

Cuore e Salute

N. 1-2 gennaio-febbraio 2018

Per leggere
Cuore e Salute online
collegati a
www.cuoresalute.com

Libertà in prigione

Una pubblicazione del:  Centro per la Lotta contro
l'Infarto



Il Congresso Conoscere e Curare il Cuore 2017



Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Presidente
Francesco Prati

Presidente onorario
Mario Motolese

Il Centro per la Lotta contro l'Infarto (CLI), fondato dal Prof. Pier Luigi Prati, nasce nel 1982 come Associazione senza fini di lucro e si trasforma in Fondazione Onlus nel 1999. Riunisce intorno a sé popolazione e medici ed è sostenuto economicamente dalle quote degli iscritti e dai contributi di privati, aziende ed enti, grazie ai quali cura la diffusione nel nostro paese dell'educazione sanitaria, della cultura medica e della ricerca scientifica con l'obiettivo di migliorare la prevenzione delle malattie cardiovascolari, in particolare l'infarto miocardico, principale causa di morte nei paesi occidentali.

EDUCAZIONE SANITARIA

Il CLI promuove l'educazione sanitaria attraverso:

- **"Cuore e Salute"**, rivista bimestrale di cardiologia divulgativa, nata nel 1983 e ora anche online, destinata a medici e pazienti. La rivista stimola l'adozione di un corretto stile di vita, la correzione dei fattori di rischio e dei principali errori di alimentazione, incoraggia l'attività fisica e insegna a riconoscere precocemente i sintomi che possono far sospettare una patologia cardiocircolatoria. **"Cuore e Salute"** aggiorna inoltre i medici sulle principali novità scientifiche. Gli articoli pubblicati sono tutti scritti da specialisti di riconosciuta professionalità.
- Il sito web www.centrolottainfarto.it che, oltre a dare in tempo reale uno spaccato aggiornato di tutte le attività del CLI, invia gratuitamente "Newsletter" mensili a chiunque ne faccia richiesta.
- Manifestazioni come **"Cuorevivo"**, mostra itinerante sul cuore e sulle sue malattie, destinata al pubblico ed in particolare alle scolaresche, allestita in tredici città italiane o la campagna di informazione, sensibilizzazione ed educazione alla prevenzione dell'infarto e delle malattie cardiovascolari, promossa dal CLI con il patrocinio ed il sostegno della Provincia di Roma, rivolta a 353 scuole medie superiori e a 383 centri anziani di Roma e Provincia, con distribuzione di materiale ed incontri di approfondimento.

CULTURA MEDICA

Il CLI organizza il congresso **"Conoscere e Curare il Cuore"** destinato ai medici, in particolare specialisti, che si svolge annualmente a Firenze e che è giunto alla XXXV edizione. Il congresso rappresenta ormai da molti anni uno dei principali eventi cardiologici nazionali.

RICERCA SCIENTIFICA

Il CLI ha avviato un innovativo programma di ricerche sperimentali rivolte a prevenire ed individuare le cause e i meccanismi dell'infarto. Il programma, che comprende tre filoni: la prevenzione, il riconoscimento delle cause ed il miglioramento delle cure, prevede l'applicazione di strumentazioni d'avanguardia tra cui la Tomografia a Coerenza Ottica (OCT) e l'impiego di markers bioematici. Attualmente è in corso lo studio CLIMA sull'impiego dell'OCT finalizzato all'individuazione delle lesioni coronariche responsabili dell'infarto. Il CLI ha inoltre attivato un accordo di collaborazione con istituti universitari per sostenere stage di perfezionamento nell'ambito delle scuole di specializzazione in cardiologia, rivolti alla ricerca clinica ed alla cura dell'infarto.

Il CLI ha infine condotto indagini epidemiologiche e studi di prevenzione della cardiopatia ischemica in Italia. In particolare ha partecipato, con il "Gruppo di Ricerca per la Stima del Rischio Cardiovascolare in Italia", alla messa a punto della Carta del Rischio Cardiovascolare e della carta Riskard HDL 2007 e dei relativi software che permettono di ottenere rapidamente una stima del rischio cardiovascolare individuale.

S O M M A R I O

N. 1-2/2018

- 4 • **Libertà in prigione** Paola Giovetti
- 7 • **...E la Dea fortuna baciò Barnard** Eligio Piccolo

- 10 • **La Palla di Tiche Fleming: più fortuna o più merito?** Filippo Stazi



- 14 • **Pillole di romanesca saggezza [F.S.]**
- 15 • **Sopravvivere senz'acqua** Salvatore Milito
- 19 • **Qualche secondo di buon umore**



- 20 • **Medicina e Società L'infarto come l'appendicite?** Eligio Piccolo

- 23 • **Ossigeno per il cuore [E.P.]**

- 24 • **La triplice dimensione del cuore** Giovanni Missagia

- 29 • **Valentina Diouf, campionessa di pallavolo. Potenza e tenerezza.** Alberto Dolara

- 32 • **Quadri e Salute** Filippo Stazi



- 34 • **Quaderno a Quadretti Un antesignano delle staminali. Il dottor Niehans e la terapia cellulare** Franco Fontanini

- 38 • **Soltanto semantica? [A.P. Potena]**

www.centrolottainfarto.it - www.cuoreesalute.com - cuoreesalute@centrolottainfarto.it

Direttore Responsabile
Filippo Stazi

Vice Direttori
Eligio Piccolo
Francesco Prati

Coordinamento Editoriale
Marina Andreani

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

Editore
Centro per la Lotta contro l'Infarto - Srl
Via Pontremoli, 26 - Roma

Ufficio abbonamenti e pubblicità
Maria Teresa Bianchi

Progetto grafico e impaginazione
Valentina Girola

Realizzazione impianti e stampa
Arti grafiche di Cossidente S. e V.
Snc (Roma)

Anno XXXVI
n. 1-2 Gennaio-Febrero 2018
Poste Italiane SpA - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art 1, comma 1, Aut.C/RM/07//2013
Pubblicazione registrata al Tribunale di Roma il 3 giugno 1983 n. 199
Associata Unione Stampa Periodica Italiana



Abbonamento annuale
Italia e 25,00 - Estero e 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
Via Pontremoli, 26 - 00182 Roma
Tel. 06.3230178 - 06.3218205
Fax 06.3221068
c/c postale n. 64284003



- 39 • **Ecologia della mente**
La sindrome di dipendenza da smartphone

Bruno Domenichelli

- 44 • **La vignetta di Cip**

Giovanni Ciprotti

- 45 • **Lettere a Cuore e Salute**

- Smart Watch e battiti cardiaci, Vito Cagli

- Marijuana e cuore 2.0, Filippo Stazi

- 47 • **Aneddoti Romani [F.S.]**

- 48 • **Il buco nel cuore che minaccia il cervello** Eligio Piccolo

- 51 • **Il vaccino antiinfluenzale e l'infarto** Filippo Stazi

- 54 • **Vetrina delle perle**

Parole che aiutano a vivere Bruno Domenichelli

- 56 • **Conoscere e Curare il Cuore 2018**

- 60 • **Aspirina per tutta la vita? [Elegio Piccolo]**

- 61 • **Il cuore in cucina**

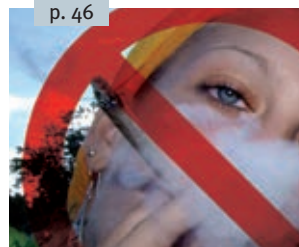
Ciambellone vegano al cacao Lucilla Scuto

- 62 • **Aforismi**

p. 39



p. 46



p. 51



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.



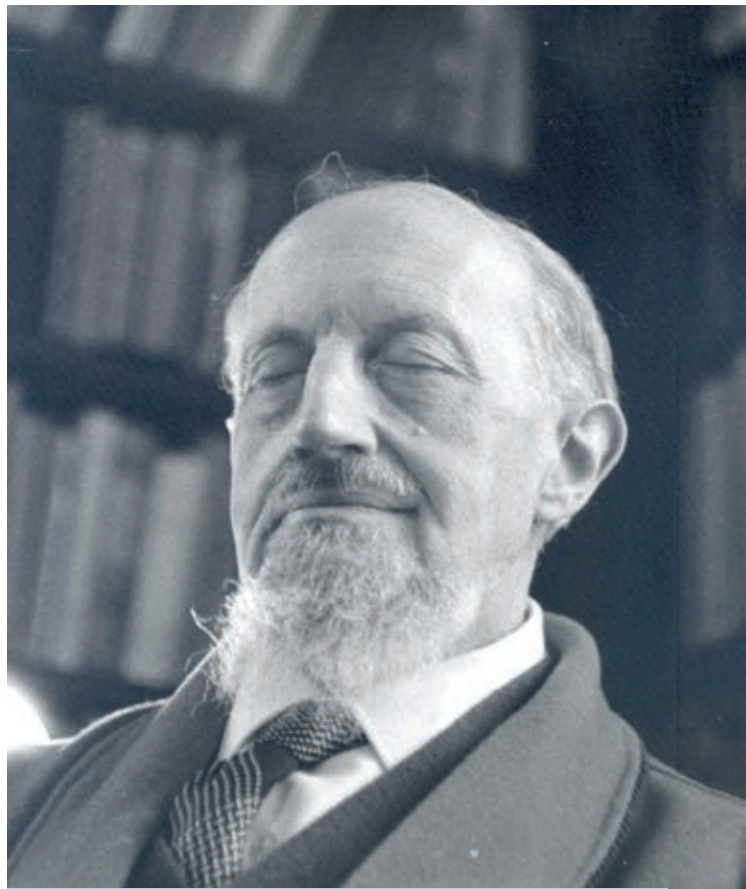
di Paola Giovetti

Libertà in prigione

Libertà in prigione è il titolo di un testo che Roberto Assagioli (1888-1974), psichiatra, ebreo, creatore della psicosintesi, un metodo psicoterapeutico che si propone la formazione e la strutturazione globale dell'uomo e lo sviluppo armonico della personalità, scrisse nel 1940 dopo aver trascorso un mese in carcere a Regina Coeli con l'accusa di "pacifismo". Era agosto e la cella era afosissima. Saggio, ricco di humor, tollerante, Assagioli scrisse il testo per esigenza interiore: un abbozzo che non fu mai pubblicato e che è stato trovato tra le sue carte nell'archivio di Firenze, la città dove dopo la guerra si era stabilito e dove visse per tutto il resto della sua vita. Pagine dense di significato, che possono adattarsi ad ogni circostanza della vita.

Subito all'inizio Assagioli spiega quale sia il suo concetto di pace:

"Ognuno ha un ideale di pace. Come psicologo, io non credo che la pace possa essere assicurata semplicemente con mezzi politici e legali, come trattati, patti ecc. E ancora meno da un'opposizione sistematica e violenta alla guerra, da un "fare la guerra alla guerra".



Roberto Assagioli

Di conseguenza non sono mai stato un “pacifista” nel comune significato di questo termine. Sono profondamente convinto che la pace è fondamentalmente un problema psicologico. Credo che nell’uomo ci sia un istinto profondamente radicato alla pace. Io credo che solo educando in primo luogo un’*élite* di uomini e donne a risolvere ognuno il problema in se stesso e nell’ambiente circostante, divenendo esempi viventi di *pace* realizzata in noi stessi, nelle nostre famiglie, nel nostro lavoro, dimostrando la possibilità di rapporti giusti e armoniosi... È un percorso lento, ma a mio avviso l’unico sicuro...”

Fatta questa premessa, Assagioli passa a trattare l’aspetto autobiografico, quello che gli sta più a cuore e che intitolò appunto *Libertà in prigione*.

“Mi resi conto che ero libero di assumere un’attitudine o l’altra nei confronti della situazione, di darle un valore o un altro, di utilizzarla o meno in un senso o nell’altro.

Potevo ribellarmi oppure sottomettermi passivamente, vegetando, oppure potevo indulgere nel piacere dell’autocommiserazione, e assumere il ruolo di martire; oppure potevo prendere la situazione in maniera

sportiva, e con senso dell’umor, considerandola come una nuova e interessante esperienza (*Erlebnis*, in tedesco esperienza di vita). Potevo farne una cura di riposo, o un periodo di pensiero intenso o su questioni personali riflettendo sulla mia vita passata o su problemi scientifici o filosofici; oppure potevo approfittare della situazione per sottopormi a un training delle facoltà psicologiche e fare esperimenti psicologici su me stesso; o infine come un ritiro spirituale.

Compresi che dipendeva solo da me capire che ero *libero* di scegliere una o più di queste attività e atteggiamenti, che questa scelta avrebbe avuto effetti precisi e inevitabili che potevo prevedere e dei quali ero pienamente *responsabile*. Nella mia mente non c’era dubbio alcuno circa questa libertà *essenziale* e potere, nonché dei privilegi che mi si offrivano e della mia responsabilità verso me stesso, gli amici e verso la vita”.

Assagioli spiega poi che cosa significhi autenticamente il termine accettazione e ne considera l’aspetto “positivo e virile”.



Scrivo a questo proposito:

“Non una rassegnazione passiva, triste, ma un’accettazione serena, positiva di una condizione inevitabile, un’eliminazione di tutte le reazioni e ribellioni ed emozioni inutili. Una ricerca attiva del modo migliore di utilizzare al massimo le opportunità offerte dalla nuova situazione.

Non fu difficile per me per varie ragioni.

1. Da molto tempo ero convinto della stupidità della ribellione contro ciò che non può essere cambiato. Se diamo un calcio a un muro, è il nostro piede che soffre! Sapevo bene che lo studio degli effetti degli stati psicologici sul corpo ha dimostrato che le emozioni violente come paura e rabbia producono veri veleni nel corpo, bloccano la digestione avvelenando il mio sistema nervoso e *straining* (strapazzando) il mio fegato.
2. Come psicologo, la vita in prigione mi offriva un’occasione interessantissima, unica, per nuove osservazioni ed esperimenti insoliti. È un grande privilegio, quello dello psicologo,

di non aver bisogno di alcun supporto materiale per portare avanti le sue ricerche. Il pittore ha bisogno di tele, pennelli e colori, lo scultore di scalpello, marmo o creta. Il chimico e il biologo hanno bisogno di laboratori con strumenti sensibili e sostanze chimiche di ogni tipo. Anche lo psicologo per certe ricerche ha bisogno di strumenti, ma per quelle più importanti e di valore non ha bisogno di alcun materiale. Il suo sé, il suo corpo, l’ambiente circostante, il prossimo, l’universo nella sua varietà, rapporti e interazioni gli forniscono il campo continuo di osservazioni e azioni...”

E ancora sull’accettazione:

“Accettare spiritualmente non è subire passivamente. L’accettazione spirituale è qualcosa di *positivo*, di *dinamico*. È il non agire emotivamente, il non “respingere” alcuna esperienza, ma trarre da essa la sua lezione, il suo dono...”

Un testo che dovrebbe esser letto e meditato da tutti e che può trovare applicazione in qualunque difficile momento della nostra esistenza.





di Eligio Piccolo

Nel cinquantesimo anniversario del primo trapianto di cuore.

