Luncheon Panel (Bayer)
Nuove frontiere nella protezione cardiovascolare

14.30 Auditorium
Lettura (A. Menarini)
La gestione della cardiopatia ischemica cronica sintomatica: paziente e terapia

DOMENICA 24 MARZO

8.30 Auditorium
Minisimposio (Novartis Farma)
L'innovazione terapeutica nell'ipertensione arteriosa e nello scompenso cardiaco

Le iscrizioni sono aperte. Per informazioni e modalità di partecipazione consultare il sito www.centrolottainfarto.it e cliccare su: **“Congresso Conoscere e Curare il Cuore”**

Segreteria Organizzativa: Centro per la Lotta contro l'Infarto Srl

Viale Bruno Buozzi, 60 • 00197, Roma • Tel. 06 3218205 - 06 3230178 • Fax 06 3221068
email: clicon@tin.it • www.centrolottainfarto.it

Aggiornamenti cardiologici

di Filippo Stazi



MADIT-RIT ovvero come ridurre gli shock inappropriati e vivere più a lungo: i defibrillatori impiantabili (ICD) hanno ampiamente dimostrato la loro capacità di ridurre la mortalità da tachiaritmie ventricolari in pazienti ad alto rischio. Nonostante ciò un'ampia percentuale (8-40%) di pazienti portatori di ICD sperimentano l'erogazione di terapie inappropriate, prevalentemente causate da tachiaritmie sopraventricolari, che possono anche avere conseguenze minacciose per la vita. Nel MADIT-RIT trial si è valutato se una programmazione degli ICD che portasse ad erogare terapie elettriche solo per frequenze cardiache ≥ 200 bpm od a prolungare il tempo di monitoraggio prima dell'erogazione potesse ridurre l'incidenza delle terapie inappropriate senza però indurre un incremento di morbilità e mortalità. 1.500 pazienti in ritmo sinusale ed impiantati in prevenzione primaria con un ICD bicamerale o biventricolare sono stati randomizzati in tre gruppi differenti. Nel primo, quello con la programmazione convenzionale, il dispositivo entrava in funzione dopo 2,5 secondi di tachiaritmia ventricolare a fc compresa tra 170 e 199 bpm o dopo 1 secondo di tachiaritmia a fc > 200 bpm; nel secondo gruppo la terapia antitachicardica era erogata dopo 2,5 secondi di aritmia a fc > 200 bpm e nel terzo, infine, l'ICD si attivava dopo 60 secondi di tachiaritmia a fc tra 170 e 199 bpm, dopo 12 secondi di fc > 200 bpm o dopo 2,5 secondi a fc > 250 bpm. L'end point primario era il primo episodio di terapia inappropriata, quelli secondari erano la mortalità totale e il verificarsi di una sincope. Dopo un follow up medio di 1,4 anni il gruppo con la programmazione convenzionale presentava un aumento significativo di terapie antitachicardiche inappropriate e della mortalità totale rispetto al secondo e terzo gruppo di pazienti. (*New Engl J Med* 2012; 367: 2275-2283)

Se il Viagra non basta arriva lo stent: lo ZEN Trial: la disfunzione erettile è una frequente condizione che viene comunemente trattata con la somministrazione orale di inibitori della 5 fosfodiesterasi (Viagra e suoi derivati). Fino al 50% dei pazienti hanno però una risposta insoddisfacente a tale terapia. È inoltre noto che il ripristino del flusso arterioso penieno può migliorare la funzione erettile. Per tale motivo gli autori di questo studio hanno valutato gli effetti del posizionamento di stent a rilascio di zotarolimus in pazienti con disfunzione erettile ad eziologia aterosclerotica e stenosi focale dell'arteria pudenda interna. Trenta pazienti hanno ricevuto 45 stent. Il successo procedurale è stato del 100%. Nei successivi 6 mesi di follow up non si sono verificati eventi avversi mentre si è assistito a rilevanti miglioramenti degli indici sia oggettivi che soggettivi di funzione erettile nella maggior parte dei pazienti. Trattandosi del primo studio del genere condotto sull'uomo è d'obbligo l'attesa di ulteriori conferme. (*JACC 2012; 60: 2618-2627*).

