

GIOCHIAMO IL

In prima fila all'ACC di Orlando, l'impiego di atorvastatina a dosi piene, prima della PCI, per ridurre gli eventi peri-procedurali.

Nell'ambito dei lavori dell'12 Summit dell'American College of Cardiology 2009 Scientific Sessions, tenutosi lo scorso Marzo ad Orlando in Florida, sono stati presentati 2 nuovi studi italiani che confermano l'efficacia del pretrattamento con statine in pazienti che devono essere sottoposti a procedure di rivascularizzazione miocardica percutanea. Gli interventi di rivascularizzazione coronarica percutanea (PCI) con impianto di stent sono complicati nel 5-40% dei casi da un incremento degli enzimi di miocardiocitolisi (creatin chinasi [CK-MB] e troponina). Questa complicanza, nella maggior parte dei casi, è benigna e decorre in modo asintomatico. Tuttavia, molti studi hanno dimostrato che anche minimi incrementi degli enzimi cardiaci post-PCI si associano ad un maggior rischio di eventi cardiaci maggiori al follow-up. Più in particolare, è stato osservato che valori di CK-MB 3, 5, e 8 volte superiori al limite di normalità (ULN) sono associa-

ti ad un incremento della mortalità a lungo termine, con un rischio relativo rispettivamente di 1.84, 2.2 e 5.91. Attualmente, le linee guida dell'American College of Cardiology e dell'American Heart Association considerano clinicamente rilevante l'incremento dei valori di CK-MB di almeno 3 volte. Diversi fattori sono coinvolti nell'insorgenza dell'infarto miocardico (IMA) peri-procedurale: embolizzazione, spasmo prolungato e dissezione del vaso trattato, perforazione del vaso, occlusione di rami secondari. Più spesso, però, tale danno peri-procedurale è diagnosticato soltanto attraverso il dosaggio degli enzimi di necrosi cellulare eseguito nelle ore successive ad un intervento completato senza l'evidenza di alcuna complicanza. In questi casi, che rappresentano l'assoluta maggioranza (50-75%), il processo fisiopatologico, causa del danno, è dato dalle alterazioni ostruttive (strutturali ed in parte funzionali) del microcircolo provocate dall'em-

bolizzazione di frammenti ateromasi e trombotici, dall'attivazione neuro-ormonale e dal danno da stress infiammatorio ed ossidativo. Attualmente le raccomandazioni per la prevenzione dell'IMA peri-procedurale sono: il pretrattamento con doppia terapia antiaggregante (aspirina e tienopiridina) e la somministrazione di eparina all'inizio della procedura al fine di ottenere un tempo di attivazione della coagulazione (ACT) >300 secondi. L'utilizzo routinario degli inibitori della glicoproteina IIb/IIIa non è raccomandato. Nonostante l'uso di tali strategie, persiste un rischio del 5-40% (a seconda della popolazione trattata) di avere un infarto peri-procedurale.

Le statine, o inibitori dell'idrossimetilglutaril-coenzima A reduttasi (HMG-CoA reduttasi), oltre al ben noto potere ipocolesterolemizzante, possiedono effetti pleiotropici in grado di modificare la risposta infiammatoria, la stabilità di placca, la funzione endoteliale e la trom-

bogenesi. Le statine influenzano la trombosi attraverso attività inibitorie multiple sull'aggregazione piastrinica, sui fattori della coagulazione, reologici e della fibrinolisi. Alcuni studi hanno indicato come la terapia con statine pre-procedura riduca l'incidenza di infarti non-Q del miocardio e migliori l'outcome a lungo termine. Negli studi randomizzati sopra citati, la somministrazione di atorvastatina aveva inizio almeno 3 giorni prima della procedura. Questo intervallo di tempo pone rilevanti problemi clinici nello svolgimento della pratica quotidiana nel laboratorio di emodinamica. Infatti, ogni intervento di rivascularizzazione percu-