... E la Dea Fortuna baciò Barnard

“Biondo era e bello e di gentile aspetto”, verrebbe da dire per come appariva su tutti i giornali e i magazine la mattina del 4 dicembre 1967, mezzo secolo fa, il cardiocirurgo sudafricano Christiaan Barnard. Annunciava al mondo intero, con un sorriso alla Tyron Power, il primo trapianto di cuore, eseguito con successo il giorno avanti sul 55enne Louis Washkansky, e precisava che il cuore nuovo era quello del giovane Denise Darvall,

che aveva perso il cervello in un incidente d'auto. Non era la prima volta che un chirurgo tentava di sostituire un organo malato con uno sano. Nel '905 lo si era attuato con la cornea, una porzione molto piccola dell'occhio, poi nel '920 lo si tentò con i testicoli nel vano tentativo di prolungare la virilità; nel '954 fu la volta del rene, nel '963 dei polmoni, nel '966 del pancreas e nel '967 del fegato. Sempre tuttavia con molti problemi di tecnica e di riuscita, e quando finalmente si pensò al cuore le



difficoltà apparvero insormontabili, una specie di tabù. L'organo infatti era considerato intoccabile, e lo divenne un po' meno solo quando negli anni '50 il chirurgo di Boston Alfred Blalock, sorretto dalle convinzioni cliniche della pediatra Helen Taussig, mise mano con successo sui grandi vasi vicino al cuore nei bambini con il "morbo blu".

L'entusiasmo che generò la notizia del primo trapianto cardiaco durò solo pochi giorni, esattamente 18, poiché il Washkansky non superò la polmonite di entrambi i polmoni. Barnard tuttavia non si perse d'animo e il mese seguente ritentò l'operazione sul dentista 58enne Philip Blaiberg, che ricevette il cuore del 24enne Clive Haupt, appena deceduto per emorragia cerebrale. Il nuovo decorso fu piuttosto burrascoso a causa delle reazioni da rigetto, ma il paziente questa volta sopravvisse più di un anno e mezzo. Il grande ostacolo però, quello impietoso del rigetto, una specie di rifiuto immunitario del nostro corpo ad accoglierne uno estraneo, si era manifestato nel cuore nuovo con tutta la sua potenza. Non era peraltro una novità perché già in precedenza Norman Shumway, chirurgo della Stanford University, lo aveva osservato nei cani, gli animali nei quali era riuscito sia ad attuare la tecnica del trapianto cardiaco che a far sopravvivere l'operato per un certo tempo, ancora troppo breve.

Quella "primogenitura" però, attuata di sorpresa nel Sudafrica, fu immediatamente seguita da reazioni piuttosto scomposte da parte dei colleghi degli Stati Uniti, che videro in Barnard una specie di sprinter che gli aveva "fregati" nella dirittura d'arrivo. Va infatti ricordato che proprio negli USA erano state attuate tutte le ricerche preliminari sull'animale, vi era stata messa a punto la tecnica chirurgica, la stessa usata da Barnard, ed era anche

già stato individuato il problema del rigetto. Per cui in quel periodo, a cavallo tra la fine del '67 e i primi mesi del '68, si susseguirono dichiarazioni più o meno polemiche, come quella di Shumway di "io l'avevo preannunciato", e poi le "iniziative



Philip Blaiberg

chirurgiche" dello stesso Shumway e di altri famosi cardiocirurghi, da Kantrowitz a Cooley e a De Bakey, che si affannarono ad eseguire nei loro reparti nuovi trapianti di cuore, sperando di esibire migliori successi. Tutti però furono seguiti da una sopravvivenza in-



feriore a quella del dentista sudafricano, un risultato che apparve allora come un'ulteriore beffa del bel Christiaan, il quale nel frattempo girava il mondo con la graziosa e giovanissima moglie Barbara a ricevere plausi e honoris causa.

A questo punto, tuttavia, dobbiamo lasciare la controversa polemica e anche il personaggio alla sua meritata e globale "standing ovation", per ritornare sul problema del trapianto di cuore come atto medico in sé, ossia legato alla possibilità di attuarlo e diffonderlo a favore dei moltissimi pazienti che ne avevano e ne hanno bisogno. Problema che sarà risolto solo qualche anno dopo con la scoperta di una nuova molecola ottenuta da una varietà di

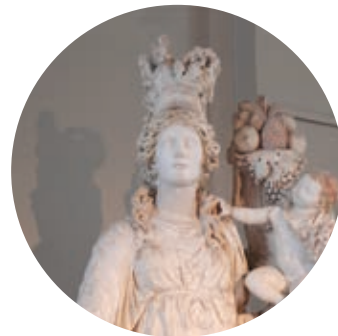
funghi e capace di contrastare il fenomeno del rigetto, la ciclosporina. La quale ci ricorda per certi aspetti la penicillina, anch'essa derivata da miceti e ri-



solutiva di altre patologie importanti. Con questa sostanza si potrà finalmente realizzare anche in Italia nel 1985 il primo trapianto di cuore su Ilario Lazzari a Padova, ad opera del cardiocirurgo Vincenzo Gallucci che si era addestrato negli States. E poi in ogni paese su molti altri pazienti che riusciranno a vivere per decenni grazie al cuore nuovo e al nuovo farmaco. Le statistiche ci informano che nel mondo si sono potuti eseguire 844 trapianti nel 1985, e tale numero è progressivamente salito fino ai 5.000 casi del 2015.

Personalmente, oltre al Lazzari che passò per il nostro reparto prima di essere affidato a Gallucci, ricordo ancora lo scrittore Ugo Riccarelli, cui dedicammo uno scritto su Cuore e Salute, per essere sopravvissuto oltre venti anni dopo il doppio trapianto di cuore e polmoni a Londra. Visse e scrisse "con il terrore che qualcuno tornasse a riprendersi il suo sogno", ma fortunatamente fece in tempo a vincere nel 2013 il premio letterario "Il Campiello" a Venezia.

La palla di Tiche



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.*

Fleming: più fortuna o più merito?

di **Filippo Stazi**

L'uso di muffe e piante particolari nella cura delle infezioni era già noto in molte culture antiche, come la greca, l'egiziana e la cinese. L'efficacia di tali composti era dovuta alle sostanze antibiotiche prodotte dalla specie vegetale o dalla muffa, ma all'epoca non si aveva la possibilità di distinguere la componente effettivamente attiva né di isolarla. La situazione restò sostanzialmente immutata fino alla scoperta della penicillina nel 1928 da parte di Alexander Fleming. Oltre 10 anni dopo Ernst Chain e Howard Walter Florey riuscirono ad ottenere tale sostanza in forma pura dando inizio all'era della terapia antibiotica. I tre per questo conseguirono il premio Nobel per la medicina nel 1945.



Alexander Fleming

Lo stesso Fleming era solito affermare che “la storia della penicillina ha qualcosa di romanzesco e aiuta a illustrare il peso della sorte, della fortuna, del fato o del destino, come lo si vuole chiamare, nella carriera di ogni persona: la natura ha creato la penicillina; io l’ho solamente trovata!”.

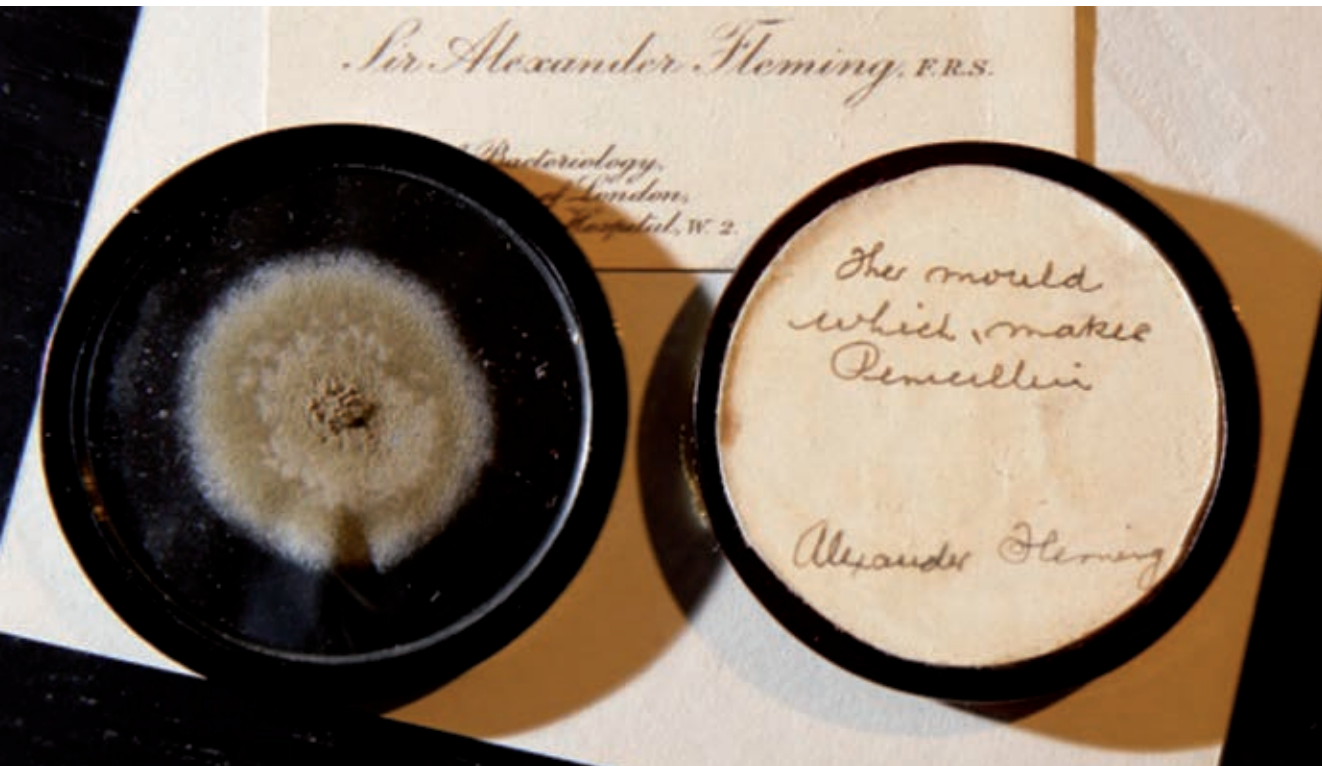
Alexander Fleming nasce il 6 agosto del 1881 a Lochfield, in Scozia. La sorte lo colpisce duramente privandolo presto del padre che morì quando aveva solo sette anni. Nel proseguimento della sua vita, però, il destino, forse sentendosi in colpa per tale motivo, gli fu benevolo, agevolandolo nei momenti cruciali della sua carriera e consegnandogli l’immortalità della gloria. Bisogna comunque riconoscere allo scienziato la grande capacità di cogliere al volo le occasioni che il fato gli è andato via via fornendo.

A quattordici anni il futuro premio Nobel si trasferisce a Londra per frequentare la Polytechnic School. A causa dei suoi scarsi risultati Alexander lascia però quella scuola e trova lavoro come impiegato in una compagnia di navigazione. Dalla noia di tale impiego lo salva il primo dei colpi di fortuna cui accennavamo in prece-

denza: una piccola eredità gli consente di iscriversi alla Facoltà di Medicina del Saint Mary’s Hospital di Londra. Fleming sfrutta al massimo la possibilità fornitagli compiendo una brillante carriera universitaria che lo porta ad essere scelto come allievo interno da Sir Almroth Wright, microbiologo, professore di patologia ed uno dei maggiori esperti di immunologia del tempo. Gli anni della prima guerra mondiale vedono Fleming a Boulogne, in Francia, a curare, come ufficiale medico, i soldati feriti sul campo di battaglia. Il rilievo che più che le ferite erano le successive infezioni a causare in genere la morte degli ammalati rafforza ulteriormente la sua determinazione a trovare terapie più efficaci di quelle in uso all’epoca.



Finita la guerra ritorna nel suo laboratorio di Londra e qui, nel 1922, viene colpito da un violento raffreddore che lo affligge per numerosi giorni. È il suo secondo grande colpo di fortuna. Nonostante il disagio continua a lavorare regolarmente e una mattina, forse più per gioco che per vero interesse scientifico, decide di incubare le proprie secrezioni nasali su una piastra per la coltura batterica. L’obiettivo è osservare l’eventuale crescita di colonie batteriche. Il giorno dopo Fleming, curioso come al solito, va a vedere la piastra e scopre che dei batteri sono effettivamen-



te cresciuti. È ancora raffreddato e una sua lacrima cade proprio sulla piastra di coltura. Inizialmente il ricercatore non dà molto peso a quanto successo e mette via normalmente la piastra. Dopo altre 24 ore controlla nuovamente la situazione e si accorge con notevole stupore che i batteri nella piastra hanno continuato a crescere ovunque tranne che in una zona; un'area chiara e tondeggiante, libera da batteri, esattamente corrispondente al punto in cui il giorno precedente era caduta la sua lacrima. Fino a qui è stata fortuna, ora comincia il merito. Alexander intuisce infatti che nella lacrima doveva esserci una qualche sostanza ad azione antibiotica, capace cioè di uccidere i batteri o quantomeno di inibirne la crescita. In seguito capisce che quella sostanza è un enzima capace di distruggere le cellule batteriche e che nomina lisozima. Non è però ancora quello che sta cercando da tutta la vita. Il lisozima, infatti, normalmente presente nelle lacrime umane, ha solo una debole azione antimicrobica e non è in grado per tale motivo di uccidere i batteri più aggressivi e resistenti, responsabili delle infezioni che mettono a repentaglio la vita umana.

Passano sei anni prima che, nel 1928, si materializzi il terzo

evento fortunato. Questa volta esso prende le sembianze della moglie, Sarah Marion McElroy, sposata nel 1915 e da cui ha avuto nel 1924 il figlio Robert. Sarah è stanca dell'eccessivo attaccamento del marito al lavoro, specie da quando questi è diventato titolare della cattedra di Batteriologia e continua a chiedere più tempo e più attenzioni per lei e per il figlio. Alexander è veramente tutto concentrato sul lavoro e non si allontanerebbe mai dal suo laboratorio. Nell'estate del 1928 la moglie è però irremovibile, vuole, anzi impone, una breve vacanza. Alexander deve cedere, sia pure malvolentieri, e si assenta dal suo laboratorio per tre giorni. Tale è il suo malumore al momento della partenza che si dimentica di distruggere alcune colture di *Staphylococcus aureus*. Al suo ritorno in laboratorio, la mattina del 3 settembre, Fleming si accinge a buttare quelle colonie che aveva dimenticato prima della vacanza ma quello che vede lo sorprende. All'interno della piastra di Petri ci sono delle colonie di funghi contaminanti e vicino a queste si trova un alone chiaro in cui i batteri non sono cresciuti. Il ricercatore si ricorda di quanto era succes-

so sei anni prima, quando una sua lacrima era caduta sul terreno di coltura e mette in relazione i due eventi approfondendone lo studio. Sarà lui stesso a dichiarare in seguito: "Se non fosse stato per la mia precedente esperienza, avrei subito buttato via la piastra perché contaminata, come molti batteriologi devono aver fatto prima di me. È molto probabile che altri ricercatori abbiano visto in una

coltura gli stessi cambiamenti che ho osservato io, ma, in assenza di un interesse particolare per le sostanze antibatteriche naturali, le colture andate a male siano state immediatamente gettate. Invece di eliminare la coltura contaminata, io feci alcuni esperimenti". Col tempo Fleming identifica la muffa come penicillium, ne comprende la capacità di distruggere i batteri e chiama



penicillina il nuovo composto che successivamente riesce ad isolare ed estrarre dal fungo. Sulle ali dell'entusiasmo lo scienziato cerca di usarla come antibiotico però per molti anni i suoi tentativi si risolvono in altrettanti fallimenti. Ci vuole l'intervento di altri due studiosi, l'australiano Howard Walter Florey e il tedesco Ernst Boris Chain, per migliorare l'isolamento della penicillina e concentrarla, arrivando ad utilizzarla con efficacia non solo negli animali da esperimento ma anche nell'uomo.