R₂CHADS₂ Score: in una nuova analisi dei circa 15.000 pazienti dello studio ROCKET AF (rivaroxaban vs coumadin per la prevenzione del tromboembolismo in soggetti con fibrillazione atriale) è stato valutato se aggiungere al CHADS₂ score il dato relativo a una clearance della creatinina (misurata con la formula di Cockcroft-Gault) < 60 ml/min aumenta la capacità di predire il rischio tromboembolico connesso con la presenza di fibrillazione atriale. È stato quindi elaborato un nuovo algoritmo, chiamato R₂CHADS₂, in cui la presenza di ridotta funzione renale determinava l'aggiunta di altri due punti. Tale sistema ha permesso un miglioramento della stratificazione del rischio di circa il 6% rispetto al CHA₂DS₂VASc e dell'8% rispetto al CHADS₂. Indipendentemente dalla fortuna che questo nuovo score incontrerà in futuro è comunque importante sottolineare il significato prognostico della disfunzione renale anche in questo contesto clinico. (*Circulation 2013; 127: 224-232*).

Dal-OUTCOMES Trial: ancora una delusione sul fronte delle HDL: numerosi studi osservazionali hanno evidenziato una relazione inversa tra livelli di colesterolo HDL ed incidenza di malattia coronarica. L'inibizione della CEPT incrementa i livelli di HDL ma vi è molta incertezza se interventi terapeutici capaci di incrementare i valori di HDL riducano effettivamente il rischio cardiovascolare. Un precedente studio con il Torcetrapib, il primo inibitore della CEPT ad essere testato, ha mostrato un aumento del 70% delle HDL, una riduzione del 20% delle LDL ma ha anche causato un aumento di morbidità e mortalità. In questo studio è stato valutato l'effetto di un altro inibitore della CEPT, il Dalcetrapib, sul rischio cardiovascolare di pazienti con recente sindrome coronarica acuta. 15.817 pazienti sono stati quindi randomizzati a ricevere (n = 7.938) Dalcetrapib (600 mg al giorno) o placebo (n = 7.933). Durante circa 3 anni di follow up i valori di HDL sono aumentati rispettivamente del 31-40% e del 4-11% ma questo non si è tradotto in un significativo effetto né sull'endpoint combinato di morte coronarica, infarto non fatale, stroke ischemico, angina instabile o arresto cardiaco rianimato (8,3% vs 8%, P = 0.52) né su nessuno degli stessi componenti presi singolarmente. Per tale motivo il trial è stato precocemente interrotto. (*New Engl J Med 2012; 367: 2089-2099*).

Piante e farmaci dimenticati

di Massimo Pandolfi



Ci fu un tempo, nemmeno poi tanto lontano, in cui la differenza tra medicina e stregoneria non era così definita. Uomini di talento, di scienza e di coraggio non si contentavano dei costanti insuccessi nella cura dei loro simili e, spinti da un inesauribile senso di avventura, andavano alla ricerca di luoghi inesplorati, di nuove esperienze, in fondo di se stessi.

Il pretesto era la religione, la scienza, il denaro: in realtà la velocità del loro pensiero li proiettava in un futuro che forse, senza di loro non sarebbe mai arrivato.

Alcuni scoprirono qualcosa e legarono il proprio nome ad un evento, una pianta, un animale o un luogo; altri trovarono la morte o la rovina lunga la loro pista, molti la cosa che temevano di più: l'oblio.

Spense la lampada ad olio, posando sul rudimentale comodino il libro con il quale aveva tentato di far arrivare Morfeo nella sua tenda. Sistemò la zanzariera e si distese sul giaciglio. I rumori della foresta gli giungevano amplificati e la luce dell'enorme disco lunare faceva sembrare giorno, lungo la scia argentea dello Zambesi. A quell'ora le bestie, predatori e prede, quasi per un patto di non aggressione mai scritto ma sempre rispettato, si af-



Fiume Zambesi

follavano sulle rive del fiume per dissetarsi. Il ronzio degli insetti, nel calore della notte africana, gli fece da viatico al sonno che quella notte fu più agitato del solito per il reverendo Orazio Waller.