tanea con impianto di stent dovrebbe essere posposto di almeno 3 giorni nel caso di assenza di terapia con statine. Mensah e coll. hanno dimostrato, in un modello sperimentale, che atorvastatina (20 µg/kg die), quando somministrata meno di 3 giorni prima della procedura, riduce l'estensione dell'infarto, mentre se somministrata 1-2 settimane prima perde parte del suo effetto cardioprotettivo. Nei casi in trattamento cronico con statine, tuttavia, l'effetto protettivo può essere recuperato attraverso un carico di atorvastatina (40 µg /Kg) 3-4 ore pre-procedura. La differenza nell'effetto cardioprotettivo della somministrazione acuta o cronica

End-point	Atorvastatina (n=338)	Placebo (n=330)	p
CK-MB (% di pazienti con incremento > 3 volte la norma)	9.5	15.8	0.014
Troponina I (% di pazienti con incremento > 3 volte la norma)	26.6	39.1	<0.001

Tabella 1. NAPLES II: End-point primario a 30 giorni.

MAGIC BULLET

(segue da pagina 1)

ri, ictus, embolia sistemica, è risultato pari a 3,4 eventi per 100 anni-paziente nel gruppo assegnato al dispositivo percutaneo, rispetto a 5,0 eventi per 100 anni-paziente nel gruppo di controllo (p<0,05 per la non-inferiorità). Tutti gli ictus erano pari a 3,4 eventi per 100 anni-paziente, rispetto a 3,6 eventi per 100 anni-paziente (p<0,05 per la non-inferiorità) rispettivamente. È stato documentato un caso di ictus emorragico nel gruppo assegnato al dispositivo percutaneo, rispetto a sei casi nel gruppo in warfarin (p<0,05 per la superiorità). Il trial PROTECT AF documenta che l'utilizzo del dispositivo di Watchman per la chiusura dell'auricola sinistra, nei pazienti con fibrillazione atriale non valvolare, può diventare una realtà clinica concreta. Questo dispositivo si è dimostrato non inferiore rispetto al warfarin in termini di morte per cause cardiovascolari, ictus, embolia sistemica. Nel gruppo assegnato al trattamento attivo è stata documentata un'elevata incidenza di versamento pericardico, per cui gli eventi avversi sono risultati inferiori nel gruppo di controllo. **Lo studio ACTIVE-A** è il trial più ampio mai condotto sulla terapia anticoagulante in 1.000 pazienti con fibrillazione atriale che non potevano assumere warfarin, ha dimostrato chiaramente che il trattamento per 3 anni con clopidogrel ha

ridotto l'incidenza di eventi vascolari maggiori, principalmente per un effetto di diminuzione degli ictus. Da notare che il numero di ictus è stato 3 volte superiore a quello di altri trial. Questo effetto si verifica ad un costo accettabile in termini d'incidenza di sanguinamenti maggiori. Complessivamente, clopidogrel produce importanti benefici nella maggioranza dei pazienti ad un rischio accettabile. Lo studio ACTIVE-A ha arruolato 7.554 pazienti con FA e almeno un fattore di rischio per ictus fra i seguenti: età>75 anni, ipertensione, ictus pregresso, attacco ischemico transitorio pregresso, embolia sistemica pregressa, frazione di eiezione del ventricolo sinistro <45%, vasculopatia periferica, età 54-74 anni, diabete mellito, malattia coronarica. L'età media dei pazienti era di 71 anni e il 42% era di sesso femminile. Tutti i pazienti assumevano aspirina 75-100 mg/die e sono stati randomizzati a clopidogrel 75 mg/die (n=3.772) o placebo corrispondente (n=3.782). Il tasso di pazienti che assumeva farmaci antiaritmici nel gruppo in trattamento attivo e nel gruppo in placebo era del 22,5% e 23,5%, rispettivamente. Il 64% dei pazienti presentava una FA permanente. Nella popolazione arruolata, è stata documentata un'elevata incidenza di fattori di rischio cardiovascolare, compresa ipertensione arte-