A quel punto l'ultimo problema ancora da risolvere è la generazione della penicillina nelle quantità necessarie all'utilizzo in terapia. Al momento ne è possibile solo una produzione limitata tanto che si è costretti a recuperare l'antibiotico dalle urine dei soggetti trattati per poterlo poi utilizzare nuovamente. Il quarto intervento della buo-

na sorte nella vita di Fleming fu, paradossalmente, lo scoppio della seconda guerra mondiale. L'enorme numero di infezioni che si verificavano in quegli anni, figlie delle ferite in combattimento, delle scarse condizioni igieniche e del povero regime alimentare, rendeva indispensabile l'introduzione di una terapia antibiotica da impiegare su vasta scala. I governi inglese ed americano investono pertanto enormi quantità di denaro per migliorare la capacità produttiva della penicillina. Da un lato si cerca di ottenerne la sintesi artificiale, eliminando l'intervento della muffa, dall'altro si tenta di migliorare la produzione dell'antibiotico attraverso i processi fermentativi. La strada vincente si rivela la seconda. Nel 1943 gli scienziati sono per la prima volta in grado di produrre una quantità di antibiotico sufficiente a curare 15

feriti dell'VIII armata americana. La svolta finale è l'intuizione di Fleming di utilizzare i resti della lavorazione dei cereali per arricchire i terreni dove vengono fatte crescere le muffe produttrici di penicillina. Quando i residui, opportunamente trattati, sono infatti aggiunti alle colture, si ottiene un impressionante aumento della produzione di antibiotico consentendone l'utilizzo su larga scala. È finalmente iniziata l'era della terapia antibiotica.

L'introduzione degli antibiotici porta al rapido declino della mortalità da malattie infettive che fino ad allora aveva costituito la prima causa di morte. Da quel momento il pericolo più temuto diventa la malattia cardiovascolare e proprio per un improvviso arresto cardiaco, l'11 marzo del 1955, Alexander Fleming muore nella sua casa di Londra all'età di 73 anni.

“

Pillole di romanesca saggezza

Si er monno vò curre pe l'ingìù, lassel'annà
Si nun sei re, nun fà la legge nova e lassa er monno come se trova
Male nun fà, paure nun avè
Abbassa l'ale e nun arzà tant'aria, quanno de casa tua se fa la storia
Si t'ocore un pelo pe'salvare er monno, tiente er pelo

F.S.

”



di **Salvatore Milito**

Sopravvivere senz'acqua

Siamo fatti in gran parte di acqua, circa 45 litri nel corpo di un adulto di 70 kg. L'acqua eliminata attraverso l'urina, la respirazione e la sudorazione deve essere costantemente compensata dall'ingestione di nuova acqua. In un clima temperato un adulto di media corporatura necessita, a riposo, di circa 1,5 litri - 2 litri di acqua al giorno, sia sotto forma di bevande sia tramite gli alimenti. Da quattro a sei giorni senz'acqua possono essere fatali per un essere umano. Più precisamente una perdita d'acqua pari a 15% non è compatibile con la sopravvivenza. Questo dicono le conoscenze sulla fisiologia e di questo ha piena consapevolezza chi, in circostanze critiche, è stato del tutto privo per giorni del prezioso liquido. Ma negli anni '50 del secolo scorso un medico e biologo francese, Alain Bombard (1924-2005), volle esplorare i reali limiti di sopravvivenza dell'uomo in condizioni di estrema carenza di acqua. Da adolescente Bombard sogna di diventare musicista. Studia violoncello con Igor Stravinski. Ma subito dopo la guerra conosce Frédéric Joliot, premio Nobel nel 1935 per la scoperta della radioattività artificiale. L'incontro



Alain Bombard

tra i due avviene su una spiaggia della Bretagna detta “Sorbonne-Plage” (Spiaggia della Sorbona) perché frequentata da eminenti scienziati di quella Università. È lì che Joliot trasmette ad Alain la passione per il mare e il gusto della navigazione a vela. Subito dopo essersi laureato in medicina e in biologia all’università di Parigi il giovane avvia ricerche sulla sopravvivenza in mare. In un giorno di primavera del 1951 assiste allo sbarco delle salme dei naufraghi di un peschereccio d’alto mare. Segnato dalla tragica scena si impegna a trovare soluzioni per ridurre drasticamente il numero dei “cinquantamila naufraghi che ogni anno muoiono nelle barche di salvataggio”. Intraprende studi sulla resistenza alla fame, alla sete, alla fatica; spulcia la bibliografia sui naufraghi, sulle tecniche di pesca, sui venti, sul comportamento dei naufraghi; studia la composizione dell’acqua di mare e del plancton;

valuta le potenzialità dei canotti gonfiabili nella sopravvivenza e nelle operazioni di salvataggio. Il giovane Alain si convince che la sopravvivenza è possibile in condizioni al limite, anche con una quantità minima di acqua da bere e di nutrimento. Ipotizza un’eresia: la possibilità di bere acqua di mare per non morire disidratati! Decide di dimostrare la sua teoria mettendo se stesso alla prova in condizioni di carenza critica. Altri prima di lui avevano sfidato gli oceani ma, per alcuni versi, con qualche misura di sicurezza, almeno in partenza: nel cinquecento Magellano, prima di morire ucciso nelle attuali Filippine, aveva affrontato la circumnavigazione del globo. Ma la sua spedizione contava cinque navi (poi ridotte a tre) e circa duecento uomini (decimati durante il periplo). Nel 1947 il norvegese Thor Heyerdahl, forse il più famoso dei navigatori transoceanici dei tempi moderni, salpò dal Perù su di una grande zattera di balsa (il Kon-Tiki) e attraversò l’oceano Pacifico in poco più di cento giorni, fino alle isole della Polinesia. Lo accompagnavano un nutrito equipaggio, un generoso carico di acqua e una rilevante quantità





leari e poi alle Canarie. Da qui, il 22 ottobre 1952 salpa infine per la traversata dell'Atlantico, senza scalo. Toccherà le isole Barbados dopo sessantacinque giorni di lotta contro le correnti, i marosi, i temporali, il sole cocente e il freddo penetrante, la sete e la disidratazione, la profonda solitudine, i momenti di confusione mentale e di disperazione.

La traversata avvenne senza scalo, su un battello pneumatico lungo meno di cinque metri, l'Hérétique, dotato di una piccola vela e un telone, equipaggiato di un sestante, di materiale per la pesca e di un retino a maglie fitte per filtrare il plancton, ricco in vitamina C. Servirà a prevenire lo scorbuto.

di altri generi di sussistenza. Altri temerari, anche in tempi più vicini a noi, hanno affrontato imprese simili ma (senza nulla togliere alla loro prodezza) con il conforto a bordo di acqua e viveri a sufficienza e con il sostegno via etere degli addetti ai soccorsi e dei radioamatori.

Alain Bombard, invece, decide di tentare l'avventura in solitario senza viveri e senza scorta di acqua. Gli danno del matto ma lui non demorde. Il 26 maggio 1952 parte dal Principato di Monaco diretto alle Ba-

Le condizioni di vita durante la traversata si annunciano estremamente proibitive. Ma l'imperativo sarà sopravvivere, tornare in patria sano e salvo per testimoniare, raccontare, trasmettere, convincere gli scettici che la sua impresa possa servire a salvare vite. Bombard conta di poter comunicare alle assise scientifiche, al suo ritorno, i dati raccolti su se stesso: le condizioni generali; la pressione arteriosa (ha portato un misuratore con sé); le variazioni del ritmo cardiaco; lo stato mentale causato dall'assoluta mancanza di contatti umani, dal silenzio fragoroso dei giorni di mare piatto e dall'ingannevole cognizione del tempo; gli effetti sul suo corpo del consumo di acqua di mare, pur se mescolata con le piccole quantità della rara acqua piovana o con quella, infima, ricavata dalla spremitura del pesce.

Fino ad allora l'acqua di mare era stata considerata rigorosamente non potabile. Il chiodo fisso di Bombard è appunto provare che non è così: qualche sorso salato, grande forza d'animo, resistenza ad oltranza e bando al panico e i futuri naufraghi ce



Gommone "Bombard"

Sfibrato nel corpo ma raggianti nell'animo il naufrago volontario Alain Bombard assapora la sua vittoria su se stesso, sui limiti fissati dalla fisiologia, sugli infiniti pericoli del mare, sul diffuso scetticismo circa la resistenza umana in condizioni estreme. Soprattutto ha provato che si può sopravvivere nell'oceano bevendo piccole quantità di acqua di mare allungata, per rispetto dei limiti della dose di sodio tollerata dall'organismo, con la poca acqua di pioggia che la sorte concede e con quella, pur misera, ottenuta dal pescato.

la possono fare. Lui lo avrebbe dimostrato. E lo dimostra arrivando salvo nei Caraibi, salvo anche se sfinito, segnato nel fisico, le labbra sanguinanti, la pelle bruciata dal sole rovente e crespa per la miseria d'acqua bevuta. È dimagrito di venticinque chili.

Dirà: "Il viaggio dell' "Hérétique" è terminato. Voglio ora lottare affinché la mia eresia venga accettata e divenga prassi per i futuri naufraghi". Sull'onda dell'esaltazione per l'eccellente tenuta del suo piccolo natante gonfiabile, Bombard raccomanda anche di dotare i canotti pneumatici di salvataggio di un telone per resistere al sole cocente e al freddo intenso, che sono tra i maggiori pericoli che un naufrago deve affrontare.

Nasce così il gommone di sopravvivenza "Bombard", tutt'oggi in uso.

tra i libri ricevuti



Qualche secondo di buonumore

È morto il lattaio, ha voluto essere cremato...Parzialmente?

Peppino, ce l'avete un buon formaggio locale?

Lo vuole D.O.P.?

No, preferirei adess.....

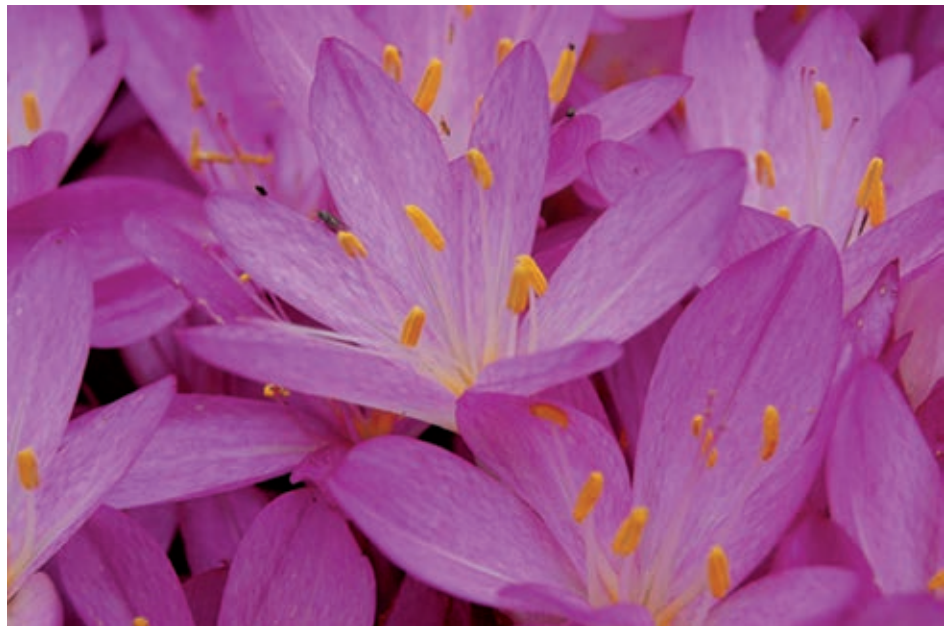


di **Eligio Piccolo**

L'infarto come l'appendicite?

Qualche decennio fa un medico delle mie parti, di origini vicentine, si era costruito una singolare carriera, da medico condotto a dentista, conseguendo perfino una libera docenza in odontoiatria. Era soprattutto abituato a pensare e a cercare i molti perché delle malattie, anche quelli non strettamente scientifici. In altro campo e in altri tempi egli avrebbe potuto arrivare alla cattedra, come capitò ad Augusto Murri, condotto nelle Marche e poi clinico medico a Bologna. Antonio Nicolin, il nostro dentista, aveva osservato che un'igiene orale trascurata facilitava la malattia delle coronarie, e si era fatto l'idea che un'infezione dentaria si comportasse come le malattie focali di antica memoria, quelle che colpivano il cuore dopo una banale tonsillite. Ne scrisse anche un volumetto di pregevole fattura, ben documentato con figure e casi clinici, che lì per lì mi lasciò piuttosto perplesso, abituato, come eravamo noi cardiologi, a considerare l'arteriosclerosi coronarica un processo lungo e condizionato da molti fattori, tranne quello infiammatorio.

Erano gli anni tuttavia nei quali le classiche idee secondo cui l'infarto era dovuto all'incrostazione



Il fiore della colchicina

di un'arteria, così come il blocco del rubinetto conseguiva al calcare del suo tubo idraulico, stavano cambiando. Grazie soprattutto a uno studio italiano che dimostrava come le coronarie, fossero sì tubi, ma elastici e non rigidi, che potevano chiudersi anche per uno spasmo. E qualche anno dopo gli stessi italiani e altri ricercatori stranieri cominciarono a pensare, come quel dentista, che un fattore infiammatorio intervenisse nell'infarto. Va premesso che nel frattempo si era polarizzata l'attenzione su un particolare fenomeno dell'arteriosclerosi, la placca. Una specie di foruncolo pieno di grasso che dalla parete della coronaria aggetta nel suo interno, e che se si rompe, evento facilitato da un'infezione in quasi il 50% dei casi, provoca ciò che i cardiologi chiamano sindrome coronarica acuta. Questa è obbligata a percorrere una delle seguenti evoluzioni: dolore che consente di far arrivare il paziente alla coronarografia e allo stent; infarto acuto del miocardio e sue conseguenze; morte improvvisa.