Sognò di essere Socrate, forse in seguito alla lettura dei dialoghi di Fedone, libro consunto che riposava accanto a lui, aperto sul comodino. Il processo, poi la condanna, infine la coppa di liquido amaro, la sensazione di intorpidimento alle gambe e poi il freddo che saliva verso la testa...

Si svegliò sudato ma infreddolito: rivoltandosi tra le coltri si era scoperto e le prime ore dell'alba erano gelide, lungo le rive del grande fiume. Il cuore gli batteva all'impazzata, come un tamburo fuori ritmo e alzandosi, avvertì una violenta vertigine.



Sir John Kirk

Brancolando trovò la ciotola dell'acqua o almeno di quello che lui credeva essere acqua. Ne bevve un sorso e si accorse dell'errore: cadde seduto sul giaciglio e si distese di nuovo, spossato.

Il risveglio fu ancora più brusco, con il Dottor Kirk che lo scuoteva, furibondo. "Non avrà mica bevuto da quella ciotola, reverendo? C'era il veleno che questi selvaggi usano per rendere fatali le frecce. Lo producono dalle foglie di una pianta."

A Waller per poco non prese un colpo, ma fu rasserenato dal fatto che si sentiva meglio, anzi in perfetta forma: il cuore batteva regolare, aveva appetito e si sentiva riposato. "A me questa porcheria ha fatto bene, Kirk; ora mi lasci in pace che devo mettere qualcosa sotto i denti".

Kirk guardò la ciotola, pensieroso: forse aveva scoperto una nuova pianta medicinale. In fondo uno dei motivi dei suoi viaggi dell'avventura era anche questo, scoprire nuove possibilità di terapia da riportare in patria. Quello che per gli indigeni era un veleno pareva aver avuto un effetto inaspettato sul reverendo: mise quanto restava della pozione in una boccetta e sopra scrisse il nome con cui i nativi chiamavano la sostanza: Kombé.

Molti anni dopo, durante le visite di guardia medica al capezzale di pazienti cardiopatici, ho usato la strofantina, a piccole dosi. Non mi sarei mai immaginato che quello strano nome, Kombetin, avesse una così esotica origine.

Ora il farmaco è scomparso dall'armamentario del cardiologo, assieme a una lunga serie di altre molecole. Di alcune ne sen-

tiamo la mancanza, di altre non ce ne siamo neppure accorti, altre vengono rivalutate e rimpiante nel tempo.

Una lunga fila di betabloccanti (mepindololo, oxprenololo, acebutololo e ultimamente il nadololo); a livello polmonare e anche in elettrofisiologia l'orciprenalina, assieme ad antiaritmici dallo strano nome e dalla dubbia efficacia, come la bunaftine e la mexiletina. Il diuretico muzolimina, che doveva sostituire la furosemide e che forse ne è rimasto vittima, la molsidomina come nitrato long acting e infine la molecola a me più cara, quella lidoflazina di cui il gruppo cardiologico di Lucca scoprì l'ec-

cezionale efficacia nella fibrillazione atriale e che ora pare aver trovato un erede nella più moderna e costosa ranolazina.

Il progresso va avanti, spinto da infinite motivazioni. Nel coprire di polvere i rimedi di un tempo che fu, speriamo che prevalga sempre la necessità di sostanze più sicure ed efficaci e non logiche mercantili a far piazza pulita di farmaci e piante realmente salutari. A mio modesto avviso prima di buttare nel cestino molecole considerate parzialmente inefficaci, bisognerebbe considerare la possibilità di utilizzo in associazione.

Ma questo probabilmente è un capitolo che ancora deve essere scritto.