riosa (85%), pregresso ictus (13%), pregresso infarto miocardico (IM) (14%), scompenso cardiaco (33%). Il follow-up medio era di 3,6 anni. L'associazione di aspirina e clopidogrel è risultata ben tollerata e ha ridotto l'incidenza dell'end-point composito primario, costituito da ictus, IM, embolia sistemica e morte per cause vascolari (6,8% vs. 7,6% per anno, rischio relativo [RR] 0,89, intervallo di confidenza [IC] al 95% 0,81-0,98, p = 0,01). L'incidenza di ictus è risultata inferiore con la terapia di associazione (2,4% vs. 3,3% per anno, RR 0,72, IC al 95% 0,62-0,83, p<0,001); tuttavia, l'incidenza di emorragie maggiori è risultata aumentata (2,0% vs. 1,3% per anno, RR 1,57, IC al 95% 1,29-1,92, p<0,001). La terapia anticoagulante orale con dicumarolici resta il trattamento standard per i pazienti con FA e almeno un fattore di rischio per ictus. Lo studio ACTIVE-A ha documentato che la doppia antiaggregazione con aspirina e clopidogrel non era efficace quanto il warfarin per la prevenzione dell'ictus nei pazienti con FA. Ciononostante, alcuni pazienti con FA non sono candidati ai dicumarolici per un rischio emorragico eccessivo. I risultati dello studio ACTIVE-A dimostrano che la doppia antiaggregazione con aspirina e clopidogrel può ridurre il rischio di ictus in questo importante sottogruppo. Tuttavia, il beneficio di questa strategia di trattamento è in una certa misura attenuato dall'aumento del rischio di emorragie maggiori rilevato con la doppia antiaggregazione.

Per quanto riguarda il campo delle sindromi coronariche acute il **trial OMEGA (Randomized Trial of Omega-3 Fatty Acids on Top of Modern Therapy After Acute Myocardial Infarction)** ha valutato l'aggiunta di acidi grassi omega-3 alla terapia medica standard dell'infarto miocardico acuto dimostrando che l'utilizzo di omega-3 non influenza l'end-point primario di morte cardiaca improvvisa, infarto miocardico, ictus e aritmia e che pertanto, limitatamente alla popolazione indagata, sembra che gli acidi grassi omega-3 non apportino

Riduzione stimata di CHD/Stroke della Polycap nei soggetti con livelli medi di fattori di rischio

		% Riduzione relativa		
		Riduzione dei fattori di rischio	CHD	Stroke
LDL-C (mmol/L)	Stima (Simv. 20)	0.80	27%	8%
DBP (mmHg)	Stima (3, 1/2 dose)	5.7	24%	33%
Funz. piastrinica	Stima (ASA 100 mg)	Simile	32%	16%
Combinazione	Stima	-	62%	48%

Tabella 2.

benefici addizionali ad una corretta terapia medica.

Passando invece alla interventistica cardiovascolare, una delle presentazioni più attese del Congresso era quella relativa al **trial SYNTAX (Synergy between PCI with Taxus and Cardiac Surgery)**, che ha randomizzato 1.800 pazienti con malattia coronarica trivale o malattia del tronco comune a rivascularizzazione mediante intervento di by-pass aortocoronarico (CABG) o PCI con stent medicato. Il ricorso a una nuova rivascularizzazione è risultato significativamente inferiore con il CABG, mentre il rischio di ictus era significativamente superiore con questa procedura, dato di cui i Medici devono tenere conto quando prendono decisioni cliniche riguardo i pazienti con una coronaropatia avanzata. David J. Cohen, Direttore del Cardiovascular Research Center presso il Saint-Luke's Heart Institute dell'Università del Missouri, ha anche presentato i risultati di una nuova analisi economica e di qualità della vita del trial SYNTAX ed ha suggerito che la qualità della vita e l'utilizzo delle risorse economiche possono essere equivalenti per le due procedure per i pazienti con un quadro meno grave e un'anatomia coronarica di complessità ridotta o intermedia all'angiografia. Inoltre, il costo del trattamento iniziale è risultato superiore per il CABG rispetto alla PCI a causa della differente durata della degenza,

delle complicanze e dei costi medici, ma i costi del follow-up erano inferiori di 2.500 dollari per paziente, a causa di una maggiore incidenza di ripetizione della rivascularizzazione e di maggiori costi medici, con una differenza netta di 3.500 dollari.

