

***UNIVERSITA' DELLE TRE ETA' - OSTUNI***

**UNITRE**

***Dott. ELIO SPENNATI***

**CARDIOLOGIA**

**IERI - OGGI - DOMANI**

**30 GENNAIO 2009**

Con la terapia genetica delle cardiopatie, con la scoperta di tutto il genoma si riescono ad isolare quei geni che sono responsabili delle malattie, ma nello stesso tempo si riescono anche ad iniettare dei geni che poi, potrebbero determinare la guarigione della malattia stessa. Ma siamo ancora in una fase veramente iniziale.

Così come siamo in fase iniziale per i cuori transgenici, che sono cuori praticamente sottoposti a manipolazione genetica, perché il problema più grosso dei cuori transgenici è quello del rigetto. Si è visto, per esempio, che il cuore di maiale, quello che più si avvicina al cuore umano; però, una volta inserito nell'organismo umano, questo lo riconosce come estraneo, quindi, produce anticorpi e lo distrugge.

Allora, questi cuori transgenici dovranno essere trattati preventivamente con sistemi particolari di ingegneria genetica, in modo tale da renderli quanto più è possibile simili ai cuori umani, in modo che una volta trapiantati, possono ridurre l'eventualità di rigetto.

Per quanto riguarda i cuori artificiali, siamo ad un ottimo punto. Però dovete ricordare e dobbiamo ricordare che un organo come il cuore o come il corpo umano, purtroppo, non si può mai costruire. Immaginate, che noi nell'arco di ventiquattro ore, per quanto riguarda il tessuto epiteliale ed intestinale, il tessuto cutaneo, noi perdiamo almeno mezzo chilo di cellule che si riproducono e si rigenerano. Lo stesso cuore, nell'arco di ventiquattro ore, si riproduce e si rigenera di molte cellule perché un organo durante il corso della sua vita deve sempre autorigenerarsi, perché altrimenti si guasterebbe.

Immaginate, invece, il cuore meccanico che può essere fatto di plastica o qualcosa del genere. A parte il fatto che per essere così duri, determinano anche rottura dei globuli rossi, e quindi complicanze legate al movimento vorticoso che si determina in queste macchine che sono delle piccole turbine.

Quindi, il sangue girando vorticosamente in queste turbine rompe i globuli rossi, per cui questi cuori, se da un lato servono, però procurano delle grosse complicanze tipo l'emolisi, etc, etc.

Quindi, questi cuori possono essere soltanto utilizzati come ponti per effettuare il trapianto cardiaco: possono durare 1-2-3-4 mesi. E poi immaginate anche la grossa difficoltà a cui va incontro un soggetto sottoposto a questo impianto: deve avere questo tubicino esterno collegato con un accumulatore. Quindi, un tubicino esterno con questo dispositivo che è stato impiantato nel cuore, poi fuoriesce dal torace questo tubo attaccato alle batterie; le batterie devono essere ricaricate. Insomma non è una vita normale, o accettabile. Per cui, questi cuori servono soltanto agli interventi – ponte del trapianto.

Ma, dopo tutto quello che ho detto, ritengo opportuna un'altra considerazione alla quale ha accennato anche il professore Massari: se dessimo molta più importanza alla prevenzione (nel senso che se noi potessimo ridurre, per quanto è possibile, quelli che sono i fattori di rischio coronarico, partendo dall'obesità, dal fumo di sigarette, dall'ipertensione, dal diabete, conducendo una vita igienicamente sana, evitando gli stress, evitando lo smog) a tutte queste malattie si potrebbe anche non arrivare.

E qui io mi sono posto una domanda: “ma tutto quello che abbiamo detto serve per dare più anni alla vita, o più vita agli anni?” Io direi che con tutti questi sistemi che abbiamo sviluppato e che abbiamo descritto, potremmo in effetti dare più anni alla vita, perché ormai la vita media si è allungata: 83-84 anni per le donne e 78-79 per gli uomini.

Ma credo che bisogna dare anche più vita agli anni perché con piccoli accorgimenti, con poche terapie, con interventi di bypass e di angioplastica si superano le malattie e si può andare avanti tranquilli.