Quando si cominciò a pensare all'infiammazione si cercarono sia le cause, come il dentista veneto, sia la presenza del-

le cellule specifiche nel cuore offeso e sia alcune sostanze nel sangue, quali la proteina C reattiva, che aumentano nel conflitto fra organismo e infezione. I risultati sono stati abbastanza concordi con l'ipotesi formulata, ma non così rotondi come quando si individuò nell'*helicobacter* la causa dell'ulcera gastro-duodenale, una malattia cui nessuno prima aveva pensato potesse avere un'origine infettiva. Il microbo dell'infarto quindi ancora non c'è, ma su quella via si sta indagando, anche se tutto sembra convergere verso un'azione indiretta delle infezioni in certi casi, non in tutti, come si pensava ai tempi dell'ipotesi focale.

Nel frattempo i più convinti del ruolo di una qualche causa flogistica si stanno attivando nella ricerca di farmaci capaci di opporvisi. Un gruppo di Boston, ad esempio, in uno studio dall'acronimo CANTOS (come la traduzione spagnola delle poesie di Leopardi), ha indivi-

duato una sostanza dal nome che sembra una pietanza araba, il canakinumab, il cui meccanismo di azione è altrettanto complesso e ve lo risparmio. Questa somministrata a 10.000 pazienti con pregresso infarto, alla dose di 150 mg ogni tre mesi, ha ridotto le recidive cardiovascolari a distanza di quattro anni, ma purtroppo non ha aumentato la durata della loro vita. E meno male, direbbe il Ministro della Sanità, perché il costo del farmaco è di 200.000 dollari l'anno! Si sta tuttavia pensando ad altri farmaci, quali la colchicina e il metotrexate, anch'essi con proprietà antiinfiammatorie, ma molto più economici.

La prima, la colchicina, estratta dal romantico fiorellino d'autunno che trapunta di violetto i nostri prati e conosciuto nel passato anche come arsenico vegetale perché velenoso ad alte dosi, era già stata utilizzata con successo nell'artrite gotosa e nel prevenire le recidive di pericardite. Nel 2013, in una

The logo for the CANTOS study features the word "CANTOS" in a large, bold, black sans-serif font. To the left of the text, there are three concentric, horizontal, red elliptical lines that appear to be part of a stylized graphic element.

Canakinumab Anti-inflammatory Thrombosis Outcomes Study



Università di Sidney

ricerca australiana, appare come farmaco capace di ridurre le recidive coronariche in chi ne era sofferente. Recentemente gli stessi australiani dell'Università di Sidney sono andati più a fondo nell'indagare come mai questa sostanza desse quel beneficio e se ciò si potesse configurare come azione antiinfiammatoria. Essi hanno trattato con basse dosi del farmaco 80 pazienti con attacco acuto coronarico, quello che spesso è un preinfarto, e seguita poi l'evoluzione nel tempo della placca coronarica, causa di quell'attacco. Dopo un anno, in coloro nei quali era stata aggiunta la colchicina, la placca si riduceva di oltre la metà del suo volume, divenendo così innocua. Anche gli indici infiammatori del sangue si riducevano di quasi i due terzi.

Come riferisce Stazi a p. 51 dobbiamo prestare attenzione anche alla banale influenza poichè già negli anni '30, ma soprattutto in uno studio canadese pubblicato su *New England* di gennaio 2018, le infezioni

respiratorie dopo i 65 anni, specie le influenzali, fanno aumentare i casi di infarto. A questo punto qualcuno, convinto dell'origine infiammatoria, potrebbe prospettare perfino un possibile vaccino, si capisce senza consultare i contestatori. Sarà comunque dura riuscire a prevenire e a curare l'infarto come un'appendicite. Un'impresa che per ora, data la valanga di fattori che vi sono implicati, dalla familiarità, al fumo e al colesterolo, appare come una grande illusione.

“ Ossigeno per il cuore

Qualche medico oggi, dopo le contrastanti osservazioni emerse negli ultimi sessant'anni, si domanda se sia ancora utile somministrare ossigeno nell'infarto o nell'angina pectoris, e c'è chi addirittura pensa possa essere controproducente, ossia dannoso. Se lo stanno chiedendo, non senza perplessità e trincerandosi dietro il condizionale, anche i cardiologi dopo una lunga prassi di un suo uso routinario, che era la conseguenza logica di fornire un maggiore aiuto al cuore in carenza di ossigeno quando le coronarie malate gliene portavano poco.

Tutti hanno presente i pazienti cui, come arrivano al Pronto Soccorso, viene subito sistemata la forchetta di plastica collegata all'erogatore; ma i meno giovani ricordano anche la famosa tenda ad ossigeno, inaugurata forse nel Presidente Eisenhower durante il suo primo incidente coronarico alla fine degli anni cinquanta. L'ossigenoterapia, l'erogazione artificiale del gas, era a quei tempi la conseguenza di uno studio del 1900 in cui Steele nel British Medical Journal aveva segnalato la sua efficacia nell'angina grave, come veniva inalato passava il dolore. Non era ancora una sperimentazione allargata a molti casi, ma, solo uno studio, si direbbe oggi, osservazionale, che per cinquant'anni sarà però accettato come una verità indiscussa. Si era addirittura creato un acronimo, MONA, le cui lettere indicavano le poche cose utili allora per l'infarto (morfina, ossigeno, nitroglicerina e aspirina). Fino a quando proprio nel 1950 Russek e il suo gruppo su JAMA metteranno in guardia sull'uso dell'ossigeno nell'infarto acuto in pazienti nel cui sangue era normale. Oltre a non mostrare

alcun beneficio, lo studio prospettava anche il rischio di una maggiore mortalità. Come sarà confermato poi nella ricerca AVOID del 2015 in cui, seguendo certe alterazioni dell'elettrocardiogramma, si constatava negli "ossigenati non bisognosi di ossigeno" una maggiore evoluzione verso un infarto più esteso e una più frequente recidiva dello stesso.

In una rivalutazione più recente del problema, pubblicata sul New England Journal of Medicine di settembre 2017, il gruppo di Hofmann del Karolinska Institutet di Stoccolma ha comparato l'utilità dell'ossigenoterapia con la respirazione dell'aria ambiente, in 6.629 pazienti con infarto acuto e ossiemia normale. Dopo un anno si confermava che non c'era alcuna differenza di complicazioni e dimortalità, concludendo sull'inutilità di aumentare il gas che si lega all'emoglobina dei globuli rossi.

Almeno in chi non era anemico o l'ossimetro non ne dimostrasse la carenza.

I ricercatori svedesi e i molti altri che si sono occupati di questo apparente paradosso si sono ovviamente posti il problema del perché ciò accada, ma la spiegazione che alcuni esegeti hanno dato non è così comprensibile come quella della placca che se si rompe causa l'infarto. Essi individuano nell'erogazione di ossigeno al 100% a chi non ce l'ha ridotto nel sangue un non ben chiaro meccanismo fisiologico e biochimico, forse uno spasmo, che diminuirebbe del 30% il flusso delle coronarie malate. La scienza, anche quando non può essere chiara, va rispettata nei suoi risultati, quindi ai posteri l'ardua spiegazione. Noi, come diceva Manzoni, "chiniam la fronte" e accettiamo con fiducia la conclusione secondo cui l'ossigeno non è indicato di per sé nelle sindromi coronariche acute, anzi questo nobile gas potrebbe peggiorare una situazione già di per sé tanto critica.



Dwight Eisenhower



Karolinska Institutet di Stoccolma

Eligio Piccolo





di **Giovanni Missaglia**

La triplice dimensione del cuore

La scienza moderna, che grazie ai suoi straordinari progressi sconfigge numerose malattie del cuore, dimentica che solo l'armonica integrazione delle sue tre dimensioni - fisica, psichica, spirituale - lo può guarire.

Chi è l'uomo?

Nel corso della storia del pensiero sono emerse tre concezioni dell'uomo, tutt'ora presenti nelle innumerevoli culture, nonostante che quella occidentale moderna, in forza della globalizzazione, sia penetrata in tutto il mondo.

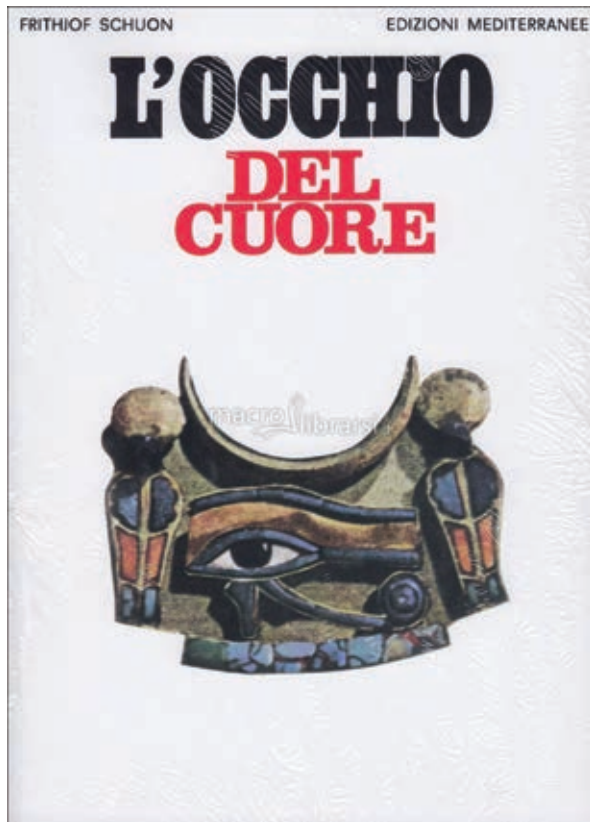
Nella cultura orientale - indiana e cinese - l'uomo è tridimensionale: è corpo, anima, spirito. Nella cultura occidentale - ellenistica e cristiana - l'uomo è bidimensionale:

è un "animale razionale" (Aristotele) o una "canna pensante" (Pascal), composto cioè di un'anima immortale e di un corpo mortale (Platone). Nella cultura occidentale moderna l'uomo è unidimensionale: è corpo, di cui l'anima è epifenomeno.

Il maestro ispano-indù Raimon Panikkar nel suo bellissimo intervento dal titolo "*La legge del kar-*



Raimon Panikkar



eventi esterni. È questa l'opzione che la *cultura indica* ha posto in risalto.

Secondo, il nucleo dell'essere umano è certamente nato, ma non muore: è immortale. L'uomo ha un'anima che ha avuto origine in questo mondo o in un'altra fase dell'esistenza, ma non cesserà mai di esistere. Ogni persona è sacra ed è fine a se stessa a causa dell'anima immortale che incarna. La dignità umana è in relazione con questo concetto. È questa l'opzione adottata dalla *cultura greca e post-ellenica*.

Terzo, il nucleo dell'essere umano è nato ed è mortale. Viene all'esistenza dando inizio a qualcosa di veramente nuovo e inedito. L'uomo è reale, ma ha anche una fine reale, un annientamento umano: l'uomo è mortale. La diretta conseguenza di questo atteggiamento è l'urgenza a migliorare la condizione umana e a darsi da fare per questo mondo finché c'è ancora tempo. È questa l'opzio-

ne che il *secolarismo moderno predilige*.

man" (in *Mito, Fede ed Ermenutica*, Jaca Book 2000), focalizza con chiarezza la specificità di ciascuna antropologia.

"Vi sono tre opzioni fondamentali per quanto riguarda la natura della persona umana, e tutte e tre sono ben rappresentate in tutta la storia del pensiero".

Primo, il nucleo dell'essere umano non è mai nato e non muore; nascita e morte sono solo "epifenomeni" apparenze superficiali. Solo il corpo nasce e muore, non la persona reale. Il Sé che bisogna realizzare è sempre stato lì e non viene toccato dal flusso temporale degli

Le tre icone del cuore

Il cuore è ritenuto il "centro" dell'essere vivente dalle culture di ogni tempo e luogo, che ne focalizzano, però, diversamente la sua tipicità: nelle antiche tradizioni religiose è la *sede del divino*, nell'età moderna è la *sede dei sentimenti*; nell'età contemporanea è la *sede dell'apparato circolatorio*.

Il cuore sede del divino

Per le dottrine tradizionali il cuore, ritenuto il centro vitale dell'essere umano nella sua integralità, racchiude la modalità corporea in quanto sede dell'etere, la modalità psichica in quanto sede dell'anima, la modalità spirituale in quanto sede del divino. Quest'ultima, però, è la più importante, come emerge dalle tre testimonianze attinte da spiritualità profondamente diverse: induista, cristiana, indiana.

Nella tradizione induista il cuore è chiamato *Brahma-pura*, "dimora di Brahma", perché nel suo ventricolo infimo (*guhâ*) risie-

de l'*atman* o "anima", che è un frammento del *Brahman* o "Assoluto". La *Chandogya Upanishad*, il testo più profondo delle *Upanishad*, dice: "È questo Sé (*atman*) dentro il mio cuore, che è più piccolo di un grano di riso, più piccolo di un grano di orzo, di un grano di miglio, di un nocciolo di un grano di miglio; questo stesso Sé che è dentro il mio cuore è più grande della terra, più grande dello spazio, più grande del cielo, più grande di tutti i mondi" (III, 14,3). E aggiunge: "Questo *atman* giace nel cuore. La parola stessa lo indica: *hṛdayam* (cuore) significa: nel cuore (*hṛdi*) egli (*ayam*) è" (VIII, 4).

Nella tradizione cristiana viene costantemente richiamato l'insegnamento di Cristo che ha annunciato agli ebrei: "Il regno dei cieli è dentro di voi", delineandolo con questa parabola: "Il regno dei cieli è simile a un chicco di senape, che un uomo prese e seminò nel proprio campo. Esso è il più piccolo di tutti i semi, ma una volta cresciuto è il più grande degli ortaggi; può diventare anche un albero e così gli uccelli del cielo possono venire a nidificare fra i suoi rami" (Mt 13, 31-32). Si noti: "nel proprio campo" significa

"nel proprio cuore", sottolineando che solo "I puri di cuore vedranno Dio" (Mt 5, 8).

Ogalalla, un saggio della tribù dei Sioux Ogalalla, ha pronunciato queste straordinarie parole: "Sono cieco e non vedo le cose del mondo; ma quando la luce viene dall'Alto, illumina il mio cuore e posso vedere; difatti l'Occhio del cuore (*Chante Ishta*) vede ogni cosa. Il cuore è il santuario nel cui centro si trova un piccolo spazio ove abita il Grande Spirito (*Waka-Tanka*), ed è l'Occhio. È l'Occhio del Grande Spirito con il quale egli vede ogni cosa, e per mezzo del quale Lo vediamo. Quando il cuore non è puro, il Grande Spirito non può essere visto, e se doveste morire in tale ignoranza, la vostra anima non potrà ritornare immediatamente al Grande Spirito, ma dovrà essere purificata da peregrinazioni attraverso il cosmo" (in Schuon, *L'occhio del cuore*, Ed. Mediterranee).