Il fumo cala ad Agrigento

Circa dieci anni fa, prima delle leggi "proibizioniste" promulgate con varie modalità in molti paesi occidentali, un'ironica vignetta di Bozzetto mostrava un ragazzo dall'aspetto bamboccione che dice a un signore di mezza età: "il vizio del fumo è duro a morire", e l'altro di rimando: "schiattano prima i fumatori". Da allora vari studi hanno documentato che il numero dei fumatori è calato, più negli anziani che nei giovani e più tra i medici che nelle altre categorie di lavoratori. Ma soprattutto che si sta molto più attenti a non "asfissiare" gli altri con il fumo passivo. I pessimisti tuttavia dicono che le tabaccherie continuano a prosperare e i "viziosi" a gettare le cicche per strada; mentre gli ottimisti accolgono con soddisfazione i risultati e predicono che la percentuale dei fumatori calerà nel 2020 al 16% e nel 2050 al 13%.

Nell'agrigentino Serena Mauro e il suo gruppo universitario (*Giornale Italiano di Cardiologia, dic. 2012*) ha portato a termine un'inchiesta su oltre duemila alunni di età di 10-11 anni, seguiti per 15 anni dal 1994 al 2009, e ai quali erano state poste domande sull'abitudine al fumo dei genitori in casa alla presenza dei figli, in auto e su chi dei due, padre e madre si era più impegnato nel ridurre il fumo passivo. Al consuntivo finale hanno potuto registrare una riduzione dei fumatori dal 45% nel 1994 al 31% nel 2009, più nelle madri che nei padri, e del fumo passivo dal 64% al 45%. Non siamo ancora all'optimum, ma la tendenza pare stia andando nel senso degli ottimisti.



E.P.

Che bello! L'infarto cala

di Eligio Piccolo

L'avevamo già annunciato su queste pagine tempo fa, ma leggerlo oggi, ben documentato, sull'*American Journal of Cardiology* (2012;109:1589), dove si riporta uno studio sui ricoveri per infarto dal 2001 al 2007 negli stati della California e del Connecticut, ci dà una conferma entusiasmante. Anche perché gli americani, per quanto leggiamo sulla loro prevalenza di obesi, di sedentari e di male alimentati, hanno corretto molto meno di noi europei quei fattori che portano dritti all'infarto. Per cui da noi il vantaggio potrebbe essere anche maggiore. Ma ritornando ai dati di quella ricerca, a quei numeri statistici che noi siamo meno interessati a raccogliere, dai quali constatiamo con meraviglia una diminuzione di quasi il 30% dei ricoveri per infarto miocardico acuto durante quei sette anni di osservazione, diminuzione che indirettamente vuol dire minore incidenza di quell'evento così gravido di complicazioni. Tanto più significativo poi il calo se pensiamo che i nuovi marker per la diagnosi di infarto, in particolare la troponina, sono più sensibili delle vecchie transaminasi nello scoprire che il cuore ha subito l'attacco.





Come interpretare questo miglioramento visto che molte delle abitudini “panciafichiste” dei nordamericani non sono granché cambiate? Forse, dicono i commentatori, vanno considerati anche gli effetti benefici che nel tempo hanno prodotto i molti farmaci, prescritti non solo per sostenere le cardiopatie già in atto, ma soprattutto per prevenirle, come l’aspirina, gli antiipertensivi e le statine, oltre gli stessi interventi sulle coronarie. Gli autori di quella ricerca si soffermano poi sul fatto che da loro tale riduzione dell’infarto è più evidente nella razza bianca che nella nera, la quale, pur non essendo ancora una realtà in Europa, ci induce a riflettere su alcuni cambiamenti dei fattori di offesa e di difesa nel cosiddetto mondo civilizzato. Gli afroamericani, come

sottolineano le loro stesse valutazioni sociologiche, appartengono grossolanamente ai ceti meno abbienti degli USA e in qualche modo meno preparati a fare attenzione al peso, al fumo, al colesterolo, ma anche a curarsi adeguatamente. Non si può nemmeno escludere che in loro siano ancora poco sviluppate le difese contro quegli insulti che i bianchi subiscono da più generazioni. In conclusione, appare evidente, non solo da quei dati, che l’uomo può cambiare in meglio o in peggio le sue abitudini e con esse anche la sua salute. Peccato che spesso si comporti come quelle mucche americane, avida di un particolare tipo di trifoglio, che morivano dissanguate perché l’erba così appetibile conteneva il coumadin.

Quante misurazioni della pressione per decidere?