Io concluderei così, sperando di essere stato abbastanza chiaro, e di essere stato anche gradito da parte vostra.

Chiudo con la bella diapositiva di un affresco di Diego Rivera, un grosso pittore del secolo scorso, che nell'Istituto di cardiologia del Messico ha dipinto questo affresco in cui viene dimostrata e viene descritta tutta quella che è stata la cardiologia nel mondo.

**Dott. FRANCESCO SGURA**

Mi vorrei congratulare con te per la bella relazione che ci ha fatto. Con te ci conosciamo da tantissimi anni, da circa trent'anni; poi abbiamo vissuto insieme dal primo giorno che siamo entrati in ospedale e siamo stati insieme a lavorare all'esterno. Quindi, ci conosciamo abbastanza bene.

Quindi, sono proprio veramente entusiasta di ciò che ci hai detto e ci hai raccontato.

Io vorrei anche aggiungere qualcosa: bisogna, secondo me, creare un piccolo comparto tra la vecchia cardiologia, soprattutto dal punto di vista interventistico, e quella attuale.

Credo che tutti sappiamo che la cardiologia moderna ha sottratto alla cardiochirurgia gran parte del lavoro e attualmente diventa facile attraverso altre vie che tu pratici arrivare nel cuore e per sistemare gli stimolatori. E questo è un grande successo.

Come abbiamo curato gli infarti dagli anni cinquanta fino agli anni ottanta, è stato un disastro, perché, in realtà, non facevamo niente.

Ora, quello che si nota è la mancanza di un centro di terapia intensiva presso il reparto di coronografia.

Le persone colpite da infarto, dopo mezz'ora tornano a casa; lo stesso dicasi per le valvole.

Tu sai quanta gente si è lamentata dopo che l'abbiamo inviata alla cardiochirurgia.

Sbagliano a mettere il reparto di cardiochirurgia che non serve più; serve invece un centro di emodinamica, specialmente per le persone avanti negli anni come me, a chi ti rivolgi qua? Cosa fai?.

Grazie per questa bella relazione, ed ancora tanti auguri all'amico fraterno Elio Spennati.

### **DOTT. ELIO SPENNATI**

Il piano regionale ad Ostuni è stato approvato, però ci sono sempre queste carenze. Ad Ostuni potrebbe essere costruita un'ala da adibire a unità coronarica. Unità coronarica che, certo, è meglio che niente rispetto al nulla, però dicevo che oggi come oggi le nuove tecniche di approccio a questi malati particolari, avere un'unità coronarica senza l'emodinamica non ha senso.

Non costa manco molto, perché i soldi che si spendono per una sala di emodinamica non sono tanti, ci sono le professionalità che possono utilizzare senz'altro questo tipo di strumenti, quindi è solo volontà politica.

E la volontà politica fa i conti con i soldi, con gli sprechi, e forse non è neanche il caso di parlarne.

Stanno per acquistare, ad Ostuni, l'amplificatore defibrillante, che serve per fare questi piccoli interventi di elettrostimolazione; quelli che ci sono ormai sono vecchi di dieci, quindici anni.

Bene, ho parlato con un amico di una clinica privata, e mi ha detto che in quindici giorni a loro arriva l'apparecchio.

Qua, ad Ostuni, stiamo combattendo da ottobre scorso, ed ancora non può arrivare un cavo per farci lavorare un po' più decentemente.

Quindi, si lavora così, perché si ha voglia di lavorare e si ha la buona volontà di farlo, però se devo dire che si lavora in condizioni ideali, no. Credo, però, che questo non è solo in Ostuni, perché queste situazioni sono diffuse un po' anche altrove.

Nel Piano Sanitario Regionale è prevista anche la terapia intensiva per Ostuni, perché Ostuni dovrebbe essere un ospedale di secondo livello. A dicembre scorso abbiamo fatto una riunione sul Comune con il direttore generale, dottor Rollo, che ci ha detto che ci sono i finanziamenti, e i soldi

sono già arrivati Però è passato dicembre, è passato gennaio ed ancora non si vede niente.

I soldi li devono spendere i nostri amministratori: ormai non si può più andare avanti con il volontariato il volontariato è una bellissima cosa, però ormai con la scusa del volontariato, i nostri amministratori non mettono più soldi.