Nelle raffigurazioni simboliche tradizionali il cuore emana due specie di raggi: *raggi rettilinei* che indicano la sua irradiazione di "luce", e *raggi ondulati* (sostituiti a volte da fiamme) che indicano la sua irradiazione di "calore". La *luce* richiama la sua conoscenza intuitiva profondamente diversa da quella



Ogalalla



razionale che ha sede nel cervello, il *calore* la sua affettività che si esprime nell'amore.

Il cuore sede dei sentimenti

Nell'antica Grecia il filosofo Aristotele (IV sec. a.C) e il medico Galeno (II sec. d.C.) sostenevano il "cardiocentrismo" svincolato dall'aurea sacrale. Il cuore - l'organo vitale per eccellenza - è il luogo in cui, attraverso un processo di raffinazione prodotto dal calore, il sangue viene trasformato in *pneuma*, la materia della vita e dello spirito. Epicuro (IV-III sec. a.C.) definiva così il *pneuma*: "Un corpo sottile, assai simile a un vento caldo, sparso

per tutto l'organismo" (*Lettera a Erodoto*). La fisiologia elaborata da Galeno distingueva fra il sistema *arterioso*, in cui circola il *pneuma*, e il sistema *venoso*, in cui circola il sangue (prodotto nel fegato tramite la raffinazione del cibo). La funzione oggi ritenuta propria del cuore - la distribuzione del sangue - era espletata dal fegato, mentre il cuore, centro propulsore della "circolazione pneumatica" attraverso le arterie era ritenuto la sede fisiologica della sensazione, della conoscenza e delle operazioni oggi dette cerebrali.

Ricordiamo che già negli antichi miti si affermava l'identità fra sangue e vita con il divieto

di cibarsi direttamente del sangue, come si legge nella Bibbia: "Infatti la vita di ogni vivente è il suo sangue, in quanto esso è vita" (*Levitico* 1,14).

Nell'età moderna con l'affermarsi del razionalismo, che identifica l'intelligenza con la ragione la cui sede è il cervello, il cuore diviene il "centro vitale" sede del calore animatore e quindi dell'affettività o sentimentalità.

Il filosofo Cartesio (1596-1650), ponendo una netta distinzione tra *res cogitans* e *res extensa*, tra "mente e corpo", riduce il "cuore" a organo fisiologico con il compito di pompare il sangue in tutto l'organismo. L'interrelazione tra anima e corpo, testimoniata dai sentimenti sia



quelli travolgenti (amore e odio) che quelli sottili (nostalgia), è realizzata dal *pneuma* o “spirito vitale”, che si produce nel cuore a seguito di una raffinazione del sangue e circola in tutto il corpo passando attraverso i nervi descritti come tubicini e interagisce con l’anima nella “ghiandola pineale”. Prescindendo dalla sua arcaica medicina pneumatica, il suo discorso relativo alle emozioni collocate in un contesto fisiologico ha aperto la strada alla loro analisi psico-scientifica.

È tuttavia il mistico Pascal (1623-1662) ad affermare la superiorità del cuore rispetto alla ragione: “Il cuore ha delle ragioni che la ragione non conosce”. Il cuore non solo coglie i principi primi della conoscenza, ma scopre la grandezza e la miseria dell’uomo: “L’uomo è una canna pensante”, fragile come la canna, ma grande per il suo pensiero ed è la sua guida nell’ambito della religione e della morale: “Il cuore, e non la ragione, sente Dio”.

Il cuore centro dell’apparato circolatorio

Con la scoperta della circolazione del sangue nel XVII secolo il medico meccanista Alfonso Borelli (1608-1679), che applicò i principi della meccanica ai moti degli animali e in particolare ai

movimenti muscolari, negò l’esistenza del *pneuma* o “fiamma vitale” e ridusse il cuore a un semplice muscolo, ossia a una pompa idraulica senza rapporti diretti con la respirazione e con il calore corporeo.

Su questa strada si incamminò la scienza cardiologica, che considera il cuore come l’organo centrale dell’apparato circolatorio, limitandosi a una indagine fenomenica: non indaga “che cosa” è il cuore, ma come “funziona”, non dice nulla della natura ultima del cuore, ma come agisce e interagisce, analizzando con strumenti sempre più sofisticati le anomalie del suo funzionamento e proponendo i rispettivi rimedi.

A questo proposito sottolinea Vito Mancuso: “Questa mentalità riduzionista si rispecchia nella medicina, dove il paziente è considerato perlopiù solo corpo, solo *res extensa*, mentre raramente viene trattato come unità di corpo e dimensione spirituale, con tutte le sofferenze psichiche che ne conseguono, e che si riflettono anche sulle guarigioni”.

Ebbene: solo la collaborazione di medicina e religione può portare alla guarigione del cuore malato, ri-creando l’uomo sano.



di **Alberto Dolara**

Valentina Diouf, campionessa di pallavolo. Potenza e tenerezza.

La pallavolo, volley per gli anglofili, ha il fascino comune ad altri giochi di squadra, nei quali sono determinanti le qualità dei singoli atleti e la loro fusione nel collettivo. Per gli appassionati di questo sport attraggono alcune caratteristiche particolari: per esempio il “terzo tempo”, quando alla fine della partita, le due squadre, vittoriose o sconfitte, sfilano sotto rete e ogni giocatore dà un tocco di mano all’avversario. Gli spettatori, anche se accesi tifosi, assistono insieme alle partite, gli uni accanto agli altri, un’assenza di litigiosità altamente apprezzabile nei tempi attuali. Questo senza togliere potenza e suspense al gioco: un pallone, scagliato contro la squadra avversaria, può raggiungere la velocità di oltre 100 km/ora e una partita essere vinta o persa per un singolo punto, il match-point, dopo diverse decine di palloni giocati col massimo impegno.

Valentina Diouf





Con queste premesse si può essere lieti nel constatare come la pallavolo sia uno sport diffuso nel nostro Paese. La Federazione Italiana conta adesso oltre 320.000 atleti tesserati, ed è seconda solo a quella del calcio, con una maggioranza di sesso femminile. Le partite delle squadre nazionali, maschili e femminili, molto spesso vittoriose, suscitano notevole interesse. Nel campionato mondiale femminile del 2014, giocato dalla nazionale azzurra in varie città italiane dal sud al nord, furono circa cinque milioni gli spettatori TV nelle finali giocate a Milano.

Anche se il gioco di squadra ha aspetti stimolanti le emozioni possono provenire dalle vicende personali degli atleti. Mi aveva colpito, forse per il mio status familiare, una nipotina

nerezza. Della giocatrice avevo apprezzato come tifoso, la potenza di gioco: quando “schiacciava” la palla al suolo in campo avversario, una delle manovre fondamentali della pallavolo, con la sua altezza, 202 cm, ed il braccio teso, superava facilmente la rete ottenendo quasi sempre il punto per la squadra.

Il motivo della dedica, piuttosto insolita, si trova nel libro pubblicato un anno dopo il campionato che l’aveva resa popolare: *“La mia vita raccontata ad Andrea Schiavon* (giornalista sportivo ndr), *Valentina Diouf, quando sarai grande*”. Nata a Milano nel 1993, inizia a giocare a pallavolo a sei anni, a quindici è selezionata per il Club Italia, squadra della Federazione per far crescere i migliori talenti nazionali; indos-

che gioca a pallavolo, quando al termine di una partita di quel campionato Valentina Diouf, una delle protagoniste della squadra italiana, aveva dedicato la vittoria al nonno con grande tenerezza.

Della giocatrice avevo apprezzato come tifoso, la potenza di gioco: quando “schiacciava” la palla al suolo in campo avversario, una delle manovre fondamentali della pallavolo, con la sua altezza, 202 cm, ed il braccio teso, superava facilmente la rete ottenendo quasi sempre il punto per la squadra.

sa la maglia azzurra a 16 anni quando vince un medaglia agli europei cadette; tra le juniores è campionessa europea nel 2010 e mondiale l’anno successivo. Gioca adesso in serie A1 ed è considerata una delle più forti atlete della pallavolo internazionale.

La madre è italiana, il padre senegalese. Il padre emigra negli Stati Uniti in cerca di un lavoro dignitoso quando Valentina ha due anni e lei soffre molto durante l’infanzia e l’adolescenza per la sua mancanza. In questo periodo le figure di riferimento sono la madre ed il nonno. Rivendica comunque con decisione il colore della pelle ereditato dal padre: *“Dovrei forse truccarmi la pelle per schiarirla e sembrare più italiana? Non ho bisogno di farlo, perché io sono italiana. Per nascita, per cultura e perché porto in giro per il mondo, con orgoglio, la maglia azzurra”*.

Sono affermazioni di grande valore in un società come la nostra che ancora stenta a considerarsi multietnica. A dodici anni, affronta con decisione il problema del rapporto col padre, come se fosse un “match point”, che decide la partita *“...Per un sacco di tempo ho vissuto la tua assenza come un problema da risolvere*

re nella mia vita. Più ti parlo e più invece mi rendo conto che il problema non è mio, ma tuo. Io non ho mai abdicato al mio ruolo di figlia, ho sempre cercato di essere una bambina di cui i genitori potessero essere orgogliosi. Eppure mi sembrava ci fosse qualcosa di sbagliato in me. Era come se fossi bloccata. Capita anche in allenamento quando provi e riprovi un colpo che non ti riesce. Fino a che non arriva il giorno in cui finalmente ce la fai a mandare la palla al di là della rete. A quel punto il problema non è più tuo, ma di chi sta dall'altra parte".

Il 12 ottobre 2014, nelle finali di quel campionato mondiale, la squadra italiana fino ad allora vittoriosa, perde la possibilità di ottenere il terzo posto e salire sul podio. Valentina si rivolge nuovamente al nonno, questa volta tra le lacrime: "Alla fine le statistiche dicono che ho fatto trentuno punti, dieci in più di qualsiasi altra giocatrice in campo, ma noi siamo quelle che hanno perso, non c'è nessun numero che mi possa consolare. Mi ritrovo a piangere seduta a terra ... Come faccio a spiegare che questa per me non era solo una partita. Dodici mesi fa, proprio il 12 ottobre è

morto nonno Enrico, dopo aver lottato con il morbo di Parkinson. Negli ultimi anni faceva fatica anche a stare seduto in poltrona, ma se davano un mio incontro in tv si sforzava di riconoscermi sullo schermo, aiutato dalla nonna e dalla mamma. Quella medaglia di bronzo io la volevo anche per lui, per il mio nonno. Desideravo che, in un modo o nell'altro fosse ancora orgoglioso di me, della sua Nani che non lo dimentica. Perché i momenti di gioia sono più belli se condivisi, anche con chi non c'è più ma è sempre con noi".

Se la tenerezza ricadesse nell'ambito della filosofia i fautori del pensiero "debole" potrebbero essere tentati di ritenere tale anche questo sentimento. Stranamente non è menzionata tra i 169 analizzati nel libro "The book of human emotions. An encyclopedia of feeling from anger to wunderlust" di Tiffany Watt Smith, storica culturale inglese, pubblicato nel 2015. Alla dimenticanza (?) rimedia l'enciclopedia Trecani, definendola ...come senso di commozione, dolce e profonda, che si prova nei riguardi di



altra persona per amore, affetto, compassione.... Dobbiamo allora essere grati a Valentina Diouf, campionessa di pallavolo, per averci mostrato attraverso le sue imprese sportive la potenza di questo sentimento. Nel maggio 2017 ha dovuto lasciare il Collegiale della nazionale femminile in preparazione per i campionati mondiali 2018 per trasferirsi in una struttura medica specializzata ed ottenere un completo recupero fisico. Il trasferimento è durato due mesi, ma nonostante tutti i suoi sforzi non è riuscita a partecipare ai campionati europei femminili che si sono tenuti nello scorso settembre. Auguri Valentina, vogliamo vederti di nuovo in maglia azzurra.

di Filippo Stazi

Quadri e Salute



Una lezione clinica alla Salpêtrière, olio su tela di 430 x 290 cm, dipinto nel 1887 da Pierre Andre Brouillet, è uno dei dipinti più famosi nella storia della medicina.

Pierre Aristide André Brouillet, nato nel 1857, insignito della Legion d'honneur nel 1906 e morto nel 1914, deve a questo quadro gran parte della sua fama.

L'opera rappresenta il dottor Jean Martin Charcot, uno dei padri della neurologia, nel corso di una delle sue celebri "lezioni del martedì" alla Salpêtrière, leggendario ospedale parigino, mentre esamina Blanche Wittmann, una paziente affetta da isteria. Lo scopo di questi "spettacoli" era quello di rendere immediatamente riconoscibile l'isteria attraverso le espressioni e le pose che le donne assumono durante le crisi e di differenziarla così dalle crisi convulsive. L'isteria era stata descritta ben prima della nascita della psichiatria ed era associata a sintomi come irritabilità, sbalzi d'u-

more, crisi e agitazioni del corpo. Ippocrate la considerava tipicamente femminile; la parola stessa, isteria, deriva infatti dal greco *hystéra*, utero, e il disturbo si pensava dipendere da un cattivo funzionamento dell'organo femminile. A giudizio di Ippocrate, infatti, le cause dell'isteria erano l'utero errante e l'astinenza sessuale, responsabili, nelle donne colpite, di convulsioni, difficoltà respiratorie e sensazioni di soffocamento e questa convinzione è rimasta pressoché identica per secoli. Nel medio evo l'isteria era addirittura considerata la conseguenza (oppure la prova) del patto stretto dalla donna ammalata con il demone. Il primo, vero tentativo di darle un inquadramento nosologico arrivò solo in epoca moderna, prima con Charcot, appunto, e poi con Sigmund Freud, suo allievo. Nel quadro Charcot è di fronte al suo pubblico, la paziente è tra lui e i suoi assistenti, la schiena arcuata all'indie-

tro nella classica posa dell'isteria, apparentemente nel pieno di una crisi. La circolarità della scena è perfetta, tutti i personaggi sono nella posizione appropriata, la luce proviene dai grandi finestroni posti alle spalle del professore. Gli spettatori, tutti maschi, sono disposti in due archi concentrici, e tra loro trovano posto numerosi personaggi destinati a lasciare impresso il loro nome nella storia della neurologia quali, solo per citarne alcuni, Alexis Joffroy, Joseph François, Félix Babinski, l'assistente che sorregge la paziente, e Gilles de La Tourette. Secondo alcuni il vero obiettivo del dipinto è proprio la rappresentazione pittorica dell'indiscussa supremazia di cui all'epoca godeva la neurologia d'oltralpe.

Il quadro, dopo aver trascorso molto del suo tempo nell'oscurità a Nizza e Lione si trova ora a Parigi, nel Musée d'histoire de la Médecine dell'Università Descartes.

Quaderno a Quadretti

di Franco Fontanini

Un antesignano delle staminali. Il dottor Niehans e la terapia cellulare.

Poco più di cinquanta anni fa un dirigente dell'Ente Turismo di Montreux affermò che i tre maggiori richiami esercitati dalla Svizzera sugli stranieri erano il segreto bancario, le attrezzature turistiche e il dottor Niehans.