Robert H. Jones e Daniel Mark della Duke University di Durham hanno presentato i risultati del **trial STICH 2 (Surgical Treatments for Ischemic Heart Failure Hypothesis 2)** che ha valutato l'efficacia del trattamento cardiocirurgico in pazienti con malattia coronarica ostruttiva e scompenso cardiaco congestizio. L'ipotesi di partenza di questo studio era che l'intervento di rivascularizzazione mediante by-pass aortocoronarico (CABG) con ricostruzione chirurgica del ventricolo (surgical ventricular reconstruction - SVR) fosse superiore rispetto al solo intervento di CABG in pazienti con disfunzione della regione antero-apicale del ventricolo sinistro (VS) in termini di rischio di morte e di ricovero ospedaliero e di miglioramento della qualità della vita. Sono stati inclusi 1.000 pazienti con età media di 62 anni ed una frazione di eiezione ventricolare sinistra del 28% tutti con malattia coronarica e disfunzione della regione antero-apicale del ventricolo sinistro. I pazienti sono stati randomizzati a CABG (n=499) o a CABG + SVR (n=501). La terapia farmacologica nel gruppo assegnato al solo CABG e in quello assegnato a CABG + SVR, era la

Studio TIPS: componenti di ogni gruppo di trattamento

Antiaggregante	ASA	100 mg/die
Statina	Simvastatina	20 mg/die
ACE-Inibitore	Ramipril	5 mg/die
Beta-bloccante	Atenololo	50 mg/die
Diuretico	Idroclorotiazide	12.5 mg/die
Polycap	Tutti quelli sopra	

Tabella 1.

CARICO...PRIMA!

del farmaco viene spiegata dagli autori come conseguenza dello stato fosforilativo della chinasi PKB del sistema PKB/Akt. Tale complesso, infatti, nella sua forma fosforilata (indotta dalla somministrazione acuta della statina), incrementa la biodisponibilità di ossido nitrico e adenosina e promuove l'attivazione e la proliferazione di cellule progenitrici endoteliali. La somministrazione cronica di atorvastatina nel topo determina l'up-regolazione di una fosfatasi (PTEN) che invece inibisce il sistema PKB/Akt.

Nello studio NAPLES II (Novel Approaches for Preventing or Limiting Events), i ricercatori della Clinica Mediterranea di Napoli e dell'Ospedale San Raffaele di Milano, coordinati da Carlo Briguori, hanno dimostrato che, in pazienti non in trattamento con statine, il carico con atorvastatina al dosaggio di 80 mg, 24 ore prima della procedura, riduce in modo significativo l'incidenza dell'infarto peri-procedurale. Il NAPLES II si è posto come obiettivo quello di valutare l'efficacia della somministrazione acuta (entro 24 ore dalla procedura) di atorvastatina ad alte dosi

(80 mg) nella prevenzione dell'infarto peri-procedurale.

L'ipotesi dello studio è stata quella di dimostrare una minore incidenza dell'infarto peri-procedurale nel gruppo di pazienti trattati con alte dosi di atorvastatina il giorno precedente la procedura. Tutti i pazienti consecutivi non in terapia con statine ("naive") e ricoverati per una PCI elettiva in vasi coronarici nativi e lesioni de novo sono stati randomizzati in 2 gruppi: 1) Gruppo Atorvastatina: pazienti pre-trattati con atorvastatina; 2) Gruppo Controllo: pazienti non pre-trattati con atorvastatina e quindi senza alcuna terapia con statine. I pazienti randomizzati nel Gruppo Atorvastatina (n = 338) sono stati trattati con atorvastatina alla dose di 80 mg il giorno precedente la procedura, seguita da 20 mg/die nei giorni successivi. I pazienti randomizzati nel Gruppo Controllo (n = 330) non hanno assunto alcuna statina prima della procedura e durante il ricovero. Tutti i pazienti dello studio sono stati comunque dimessi dall'ospedale con atorvastatina 20 mg/die. I valori di CK-MB (concentrazione