### **INTERVENTO**

Io vorrei sapere se la tac tridimensionale, di cui hai parlato poco fa, potrà essere, nell'immediato futuro, sostitutiva - come responsi altamente attendibili dello stato delle coronarie - della coronografia, che, invece, è un esame altamente invasivo.

### **DOTT. ELIO SPENNATI**

Bellissima domanda. Prima di tutto, però, volevo dirti che altamente invasivo non lo è più. Se fino a trent'anni fa ci poteva essere un rischio dello 0,5 – 1 per cento di complicanze, ma complicanze del tipo di un ematoma nella parte in cui è inserito il catetere.

Certo, può succedere, non è che è una puntura, però il rischio è notevolmente ridotto. Adesso, addirittura non si fa più dall'inguine, ma si fa dalla radiale, se ci sono le condizioni, logicamente, per farlo, perché ognuno cerca sempre di partire dalla radiale, perché è molto più semplice; se poi non si riesce, si parte dalla femorale. Però, i rischi sono ormai non dico zero, ma quasi. Ne fanno tantissime i nostri amici radiologi, in alcune strutture ne fanno venti, trenta al giorno.

Per quanto riguarda, invece, la coronotac, che si sta sviluppando negli ultimi anni, credo che ancora deve fare passi in avanti; deve preparare dei programmi e dei software sul computer per rendere ancora di più e per aumentare il potere di risoluzione di queste metodiche. Quindi l'indagine ha

un suo futuro, non lo metto in dubbio, però al momento si creano, purtroppo, molti falsi positivi. (noi abbiamo anche esperienza di qualche caso per cui si è stati poi costretti a fare anche la coronografia).

Ha un futuro, questo non lo discuto, perché è semplice andare in ospedale, andare in una struttura di questo genere, fare una piccola iniezione al braccio, e fare la coronografia, la cosiddetta “coro – tac”.

Però, m'ancora, non c'è una buona risoluzione, per cui bisogna aspettare ancora un po', anche se i tempi sono ormai maturi.

### **INTERVENTO**

Hai fatto bene a mettere un manto di carità sulla politica. Quando noi abbiamo portato l'ospedale dal vecchio al nuovo, c'era bisogno di tanto materiale. Non se ne fece nulla, però nello stesso tempo l'ospedale venne riempito di tante persone che, poi, non avevano niente da fare, ma che però venivano pagate regolarmente, perché i politici avevano voluto così.

Il cancro della politica è quello che ha messo il freno all'ospedale di Ostuni, ma credo anche un po' in tutti gli ospedali.

Quando abbiamo cercato di allargare l'esperienza ospedaliera, tentando di acquistare l'Opera “Solari” - e parlo degli anni sessanta - ebbene si andò a Roma, e a Roma dissero che volevano cinquecento milioni allora. Però c'erano anche delle interferenze politiche, per cui Ostuni non poteva allargarsi in quell'epoca.

Le cose sono peggiorate, per cui adesso il manto della carità fa bene, ma ricordiamoci che la politica è quella che spesso, forse molto spesso, taglia le gambe anche alle idee migliori ed alle persone che più potrebbero fare. Grazie.

**PROF. SANDRO MASSARI**

Io ringrazio il Relatore, perché è stato abbastanza completo, esauriente, chiaro; perché è difficile portare alla conoscenza generale problemi ed esperienze di carattere scientifico.

Nel corso del dibattito è venuto fuori un altro argomento, diverso da quello programmato, ma che meriterebbe indubbiamente un altro incontro, in cui, come altre volte abbiamo fatto, chiameremo il Responsabile dell'organizzazione della Sanità della nostra terra, della nostra Provincia, perché questi problemi della organizzazione ospedaliera ed extraospedaliera sono problemi che non bisogna guardare dal proprio campanile, ma bisogna guardarli invece nel complesso del territorio.

L'essenziale, però, è che il territorio sia fornito di alcuni strumenti, di alcuni reparti ben distribuiti che soddisfino le esigenze di tutto il territorio.

Quindi, vedremo di chiamare il Responsabile di questo per discutere con lui di questo argomento che è anche tanto importante.