Chi era quest'uomo dalla popolarità ineguagliata, che guadagnò cifre astronomiche ed ebbe in cura moltissime fra le maggiori personalità del suo tempo?

Inutile ricercare notizie su di lui nella letteratura medica: sebbene abbia pubblicato quasi una cinquantina di monografie e altrettante siano state scritte da suoi collaboratori e proseliti, nessun trattato medico riporta il suo nome o fa cenno alle terapie da lui preconizzate.

Nella sua clinica, la famosa *La Prairie* di Vevey, c'erano lunghissime liste d'attesa, costituite esclusivamente da miliardari; a Heidelberg era sorto uno stabilimento, di cui Niehans era proprietario, per la preparazione degli estratti di cellule liofilizzate, e a Montreux ce n'era un altro di un suo allievo diventato suo concorrente.

L'elenco ufficiale dei suoi pazienti testimonia la sua fama: Adenauer, Chaplin, l'Aga Khan, Christian Dior ecc... anche se una buona parte rimase segreta. Niehans non si recò mai all'est, ma si dice che tutti i gerarchi sovietici praticassero la sua terapia, la quale venne attuata anche da tutti i superstiti regnanti dell'occidente con la sola eccezione, forse, di Giorgio VI d'Inghilterra, il quale avrebbe voluto Niehans al suo capezzale ma i medici di corte posero il veto non accettando che il loro re fosse curato da un medico straniero, per di più discendente dagli Hohenzollern.

Il paziente che gli procurò la più vasta fama fu Pio XII. L'episodio risa-



Niehans



le al 1953 e sarà noto a moltissimi lettori anche se la stampa ne dette notizie assai scarse. In quell'occasione Niehans dette prova di notevole abilità, oltre che del consueto istrionismo, e fu, invero, anche assai fortunato.

A chiamarlo al capezzale del Pontefice furono suor Pasqualina, l'infermiera prussiana che fu per moltissimi anni a fianco del Papa, grande ammiratrice di Niehans (lo trovava rassomigliante a Guglielmo II), Furtwangler il direttore della Berlin Philharmonic, amico personale di Pio XII e ospite abituale de *La Prairie*, e il capo della guardia svizzera Von Attilhofen.

Niehans giunse a Castel Gandolfo con due pecore gravide per avere a disposizione cellule embrionali fresche, cardine delle sue cure ma non praticò la terapia cellulare al Pontefice. Questa è adatta, si giustificò, ai soggetti sani che richiedono vigore e ringiovanimento; il Papa è in condizioni troppo precarie per sopportarla. Gli iniettò, più tardi, cellule liofilizzate di ipotalamo, di placenta e di altri organi che non volle rivelare, che preparò appositamente con la consulenza di un tecnico della Nestlé di Vevey.

Dopo cinque settimane di cura

Pio XII poté rientrare in Vaticano. Verso la fine dell'anno il Pontefice peggiorò improvvisamente. Lamentava violenti dolori allo stomaco, non riusciva ad alimentarsi ed aveva frequenti episodi di vomito ematico. C'era il timore di un tumore allo stomaco, ma la diagnosi dei professori Paolucci e Gasbarrini fu più benigna, si trattava di un'ernia diaframmatica. La divergenza riguardava solo il da farsi: Paolucci era propenso all'immediato intervento chirurgico, mentre Gasbarrini nutriva qualche perplessità a causa delle scadenti condizioni generali.

A questo punto, convocato ancora da suor Pasqualina, giunse in aereo il dottor Niehans il quale con la sicurezza e l'improntitudine che gli erano consuete, si sovrappose ai due illustri clinici e, forte della fidu-

cia del Papa, gli fece mangiare la famosa dose di purè di patate, dopo avergli iniettato novocaina per sedare il dolore e togliere il singhiozzo.

Anche questa volta Pio XII migliorò e, il 5 aprile 1955 fece conferire a Niehans, protestante, scomunicato dalla medicina ufficiale, una cattedra alla Pontificia Accademia. Quella rimasta vacante per la morte di Fleming, lo scopritore della penicillina.

In ogni circostanza aveva sempre dimostrato grande sicurezza e fiducia in se stesso. Giovane medico di passaggio in una fattoria della Bosnia-Erzegovina, vide un bambino che si contorceva per il mal di pancia. Non esitò un istante a diagnosticare un'appendicite acuta e ad offrirsi di operarlo. Poiché il medico locale si oppone-



Accademia pontificia delle Scienze

va energicamente all'intervento, Niehans concluse il consulto con un violento pugno al mento che mise K.O. l'antagonista per il tempo necessario ad asportare l'appendice con ferri chirurgici di fortuna.

La sola paura la provò nel palazzo di un marajà indiano affetto da grave astenia dove rimase prigioniero per alcune settimane in attesa dei risultati delle sue terapie: se il marajà non fosse migliorato ci avrebbe rimesso la testa come il medico che l'aveva preceduto. Gli andò bene. Tornò carico di pietre preziose, ma gli altri marajà che richiesero le sue cure dovettero tutti venire a *La Prairie*.

Nessuno ha mai potuto stabilire quanto il dottor Niehans fosse spinto dalla brama di guadagno, quanto dal desiderio di celebrità e quanto dall'effettivo convincimento dell'efficacia delle sue terapie. Verosimilmente tutti e tre questi stimoli agivano su di lui.

Le giustificazioni che dava alla sua terapia cellulare sono sem-

pre state superficiali e generiche. Sebbene avesse sempre sostenuto, in contrasto con gli altri terapeuti cellulari, la superiorità delle cellule fresche prelevate da embrioni ovin, prescrive soprattutto quelle liofilizzate, disponibili in ogni momento e in quantità illimitata. Va altresì ricordato che Niehans non fu lo scopritore della terapia cellulare. Sebbene dichiarasse oziose le dispute sulla paternità

suoi colleghi che praticavano terapie non ortodosse e che ricercavano riconoscimenti scientifici, si mostrò sempre indifferente ai giudizi e alle critiche della medicina ufficiale.

Dalla sua villa di Sonnenfels, che aveva acquistato da Hailé Sellassié, tenne sempre un atteggiamento sdegnoso di sfida: “Se vogliono venire ad imparare da me, mostrerò tutto quello che vogliono vedere, non ho segreti: la mia unica preoccupazione è il bene e la salute dei pazienti, non dei medici”.

L'istrionismo in lui si univa all'altezzosità che probabilmente gli proveniva dal sangue reale che scorreva nelle sue vene. Anche se nel suo albero genealogico c'era qualche ombra, era imparentato con Federico III di Prussia, del quale teneva un grande medaglione di bronzo nello studio. In gioventù aveva sostenuto in-

numerevoli duelli con mariti gelosi e offesi, sempre vittoriosi. Solo a Menzour riportò una ferita che gli rimase ben visibile al collo.

Prima di essere il più famoso play-boy di Zurigo era stato in seminario laureandosi in teologia per far contenta la madre che l'avrebbe voluto pastore protestante. Divenne chirurgo sulle orme paterne, specializzandosi prima in oculistica, poi in ginecologia, quindi in urologia, sempre presso le migliori scuole.

Prima ancora, combattendo nell'esercito del Kaiser, era stato nominato eroe di guerra.

L'idea della terapia cellulare, che lo rese famoso e miliardario, gli era stata ispirata, a suo dire, da un altro personaggio straordinario, Alexis Carrel, fisiologo medico sperimentale, ideatore del primo cuore artificiale e del by-pass aorto-coronarico, nonché autore del celeberrimo “L'uomo questo sconosciuto”.



Papa Pio XII

(mi è sempre parsa irrilevante, diceva, dato che attribuisco scarso valore ai diritti di priorità) affrontò una lunga vertenza legale contro i concorrenti che concluse vittoriosamente.

Niehans, a differenza di tutti i

“ Soltanto Semantica?

Signora indiscussa, domina incontrastata nei convegni, nelle corsie ospedaliere, negli ambulatori, in televisione.

Proferita con facilità e frequenza a dir poco disarmanti, sembra più un dire “chic” che una prescrizione di medico a paziente (persona assistita?) stiamo discettando della locuzione più alla moda nella fraseologia medica: “stile di vita”.

Banale e pedissequa traduzione dell’inglesina “life style”.

C’è però qualcosa che non suona bene, una piccola nota stonata.

Quando fu costruito il vallo di Adriano nella prima metà del secondo secolo dopo Cristo, i Britanni e i Caledoni vestivano di pelli e roteavano le clave, mentre in ogni “Municipium Romanum” dell’Impero, e non solo, dei “cives” già da lungo tempo si cimentavano nell’uso dello “stilus”, asticella d’osso o di metallo, con una estremità appuntita e l’altra piatta, usata per scrivere sulle tavolette cerate e raschiare la cera (vertere stilum - cancellare).

In illo tempore avere lo stilus “era una nota di distinzione” una connotazione in positivo, una qualità (fanciulla con lo stilus - Museo archeologico Napoli).

Oggi avere lo stile assume un significato ancora più ampio, è un modo di essere, distinto, dell’individuo nelle varie attività della vita.

È una prerogativa elitaria.

Pertanto è semanticamente corretto prescrivere il cambiamento di stile di vita in chi ha un modo di vivere salutare errato?

Modo non può essere sinonimo di stile.

Dice infatti il Poeta: “lo bello stilo che mi ha fatto onore”.

Ed ancora: “dolce stil novo”.

Allora come risolvere il dilemma, se di dilemma si tratta?

Semplice! Ricorrendo alla lingua madre, come ci consiglia Gian Battista Vico (De Antiquissima Italarum Sapentia ex linguae Latinae

Originibus Eruenda), ed arricchendo il vocabolario medico, già pregno di termini

latini (Angina pectoris - Guttalax - Cellula - Ictus - Laurea - Lupus - Curriculum etc. etc. etc.), con la locuzione, altamente espressiva, “modus vivendi”.

Dopo quanto detto, è illusorio augurarsi che al prossimo “Conoscere e Curare il Cuore” qualche illustre dotto oratore possa farne uso?

Staremo a vedere. Spes ultima dea.



Antonio Pasquale Potena



di Bruno Domenichelli



La sindrome di dipendenza da smartphone

Dalla realtà virtuale alla comunicazione empatica

La diffusione dell'uso dei telefonini e di internet ha indubbiamente facilitato i problemi della comunicazione, in un'epoca caratterizzata da uno stile di vita all'insegna dell'urgenza del tempo e dall'ossessiva dipendenza dalla massima che: "il tempo è denaro".

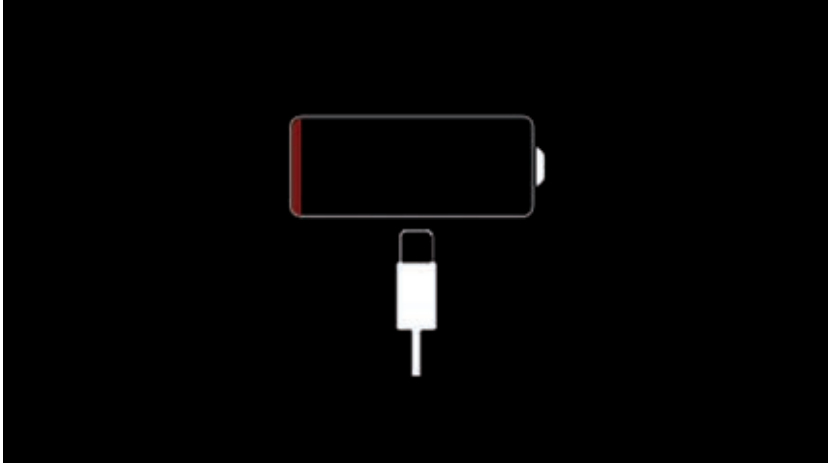
L'uso corretto dei social network è prezioso sia per la rapidità di una comunicazione "di servizio", che per sentirsi vicini alle persone alle quali si è affettivamente legati. L'uso del telefonino protegge inoltre dai rischi psicologici di un contatto diretto con gli altri, come filtro alle proprie eventuali incertezze relazionali.

Negli ultimi anni, peraltro, l'uso dei telefonini e di internet è sfociato in abuso, che si presenta ora come malattia sociale.

L'eccessivo uso dei telefonini rischia di impoverire un'autentica comunicazione. Il telefonino assume spesso infatti di per sé il valore di un sostituto della realtà. La comunicazione virtuale tende a sostituirsi alle forme reali di



Sindrome da dipendenza da smartphone: un'epidemia del XXI secolo.
"Liberaci dalle parole artificiali meccanicamente composte da frenetiche dita, con gli occhi fissi su tastiere mute di sorrisi".



comunicazione interpersonale, senza avere di questa l'insostituibile valenza di vincolo sociale. Isolamento e solitudine possono esserne allora le conseguenze. Lo stesso telefonino costituisce talora un anomalo "oggetto feticcio".

Psicologi e sociologi hanno individuato negli ultimi anni la "sindrome da smartphone", caratterizzata da una dipendenza patologica dall'uso del telefonino e di internet. Si configurano infatti situazioni in cui il bisogno del telefonino diventa compulsivo, creando dipendenze che hanno molte somiglianze con quelle causate da droghe.

Il bisogno del telefonino può diventare infatti ossessivo e progressivamente crescente e tende ad occupare tempi e spazi mentali sempre più ampi nella vita dei soggetti, che possono diventare capaci di azioni illegali pur di procurarsi i tipi più moderni e costosi di telefonini. Sono tutte caratteristiche delle dipendenze da droghe, tanto che alcuni studiosi hanno par-

lato di "cocaina digitale".

La metà degli utenti dei telefonini mobili vive con angoscia il timore di essere privato dell'uso del telefonino, quando le batterie manifestano segni di scarica o se attraversano zone prive di possibili connessioni. Il semplice gesto di spegnere il cellulare provoca resistenze psicologiche per il suo valore simbolico di recidere un filo irrinunciabile per accedere alla realtà (sindrome da disconnessione).

In una sorta di "schiavitù da cellulare", la maggior parte del tempo è dedicata alla gestione in sé del cellulare o alla navigazione in internet, il che si traduce spesso anche in un calo del rendimento scolastico e lavorativo.

Aspetti clinici

Clinicamente la sindrome da dipendenza da smartphone si caratterizza per una sintomatologia polimorfa e variabile: tachicardia, senso di mancanza d'aria, dolori toracici o alle

braccia, nausea, insonnia, tremori, senso di stordimento, cefalea, vertigini ed agitazione incontrollata, talora con sintomi simili a quelli di un attacco di panico.

I soggetti affetti da sindrome di smartphone presentano inoltre spesso disturbi nelle relazioni sociali e problemi di autostima, parallelamente al bisogno compulsivo di essere costantemente "connessi".

Gli psicologi hanno inoltre osservato in questi soggetti una scarsa intensità dei legami affettivi e familiari e consigliano spesso il ricorso alla psicoterapia.