della massa) e di troponina I (cTnI) sono stati valutati prima, a 6 ore ed a 12 ore dalla procedura. I livelli superiori di normalità (ULN) di CK-MB erano ≤ 3.5 (range 0.6-3.5) ng/ml. Gli ULN della cTnI erano ≤ 0.10 (range 0.00-0.10) ng/ml. L'infarto peri-procedurale è stato definito come un incremento del CK-MB >3 volte il limite massimo. Lo studio ha dimostrato che l'incidenza dell'infarto peri-procedurale è significativamente minore nei pazienti trattati con atorvastatina (Tabella 1).

Sempre ad Orlando, Germano Di Sciascio dell'Università Campus Bio-Medico di Roma ha presentato i risultati dello studio ARMYDA RECAPTURE (Atorvastatin for Reduction of Myocardial Damage During Angioplasty-Acute Coronary Syndromes) (Tabella 2). In questo studio, i ricercatori hanno testato l'ipotesi che un carico aggiuntivo di atorvastatina in pazienti già in terapia cronica con statine possa avere un effetto cardioprotettivo ulteriore in pazienti sottoposti a PTCA. Sono stati randomizzati 352 pazienti con angina stabile e con sindrome coronarica

acuta senza sopralivellamento del tratto ST. Tutti i pazienti erano in terapia cronica con statine. In un gruppo è stato praticato un carico aggiuntivo di atorvastatina (80 mg, 12 ore prima della procedura, seguita da 40 mg subito prima della procedura).

L'incidenza di eventi cardiaci maggiori (morte, infarto miocardico e rivascolarizzazione del vaso target) è stato significativamente minore nel gruppo con carico aggiuntivo di atorvastatina. Tale beneficio è stato totalmente dovuto ad una minore incidenza di infarto miocardico peri-procedurale. In conclusione, all'ACC 2009 gli studi NAPLES II e ARMYDA RECAPTURE hanno confermato le capacità protettive di atorvastatina somministrata a dosi

piene nella prevenzione del danno peri-procedurale nel paziente sottoposto a procedura di rivascolarizzazione.

Questo aspetto è in grado d'influire positivamente sugli esiti clinici a medio e a lungo termine nel paziente rivascolarizzato e suggerisce che tale prassi, dovrebbe essere presa in considerazione come trattamento di routine in tutti i casi in cui sia prevista una procedura di rivascolarizzazione, indipendentemente da una precedente terapia con statine.

Nicola Maurea

Direttore Dipartimento d'Urgenza e Struttura Complessa di Cardiologia I.N.T. Fondazione Pascale - Napoli

End-point	Atorvastatina (n=177)	Placebo (n=175)	p
Eventi cardiaci maggiori	3.4	9.1	0.045
CK-MB (% di pazienti con incremento > 3 volte la norma)	13	23	0.023
Troponina I (% di pazienti con incremento > 3 volte la norma)	36	47	0.032

Tabella 2. ARMYDA-RECAPTURE: End-point primario a 30 giorni.