Basta un unico valore della pressione per decidere? È possibile stabilire in base a un'unica misurazione se un soggetto è iperteso o se, in un iperteso, vada modificata la terapia? Salvo casi assai rari (una pressione estremamente elevata o estremamente bassa accompagnate da sintomi) la risposta è negativa. Una sola determinazione della pressione non autorizza a prendere decisioni. Con la diffusione dell'automisurazione della pressione il quesito si è ripresentato in una nuova veste e ci si è chiesti quante misurazioni fossero necessarie per poter raggiungere un giudizio sufficientemente affidabile.

J.B. Powers ed altri (*Ann Intern Med* 2011;154:781-88) hanno recentemente preso in esame il

problema in base ai dati dell'Hypertension Intervention Nurse Telemedicine Study.

Furono analizzati oltre centomila valori di pressione sistolica automisurata comunicata via telefono e 7121 valori rilevati direttamente dal medico in ospedale.

Le conclusioni raggiunte da questo studio è che i pazienti non possono essere correttamente classificati sulla base di un'unica misurazione, mentre la media di 5-6 misurazioni consente di stabilire con un 80% di affidabilità il loro valore di pressione. Una tale conclusione viene ritenuta valida sia nei confronti delle automisurazioni sia nei

confronti delle misurazioni effettuate dal medico, anche se il limite di normalità per le prime è a meno di 135 e a meno di 140 per le seconde, con riferimento ai valori della massima.

Il messaggio che ci viene da questo studio non è nuovo, ma vale la pena di ribadirlo: non si dovrebbe mai effettuare un'unica misurazione della pressione arteriosa quando vogliamo conoscerne il valore per assumere una decisione.

V.C.



Vincent

di Bruno Domenichelli

“Per tutto l’anno ho lavorato andando appresso alla natura e tuttavia ancora una volta mi accorgo di lasciarmi andare a fare delle stelle troppo grandi”

Da una lettera di Vincent Van Gogh al fratello.



Vincent Van Gogh.
Notte stellata sul Reno

Ti lamentavi di disegnare nei cieli profondissimi delle tue notti stelle troppo grandi per sembrare vere. Come tutti, guardando il cielo, vedevi elementari punti luminosi sospesi nell’universo. Ma i tuoi occhi di folle conoscenza vi scorgevano esplosioni ordinate di energia che sguardo umano non vede. E dipingevi vortici a dismisura pulsanti di colori e di luci. Inconsapevole, esploravi il cielo con occhi visionari, telescopi dell’intuizione capaci di scoprire in una stella spirali di galassie. Disegnavi stelle troppo grandi - dicevi - e non sapevi che stavi decifrando il disegno dell’universo.



V. Van Gogh. *La notte stellata* (particolare)



Galassia spirale

aforismi

A Dio quel che è di Dio, a Cesare quello che è di Cesare, a patto di essere presenti al momento della spartizione

> **Anonimo**

Alcuni sono convinti di discendere dalle scimmie che sedevano sull'albero della conoscenza del bene e del male.

> **Anonimo**

La fine del cannibalismo va considerata un segno di civiltà o un progresso della culinaria?

> **G. Prezzolini**

Una regola cardinale della politica: non farti mai beccare a letto con un uomo vivo o con una donna morta.

> **J.R. Ewing**

Nessuno ricorda che spesso le colpe dei padri sono la fortuna dei figli.

> **F. Fontanini**

Non sono un fallito, ho solo provato mille metodi per far fortuna che non hanno funzionato.

> **T.A. Edison**

È un analfabeta che pretende di mettere i puntini sulle "i".

> **V. Rosi**

Se prendi un cane affamato e lo ingrassi non ti morderà. È questa la principale differenza fra l'uomo e il cane.

> **Marta Tovan**

Il principale dovere di un principe è quello di fare ciò che il popolo vuole ma il popolo non sa mai quello che vuole.

> **Napoleone**

L'andropausa è come il malocchio: non esiste ma ci credo.

> **F. Fontanini**

Ho dato più volte le dimissioni ma le ho rifiutate.

> **W. Churchill**

Meglio donna che male accompagnata.

> **B. Cucciari**

Se la felicità è dietro l'angolo, la mia vita è un circolo.