La sindrome di Hikikomori

Similare alla sindrome da dipendenza da smartphone è la sindrome di Hikikomori, (letteralmente dal termine giapponese "farsi da parte, isolarsi"), recentemente descritta in soggetti che fanno uso eccessivo di internet. Colpisce in genere giovani che si rinchiodano nella propria stanza rifiutando ogni rapporto con l'esterno e trascorrendo la maggior parte del tempo, specialmente notturno fra internet, fumetti e videogiochi. Il soggetto che ne è affetto vive unicamente "on line" nell'isolamento volonta-

rio e prigioniero di un “identità virtuale” che lo porta al totale estraneamento dalla realtà quotidiana.

Un caso emblematico è quello di un quindicenne trovato due anni fa mentre vagava con lo sguardo perso in una stazione ferroviaria. In ospedale gli fu diagnosticato uno stato di “dipendenza tecnologica da internet” con tratti di ansia sociale e scarsa rete interpersonale”. Confessò poi : “ passo tutta la notte sul computer”.

La sindrome di Hikikomori viene dall’oriente e dilaga a macchia d’olio. In Giappone ne sono stati diagnosticati oltre 300.000 casi. In Cina è stata definita una “emergenza sociale”. In Inghilterra parlano di “epidemia”. Il 37% degli adulti inglesi ammette uno stato di dipendenza da computer.

In Italia sono stati presi in carico dalle strutture sanitarie oltre 50 casi.



Sindrome di Hikikomori

Gli occhi sono lo specchio dell'anima

Ancora una volta è la saggezza popolare ad additare la via di un ottimale equilibrio psichico, sottolineando l'importanza di un approccio visivo per un'ottimale comunicazione interpersonale e per una buona affettività. “Gli occhi sono lo specchio dell'anima” e “Lontano dagli occhi, lontano dal cuore”. Un' autentica comunicazione fra persone si basa infatti su un poliedrico mosaico di messaggi non solo vocali. È più facile comunicare i propri sentimenti guardandosi negli occhi, mediante il gesto amichevole di una mano che si appoggia su una spalla o con un semplice sorriso.

È proprio questo che manca nella realtà virtuale di Internet o nell'uso degli smartphone; una virtualità di sensazioni che scava solchi incolmabili negli scambi affettivi.

La società diventa allora un arcipelago di isole disperse in un oceano di incomunicabilità. Si finisce così per vivere in una realtà virtuale avulsa dalla pienezza di un approccio multisensoriale.

Rimane, ipertrofica, la componente vocale del rapporto comunicativo che progressivamente si impoverisce a spese



Gli occhi sono lo specchio dell'anima

della componente visuale, rinunciando allo scambio illuminante della reciproca componente fisiognomica e gestuale che tanta importanza ha per colorire di significati le dimensioni empatiche del processo comunicativo.

La “Ballata della realtà virtuale”

Come in molti altri campi della medicina, ad esempio nella diffusione della cultura della prevenzione, non sempre è facile per il medico penetrare nel mondo psicologico del paziente, e vincere le sue resistenze, esclusivamente attraverso linguaggi consueti, basati sulla logica razionale e su argomenti ragionati ed obiettivi.

Può essere allora utile, per far giungere il messaggio, fare leva con linguaggi inusuali e suggestivi sulla reattività psicosomatica del paziente, anche mediante strumenti subliminali di persuasione.

È quanto si propone la “Ballata della realtà virtuale” che segue questa sintetica rassegna sugli aspetti clinico-epidemiologici della sindrome di dipendenza da telefonino.

Ballata della realtà virtuale

Dacci oggi il nostro canto quotidiano, da intonare insieme, con le braccia alzate, come un'alleluia. Un canto fatto di parole vere: che abbiano suono di cristallo.

Parole che ci aiutino a costruire coi fratelli trasparenti cattedrali al centro delle città, dove danzare insieme, alla ricerca di comuni verità.

Ma liberaci dalle parole artificiali, meccanicamente composte da frenetiche dita, con gli occhi fissi su tastiere mute di sorrisi, labirinti di simboli senz'anima, da digitare solitari, al buio. Tastiere con cui combattere estenuanti war games, fantasmatiche battaglie per difendere mondi inesistenti dalle invasioni di microzooptici alieni, che ritornano negli incubi notturni a colonizzare i cervelli e farne deserti di neuroni spenti.

Parole senza suono; come granelli di sabbia, che si disperdono sul palmo della mano e che un vento senz'anima accumula e trascina, costruendo aride dune sulle terre fertili del cuore.

E ancora ricordaci il mistero delle cattedrali, che nei secoli abbiamo costruito con mattoni impastati con le parole dell'anima, e con pietre cementate dalle lacrime versate insieme. Dall'alto delle guglie scorgevamo allora le nostre case e ascoltavamo i figli cantare girotondi.

Che il Tuo dono sia, oggi, quello di poterci ancora parlare guardandoci negli occhi. Parole semplici e calde, quelle che il cuore confidava al cuore, quelle che abbiamo udito nei millenni dalle labbra dei compagni; parole che, come campane a festa, ci accompagnavano mentre tenendoci per mano danzavamo nelle piazze l'allegria di amicizie nate dagli sguardi.



Salvatore Fiume. *San Giovanni Battista nel deserto* (part., 1988)

“Dacci oggi il nostro canto quotidiano, da intonare insieme, con le braccia alzate, come un'alleluia. Un canto fatto di parole vere...”

LA VIGNETTA DI CIP



di Giovanni Ciprotti



Lettere a Cuore e Salute

DOMANDA

Smart Watch e battiti cardiaci

Buongiorno, vorrei avere se possibile una consulenza entro i limiti a voi concessi.

Ho acquistato da poco uno Smart Watch che rileva battiti cardiaci e valori pressori nelle 24 ore. Sembra funzionare discretamente, sebbene sia tra quelli più economici. Questa notte durante il sonno ha rilevato battiti cardiaci tra i 60 e gli 80, e la pressione arteriosa sempre intorno a 120/70, eccetto che nella misurazione delle 5 dove ha rilevato una pressione di 184/96 che mi ha spaventato! A cosa può essere dovuta? Devo approfondire? Grazie tante.

Fabio G., Varese

RISPOSTA

Gentile Sig. Fabio, apparecchi del tipo da Lei riferito non sono in generale del tutto affidabili, in quanto non validati da società internazionali o nazionali per l'ipertensione arteriosa o altre.



In linea generale gli apparecchi da polso risentono della posizione dell'avambraccio e quindi del polso che può far variare, in rapporto con il maggiore o minore slivellamento rispetto al cuore, i valori della pressione. Il dato della pressione notturna da Lei riferito è normale; quello delle 5 registra il così detto "picco mattutino" o "del risveglio", probabilmente amplificato dalla posizione dell'arto o da altri artefatti.

In linea generale nell'automisurazione della pressione è meglio avere un numero limitato di misurazioni affidabili, piuttosto che tante con troppi punti interrogativi. Nulla da dire sui valori della frequenza del polso che rientrano nei limiti della norma.

Quanto al suo attuale apparecchio può anche tenerlo, provvedendo tuttavia a munirsi anche di un apparecchio assolutamente affidabile in quanto validato (troverà utili informazioni "in rete"), in modo da poter disporre di dati certi per misurazioni periodiche e per controllo di eventuali valori anomali.

Cordiali saluti.

Vito Cagli

DOMANDA

Marijuana e cuore 2.o

Mi rivolgo, quale abbonato ed assiduo lettore della Vostra rivista da moltissimi anni, al Dottor Filippo Stazi, direttore responsabile, per domandare se ha letto il pezzo "Marijuana e cuore" a firma del vice direttore Dottor Eligio Piccolo e se ne condivide il contenuto e la sostanza: un vero e proprio "sdoganamento" di questa droga. "La natura prodiga di sostanze che a dosi moderate ci aiutano nel fatale andare..." (sic!) e simili affermazioni. Spero sinceramente che non vi sia condivisione, perché significherebbe trascurare un dato statistico inconfutabile, che cioè la gran parte degli utenti di droghe pesanti sono transitati per lo spinello! Io personalmente, nei miei 41 anni di magistratura, ne ho conosciuti moltissimi di giovani irrimediabilmente perduti dall'eroina: e NEMMENO UNO -dico UNO- di loro era giunto alla droga pesante senza prima aver fatto "tirocinio" con la MARIJUANA! Rifletta il dottor Piccolo, rifletta sui danni che certe opinioni stravaganti possono arrecare, specie se provengono da clinici importanti che scrivono su prestigiose riviste scientifiche.

Mario P., già Presidente di Tribunale

RISPOSTA

Gentile Dott. Mario, grazie innanzitutto per il Suo intervento, le critiche sono sempre più stimolanti e costruttive dei soli complimenti. Ho letto, condiviso e apprezzato l'articolo del Dottor Piccolo "Marijuana e cuore" cui fa riferimento nella Sua lettera. L'argomento è senz'altro delicato, "sensibile" come è di moda dire oggi e le Sue osservazioni ci permettono di puntualizzare meglio quella che è la nostra posizione al riguardo. Nell'articolo del Dottor Piccolo non c'è nessuno sdoganamento dell'uso ludico della marijuana, viene segnalata la legalizzazione della sostanza in vari stati nonché delle istanze in tal senso di alcune forze politiche italiane ma senza alcuna presa di posizione sul tema. L'argomento marijuana viene invece affrontato dal punto di vista medico. La scienza, come ben sappiamo, non è mai buona o cattiva ma è l'uso che se ne fa che può condurre verso il bene o verso il male. Nell'articolo viene chiaramente sottolineato, cito testualmente, che "la cannabis può causare un aumento della coagulabilità del sangue da cui il rischio di ictus e infarto.... analizzando oltre 200 mila abituarini dello spinello si è riscontrato che circa un terzo in più rispetto a coloro che non ne facevano uso ammalava d'infarto..." ... però è anche indubbio che la cannabis sia un farmaco e un presidio terapeutico con delle precise indicazioni, cito ancora, "si è dimostrata utile nel ridurre la nausea e il vomito conseguenti alla chemioterapia dei tumori, a lenire il dolore e gli spasmi muscolari e a ridare la fame agli inappetenti". D'altronde la legislazione italiana riconosce le proprietà terapeutiche della sostanza permettendone la prescrizione da parte del medico. Tale è il senso anche della conclusione dell'autore: "... la natura è ingannatrice perché spesso non ci dà la forza di adoperare le sostanze secondo quelle indicazioni che la nostra intelligenza nella ricerca scientifica ci chiarisce". Esplicitando quindi oltre ogni dubbio il nostro pensiero: marijuana si per scopi terapeutici, marijuana no per puro uso ricreativo. Confidando di continuare ad annoverarla tra i nostri assidui lettori Le porgo i miei più cordiali saluti.

Filippo Stazi



“

ANEDDOTI ROMANI

Bernini e Borromini

Piazza Navona è una delle più belle piazze di Roma, forse del mondo. Al centro troneggia la fontana dei 4 fiumi, progettata da Gian Lorenzo Bernini tra il luglio 1648 ed il giugno 1651 su commissione di Papa Innocenzo X, in piena epoca barocca. Quattro colossali figure, sedute in pose contrastanti, impersonano i grandi fiumi dei quattro continenti: il Nilo, il Gange, il Danubio e il Rio de la Plata. La fontana, coronata dalla colomba dello Spirito Santo, emblema di papa Innocenzo X committente dell'opera, fu anche interpretata come simbolo del trionfo della Chiesa sulle quattro parti del mondo. E' singolare che la figura raffigurante il Nilo si copra il capo mentre quella del Rio della Plata indietreggi alzando il braccio in atto di terrore. Ufficialmente il Bernini spiegò che aveva raffigurato il Nilo a capo coperto per alludere al mistero delle sorgenti del fiume, allora sconosciute. In privato diffuse però la voce, facilmente rilanciata dalla tradizione popolare, che aveva coperto il Nilo per non fargli vedere gli orrori della dirimpettaia facciata della chiesa di Sant'Agnese, opera del rivale Borromini e che analogamente il Rio della Plata retrocedeva spaventato perché ne temeva il crollo. D'altronde anche Francesco Borromini non era mai stato tenero col rivale sin da quando, motivo scatenante la loro conflittualità, gli aveva attribuito la responsabilità delle crepe comparse sulla facciata di San Pietro, a suo dire dovute all'eccessivo peso del campanile che il Bernini aveva progettato e che per tale motivo era stato poi abbattuto. La risposta borrominiana alla fontana dei 4 fiumi fu l'aggiunta come motivo ornamentale, sull'angolo della facciata barocca del Collegio Urbano, di due orecchie d'asino, sberleffo destinato al proprietario della casa di fronte che all'epoca altri non era che il Bernini.

Filippo Stazi



Nilo



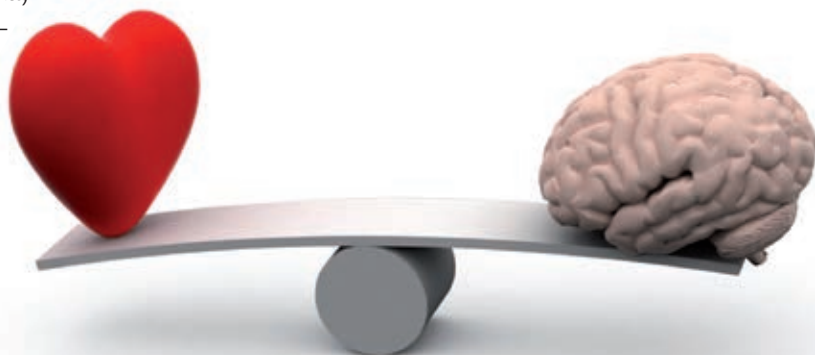
Rio della Plata

”

Il buco nel cuore che minaccia il cervello

Ne aveva riferito anni fa il Direttore Stazi in risposta a un lettore di Cuore e Salute e le sue considerazioni di allora non sono a tutt'oggi cambiate. Continua invece la diatriba sui rari casi di ictus conseguenti a quel buco e sull'opportunità di chiuderlo o meno, tanto che il "New England" di settembre 2017 ha dedicato quasi tutta una sua pubblicazione all'argomento, rivoltandolo come un calzino sotto ogni punto di vista.