seguito: beta-bloccanti (85%, 87%), ACE-inibitori (80%, 82%), digossina (17%, 14%), diuretici (69%, 66%), aspirina (77%, 77%) e statine (79%, 75%). Sono stati utilizzati più condotti arteriosi nei pazienti sottoposti al solo CABG. La SVR ha comportato un aumento della durata della CEC (circolazione extracorporea) di 27 minuti (mediana) rispetto al solo CABG. Nel gruppo assegnato a CABG + SVR è stata rilevata una maggiore riduzione dell'indice di volume tele-sistolico del VS (-19% vs. -6%, $p < 0.001$). Tuttavia, non c'erano differenze significative nell'end-point primario, costituito da morte e ricovero per cause cardiache (58% vs. 59%, $p = 0.90$). Non sono stati rilevati miglioramenti della classificazione NYHA dello scompenso cardiaco, né in quella dell'angina della Canadian Cardiovascular Society, per l'aggiunta dell'intervento di SVR al solo CABG. Anche la qualità della vita, valutata mediante il Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire, il Seattle Angina Questionnaire e il Center for Epidemiological Studies Depression Scale, non è risultata significativamente differente fra i gruppi. Nella coorte statunitense, i costi sono risultati superiori con il CABG + SVR rispetto al solo CABG (70.717 vs. 56.122 dollari, $p = 0.004$). Il trial STICH è il primo studio multicentrico randomizzato circa la procedura di CABG + SVR nei pazienti con malattia coronarica. Sebbene sia stato dimostrato che l'intervento di SVR comporta una riduzione del volume telesistolico del VS di entità superiore rispetto al solo CABG, questo risultato non si è tradotto in un miglioramento della mortalità e della morbilità cardiovascolari in questo studio. In base a tali risultati, non può essere raccomandata, al momento attuale, una SVR di routine in aggiunta al CABG.

Giuseppe Rosano

Centro di Ricerca Clinica e Sperimentale Dip. di Scienze Internistiche IRCCS San Raffaele, Roma



(segue da pagina 1)

RICOSTRUIAMO IL CUORE DELL'AQUILA

scuole solo pochi giorni prima la tragica, faticosa scossa, a causa di precedenti movimenti tellurici più modesti, ma comunque molto evidenti, e, inoltre, come più o meno nello stesso periodo il sottoscritto stesse conversando con il Direttore del conservatorio aquilano quando lo sentii ricevere una telefonata molto allarmata sul cellulare ed ordinare l'evacuazione immediata del conservatorio medesimo, anche in questo caso in ragione di una scossa più forte delle precedenti. Soprattutto, tuttavia, pur ribadendo l'imprevedibilità del sisma, che pure ha cercato in tutti i modi di annunciarsi e non avendo io alcuna possibilità né voglia di colpevolizzare alcuno, ritengo che non sia arbitrario asserire come doveroso sarebbe stato, da parte delle istituzioni, vigilare sullo stato delle costruzioni pubbliche e private. Non sta al sottoscritto, infatti, accertare la liceità o meno nella modalità di edificazione sul territorio aquilano. Pur tuttavia, mi sia consentito osservare quanto sia ben strano che interi edifici, non certo gli antichi e splendidi Palazzo Carli, ove aveva sede il Rettorato, oppure Palazzo Camponeschi, ove aveva sede la Facoltà di Lettere, bensì moderne costruzioni si sbriciolino nel corso di una scossa non certo di stampo "giapponese". In detto contesto, purtroppo per la sanità aquilana, si inserisce il drammatico crollo del moderno ed eccellente ospedale San Salvatore, onore e vanto della città dall'anno 2000, anno della sua inaugurazione, avvenuta però, secondo uno stile tipicamen-

te italiano, dopo un trentennio dal suo inizio, tra rinvii e costruzioni prima di un pezzo, poi dell'altro ed, infine, di tutta o quasi la struttura nosocomiale. In seguito a questo crollo, peraltro strutturalmente assai meno drammatico, a mio sommo e personalissimo giudizio, di come venga dipinto sui giornali (il "palazzo d'inverno" è perfettamente in piedi e nessuno si è nemmeno sbucciato un ginocchio al suo interno nel corso del terremoto o nelle ore successive), la città dell'Aquila ed il suo circondario si trovano drammaticamente senza alcuna assistenza, almeno di quella svolta sino ad allora nelle mura ritenute accoglienti dell'ospedale di tutti noi.