> **M. Muraro**

È incredibile quanto è difficile per un governo liberale fare la liberalizzazione, come per un governo socialista fare il socialismo.

> **Staino**

Il mio concetto di persona piacevole è quello di una persona che è sempre d'accordo con me.

> **B. Disraeli**

Ci si compiace di essere bizzarri perché si prende per un marchio di originalità.

> **M. Vassalle**

L'uomo politico è capace di mentire senza conoscere la verità.

> **F. Fontanini**

I critici d'arte sono come i guardiani di un harem: sanno tutto sulla pittura, ma non sono capaci di dipingere.

> **M. Marchesi**

Gli uomini si dividono in due categorie, quelli che prima di sedersi controllano se c'è il rotolo della carta igienica e quelli che si accorgono che non c'è quando ormai è troppo tardi.

> **F. Serafino**

Una conferenza internazionale è una riunione per decidere quando si terrà un'altra riunione.

> **H. Ginsberg**

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*.

5X1❤️❤️❤️

Una scelta che non ti costa nulla il cui valore è immenso

Diffondere nel nostro paese l'educazione alla prevenzione delle malattie di cuore ed istituire innovativi progetti di ricerca per debellare l'infarto è l'impegno che questa Fondazione ha assunto oltre 30 anni fa. Il CLI svolge opera di prevenzione e di educazione sanitaria attraverso due consolidati strumenti: **Cuore e Salute**, rivista bimestrale inviata a medici e persone cardiopatiche e non; il **Congresso Conoscere e Curare il Cuore**, che accoglie ogni anno a Firenze migliaia di cardiologi.

A queste iniziative associa un programma di ricerche sperimentali rivolte all'infarto, che comprende tre filoni: la prevenzione, lo studio delle cause e il miglioramento delle cure.

È solo grazie al prezioso aiuto dei suoi sostenitori che la Fondazione ha potuto raggiungere questi obiettivi e che potrà puntare ad altri ambiziosi traguardi.

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

Beneficiario: *Le associazioni di promozione sociale, delle associazioni e fondazioni*

FIRMA: *Anna R...*

Codice fiscale del beneficiario (eventuale): **97020090581**

Beneficiario: *Finanziamento della ricerca scientifica e della università*

FIRMA: _____

Codice fiscale del beneficiario (eventuale): _____

Beneficiario: *Finanziamento della ricerca sanitaria*

FIRMA: _____

Codice fiscale del beneficiario (eventuale): _____

Beneficiario: *Attività sociali profite del comune di residenza del contribuente*

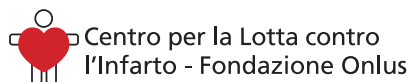
FIRMA: _____

In aggiunta a quanto indicato nell'informativa sul trattamento dei dati, contenuta nel paragrafo 3 delle istruzioni, si precisa che i dati personali del contribuente verranno utilizzati solo dall'Agenzia delle Entrate per attuare la scelta.

AVVERTENZE: Per esprimere la scelta a favore di una delle finalità destinarie della quota del cinque per mille dell'IRPEF, il contribuente deve apporre la propria firma nel riquadro corrispondente. Il contribuente ha inoltre la facoltà di indicare anche il codice fiscale di un soggetto beneficiario. La scelta deve essere fatta esclusivamente per una delle finalità beneficiarie.

Metti la tua firma nel riquadro sopra indicato e indica il codice fiscale del **Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus** n. **97020090581**. Senza versare un Euro in più di tasse, offri un aiuto fondamentale a favore della prevenzione, dell'educazione sanitaria, dell'informazione scientifica e della ricerca cardiovascolare.

**Dai una mano anche in questa occasione.
Insieme potremo fare di più.**



Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Capire per prevenire

www.centrolottainfarto.it

5X1 

**UNA SCELTA CHE FA
BENE AL CUORE.**

**Grazie per il sostegno
che vorrai dare al CLI.**

Basta la tua firma nell'apposito riquadro della dichiarazione dei redditi e il codice fiscale **97020090581** della nostra Fondazione per dare continuità alla prevenzione e alla ricerca scientifica contro le malattie cardiologiche.