In seguito a quanto sopra vi ho esposto, ciò che è stato immediatamente fatto da noi Medici aquilani, universitari ed ospedalieri, insieme al personale paramedico e grazie all'insostituibile prezioso aiuto della protezione civile, è stato smistare immediatamente i degenti presso altre sedi e, successivamente, allestire un vero e proprio ospedale da campo, ove è possibile ogni giorno essere dializzati, fare analisi cliniche, effettuare un esame ultrasonografico delle carotidi oppure, come nel mio caso, richiedere una visita ambulatoriale perché affetti, ad esempio, da ipertensione arteriosa. Tolti i colleghi gravemente colpiti negli affetti dal terremoto, cui va il pensiero amorevole di chi scrive e di tutti noi, oppure di chi è stato costretto per motivi familiari o di assenza di un tetto ove dormire in L'Aquila, ad emigrare tanto dolo-

rosamente quanto, mi auguro, temporaneamente, tutti noi Medici non abbiamo mai smesso di presenziare l'Ospedale e di richiedere a gran voce, tranne alcune eccezioni, alle autorità regionali competenti, di non essere trasferiti in altre sedi oppure di andarci a lavorare ex novo, bensì di lavorare per il rapido ripristino dell'"ospedale degli aquilani".

Mi auguro, pertanto, che con l'aiuto delle autorità competenti che, ritengo doveroso ribadire, non è mai mancato fin dal primo istante, soprattutto nella figura dell'Assessore alla Sanità, Dr. Venturoni, che sarà utile ricordarlo ai lettori è un ottimo medico prima che un buon politico, di qui a breve sarà possibile per noi Medici, senza alcuna distinzione tra universitari ed i miei grandi e stimabilissimi amici ospedalieri, e per i cittadini aquilani iniziare nuovamente ad "abitare" l'ospedale San Salvatore, chiedendo in modo un po' teatrale, ma efficace, alla sua riapertura (come fece un celebre perseguitato del secondo millennio) "dove eravamo rimasti?". In questo contesto, lungi da me l'idea di piangermi addosso: non è mio costume e non sarebbe in linea con la forza ed il decoro immensi dimostrati dagli abruzzesi in questo tragico frangente. Tuttavia, mi sia consentito ricordare come terremoto equivalga a perdere istantaneamente "tutto". Nel caso della Divisione che avevo l'onore di dirigere, il virgolettato "tutto" equivale a tutte le attrezzature per l'assistenza e la ricerca che, negli anni, avevo faticosa-

mente messo insieme per costruire un centro di eccellenza: quello per l'ipertensione Arteriosa e la Prevenzione Cardiovascolare. Per questo, debbo un grazie agli amici di CardioLink, che hanno già sostenuto il mio modesto operato con attrezzature di emergenza e persino, essendo il terremoto intervenuto durante il periodo pasquale, provvedendo a rifornirmi di una grande quantità di uova di Pasqua da donare ai bambini sfollati.

Spero, tuttavia, di dovergli a breve un secondo grazie, auspicando che attraverso la loro bella rivista e le loro iniziative questi stessi amici riescano a darci una mano raccogliendo fondi con il progetto "RICOSTRUIAMO IL CUORE DELL'AQUILA", mirata alla ricostruzione delle attrezzature che erano a disposizione della popolazione aquilana che si rivolgeva al "mio" centro - so che non ne ho la proprietà, ma vi prego di consentirmi egualmente l'uso di questo affettuoso segno di possesso - e della ricerca scientifica che tanto mi appassiona da sempre.

In ciò, mi auguro che alcuno voglia anche solo pensare che questo signifiichi profittare di un evento così tragico. Non lo farei mai e nulla chiedo se non di poter ricominciare a fare ciò che, credo, con qualche modesta sapienza ho fatto per decenni.

Claudio Ferri

Divisione di Medicina Interna Universitaria 1 Ospedale San Salvatore L'Aquila