Al colto e all'inclita però credo gli si debbano fornire prima di tutto le basi del problema, ossia cos'è quel buco, detto scientificamente forame ovale di Botallo, l'anatomico astigiano che nel XVI secolo lo descrisse senza poter sapere che sarebbe diventato un rischio per il calciatore Cassano. È lo stesso Leonardo Botallo cui viene attribuita anche la scoperta del più famoso dotto, che invece, secondo quanto mi riferisce il Thiene, sarebbe stato individuato anni prima dal bolognese Giulio Cesare Aranzi, detto Aranzio; attribuzioni che anche in scienza rivelano certe umane debolezze di primogenitura. Entrambi tuttavia, sia il forame che il dotto, sono necessari al feto che sta crescendo nell'utero materno, ma devono chiudersi dopo la nascita. Se ciò non avviene lo deve risolvere spesso, ma senza fretta il medico, il quale oggi riesce a farlo, non chirurgicamente come un tempo, ma con nuovi marchingegni che gli inglesi chiamano "device". Nel





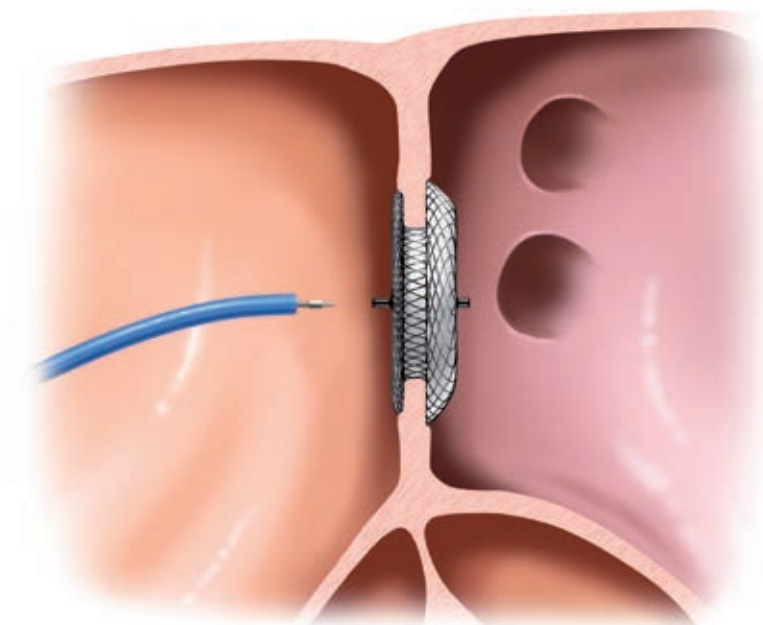
Antonio Cassano

caso di Cassano con una specie di bottone introdotto mediante un semplice catetere.

Ma, vi domanderete, perché quel forame non si chiude spontaneamente, come avviene quasi sempre per il dotto di Aranzio? La spiegazione è complessa e si perde nelle teorie che interessano solo

la speculazione accademica. Sta di fatto però che circa il 25% della popolazione generale continua ad averlo aperto vita natural durante. Lo avevano già visto, prima che l'ecocardiogramma lo confermasse, anche i patologi del passato nel sezionare soggetti anziani, deceduti per tutt'altra causa e senza che in vita quel difetto avesse dato loro alcun problema. Naturalmente affinché si abbia un ictus o un TIA, ossia un'ischemia cerebrale espressa da un qualche disturbo più o meno transitorio (paralisi, amnesia) non basta il buco, ci vuole qualcos'altro, come un piccolo coagulo che si stacchi da una vena e senza dissolversi

da qualche parte infili casualmente quel forame, passando così nel cuore a sinistra e di lì al cervello, anziché in altri organi meno vitali. La sfiga quindi che si formi un coagulo nelle vene, che questo imbocchi casualmente il buco e dopo per ulteriore jella arrivi al cervello rende ragione, per fortuna, della rarità dei Cassano rispetto a quel 25% di persistenza del difetto senza complicazioni. E rende anche ragione della titubanza del medico nel decidere se chiudere o no il pertugio, oppure affidarsi a un qualche farmaco che prevenga la formazione del coagulo. Da qui la necessità di programmare indagini su un certo numero di soggetti con il buco e vedere se la sua chiusura o la semplice terapia medica abbiano effetti uguali o diversi. Una prima indagine del 2012 non aveva dato differenze significative nei due gruppi, mentre una seconda del 2013 avrebbe dimostrato la superiorità della chiusura, con il condizionale però poiché la statistica non confermava la sua significatività; infine un terzo studio francese del 2017, indicato con l'acronimo CLOSE, che di per sé indicherebbe la via migliore, è decisamente a favore della chiu-



Ombrellino per chiusura forame ovale

sura. Nel frattempo la rivalutazione di un precedente confronto risultato incerto ha dato migliori risultati alla chiusura se si allungava il tempo di osservazione.

Perché quindi il problema si è fatto così complesso, come di-

cono in Toscana, di lana caprina? Le ragioni sono molte, prima di tutto la rara evenienza dell'ictus, che il medico colto si è affrettato a definire criptogenetico, un parolone che dal greco significa di genesi oscura o nascosta, e che al pari dei "sui

generis" o dei "sine materia" è un modo curiale di nascondere la propria ignoranza. Va inoltre considerato che anche coloro che mantengono quel forame aperto possono averlo di varie grandezze, quindi con rischio più o meno raro di infilarlo, e avere anche altre cause di ischemia cerebrale, come l'arteriosclerosi se sono anziani, o una fibrillazione atriale non rilevata (più spesso causa di embolie cerebrali). Per cui, in definitiva, è intervenuta la stessa FDA, l'organo di controllo degli USA, la quale raccomanda di non fare di tutti i pazienti un fascio, valutare caso per caso e se il "criptogenetico" persiste applicare l'adagio latino "in dubio pro reo" e invertire quello veneto in "meio el tacon del buso", ergo: applicare il device.

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:

Vito Cagli di Roma

Maria Luisa Coen di Roma

Francesco Frazzini di Roma

Antonio Giovanzana di Roma

Andrea Gobbo di Besana

Dario Indovina di Torino

Ampelio Piarotto di Mirano

Carmen Sciuto D'Arrigo di Roma

Enzo Zotti di Padova





di **Filippo Stazi**

Il vaccino antiinfluenzale e l'infarto

Molte volte sulle pagine di questa rivista ci siamo spesi a favore dei vaccini e contro le conseguenze nefaste della loro ingiustificata demonizzazione. Ritorniamo sull'argomento per sottolineare l'importanza della vaccinazione antiinfluenzale nella prevenzione degli eventi cardiovascolari.

Ci sono ormai molti dati sull'associazione tra influenza e infarto. Entrambe le condizioni hanno un picco di comparsa durante l'inverno; le epidemie influenzali si associano ad un aumento delle ospedalizzazioni per infarto e altre manifestazioni cardiovascolari; c'è, infine, abbondanza di risultati, sia prospettici che retrospettivi, mostrandoci una relazione temporale tra influenza e infarto con la prima che precede il secondo di un intervallo variabile ma in genere di pochi giorni.

I meccanismi con cui l'influenza può favorire l'insorgenza dell'infar-



to sono molteplici: il rilascio di mediatori infiammatori ad azione protrombotica; la rottura di placche aterosclerotiche già presenti nelle coronarie; il peggioramento della disfunzione endoteliale; un aumento del tono simpatico con successiva vasocostrizione; un ridot-



to apporto di ossigeno al cuore per effetto della febbre e delle conseguenti tachicardia, ipotensione e riduzione della saturazione d'ossigeno. Sono inoltre possibili effetti diretti sul cuore, ad esempio studi autotipici di topo infettati col virus dell'influenza hanno messo in evidenza la presenza del virus

all'interno del cuore con conseguenti modifiche infiammatorie del tessuto cardiaco.

Studi osservazionali hanno mostrato che l'efficacia protettiva del vaccino nei confronti della comparsa dell'infarto varia tra il 19 e il 45%. Uno studio canadese ha seguito per oltre 12 mesi 3.227 volontari con età media di 60 anni: la metà di loro è stata sottoposta alla vaccinazione antiinfluenzale mentre la restante ha ricevuto un'iniezione di placebo. Nel corso dell'anno successivo ci sono stati 187 episodi d'infarto o ictus tra i partecipanti e 65 decessi. I ricercatori hanno però osservato tra i volontari che avevano ricevuto il vaccino un'incidenza di ictus ed infarto inferiore del 50% e una mortalità più bassa del 40%. I dati sono risultati uguali sia tra i cardiopatici che tra i soggetti sani. Un altro studio ha analizzato gli effetti del vaccino su 230 portatori di defibrillatori impiantabili. 179 di questi erano stati vaccinati e gli altri no. Durante la stagione influenzale il 10,6% dei pazienti vaccinati riceveva almeno una terapia dal defibrillatore rispetto al 13,7% di quelli che non avevano ricevuto il vaccino. Infine, in una metanalisi di studi randomizzati l'uso del vacci-

no antiinfluenzale risultava associato ad un minore rischio di eventi avversi cardiaci con il massimo beneficio che si osservava nei soggetti a più alto rischio di malattia.

L'effetto protettivo del vaccino sembrerebbe dipendere dalla sua capacità di prevenire la comparsa dell'influenza e quindi dei meccanismi tramite i quali essa aumenta la probabilità dell'infarto. Non è però possibile escludere anche altri effetti protettivi. La riduzione del rischio d'infarto che si ottiene con la vaccinazione è assimilabile a quel-

la fornita da altre misure di prevenzione cardiovascolare ormai pienamente accettate sia dalla comunità scientifica che dalla popolazione quali l'astensione dal fumo di sigaretta (riduzione del rischio del 30-40%), l'uso della terapia con statine (calo del 20-30%) o il ricorso ai farmaci antipertensivi (diminuzione del 17-25%) e quindi il vaccino dovrebbe essere considerato a tutti gli effetti parte dei programmi di prevenzione e gestione delle malattie cardiovascolari. Inoltre la vaccinazione è sostanzialmente economica e sicura e ciò le fornisce un rapporto costo/efficacia particolarmente favorevole, soprattutto nelle persone ad alto rischio cardiovascolare. Ciò nonostante il suo uso è tuttora desolatamente basso con una percentuale nei soggetti con meno di 65 anni, intorno al 30%.

Forse nuovi studi randomizzati di maggiore numerosità potrebbero migliorare la situazione ma più ancora è auspicabile e necessario un cambio culturale che coinvolga i medici, la popolazione e, soprattutto, il gestore politico.

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

- *Giuliana e Ampelio Piarotto per onorare la memoria di nostro figlio Pietro.*
- *La moglie ed il figlio per onorare la memoria del Sig. Umberto Comparato di Bolzano*
- *Le Famiglie Ciampone, Ruscillo e Russo per onorare la memoria della Sig.ra Mariella Gemelli di Francavilla*

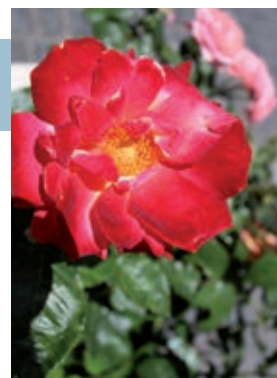


Foto di Giorgia Magnoni

VETRINA DELLE PERLE

di Bruno Domenichelli

Parole che aiutano a vivere

Ulisse

- Ti sei spogliato degli abiti di Eroe e, da Uomo, non hai temuto il canto delle Sirene. Ma invano hai cercato lungo i mari del mondo la spiaggia dell'assoluto. Il tuo assoluto lo porti scolpito nel cuore.

Umiltà

- Preghiera del medico: "Insegnaci ad accostarci con umiltà al mistero del dolore".

Universo

- Ognuno aveva il suo cero acceso dinanzi all'universo.
- Ascolta il canto silenzioso delle stelle.

Van Gogh

- Esploravi il cielo delle tue notti con occhi visionari, telescopi dell'intuizione, capaci di scoprire in una stella spirali di galassie.



Ulisse e le sirene

Vela

- Il vento disegna sul mare messaggi che la vela decifra.

Vendetta

- S'è rinnovata l'antica legge dell'uomo che il sangue chiede altro sangue.

Vento

- Vento: catalizzatore magico di sensazioni e memorie.
- Il vento oggi scava caverne nel cielo.
- Vieni, ascoltiamo insieme l'arpa del vento.
- Un vento carico di mare scuoteva l'anima dei mulini.
- Vento: energia alchemica che rende fluide memorie pietrificate dal trascorrere del tempo; metafora privilegiata per trasmettere sfuggenti sintonie.



Corsaro II, 1960

Vita

- Vivere è scorrere nella grande corrente, come il santone dal volto dipinto di bianco.
- Vivere è avere in pugno la rosa dei venti e il timone.
- Un veliero di sogni, nella nebbia, attraversa lontano l'orizzonte. La vita dura lo spazio di quest'apparizione.
- Anche se nella lotta della vita siamo sconfitti, la vita stessa è il premio alla fatica del vivere.
- Vivere è camminare cantando sul fiume della vita; conoscere, con un solo sguardo, il cielo e gli abissi.



La gioia di vivere, Pablo Picasso, 1946



CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2018

XXXV Congresso di Cardiologia

del Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus
Firenze, Palazzo dei Congressi 16-17-18 marzo 2018

Coordinamento: Francesco Prati

VENERDÌ 16 MARZO

I Sessione

Moderatori: Giancarlo Piovaccari, *Rimini*
Pierfranco Terrosu, *Sassari*

8.45 **Quattro regole d'oro per dimezzare il rischio di eventi cardiovascolari.**

Pier Luigi Temporelli, *Veruno - NO*

9.00 **I big data: la clinica sta già cambiando?**

Luigi Tavazzi, *Cotignola - RA*

9.15 **Il trattamento percutaneo della tricuspide nello scompenso destro refrattario.**

Antonio Colombo, *Milano*

9.30 **Quando ricorrere alla resincronizzazione cardiaca nello scompenso: tipologia e durata del ritardo di conduzione.**

Riccardo Cappato, *Rozzano - MI*

9.45 **Discussione**

II Sessione

Moderatori: Maria Luisa Finocchiaro, *Roma*
Massimo Massetti, *Roma*

10.15 **Controversie in cardiocirurgia: la rivascolarizzazione multivasale solo arteriosa ed il by-pass a cuore battente migliorano la prognosi?**

Ottavio Alfieri, *Milano*

10.30 **"Precision medicine" nella cardiopatia ischemica: spazio alle nuove terapie anticorpali (ipolipemizzante ed antiinfiammatoria).**

Francesco Prati, *Roma*

10.45 **La miocardite che evolve in cardiomiopatia: quando genetica e cause scatenanti lavorano assieme.**

Gianfranco Sinagra, *Trieste*

11.00 **L'inversione dell'onda T nell'elettrocardiogramma. Quando preoccuparsi e quando non.**

Filippo Stazi, *Roma*

11.15 **Discussione**

11.45 **Intervallo**

12.10 - 12.40 **LETTURA MAGISTRALE**

Terapia dello scompenso: passato, presente e futuro

Michele Senni, *Bergamo*

Introduzione di: Raffaele De Caterina, *Chieti*

III Sessione

Moderatori: Fiorenzo Gaita, *Torino*
Rosanna Pes, *Olbia*

14.40 **Come migliorare la terapia della miocardite: ruolo di RM e biopsia miocardica.**

Alida Caforio, *Padova*

14.55 **Lo studio CLIMA: individuare il rischio di infarto con un nuovo score anatomico.**

Enrico Romagnoli, *Roma*

15.10 **Il tramonto della triplice terapia nella fibrillazione atriale.**

Piera Capranzano, *Catania*

15.25 **Prevenzione primaria e ipercolesterolemia. "Dottore mi dia la statina naturale".**

Andrea Poli, *Milano*

15.40 **Discussione**

16.10 **Intervallo**

IV Sessione

Moderatori: Enrico Agabiti Rosei, *Brescia*
Mario Motolese, *Roma*

16.30 **L'acido acetilsalicilico in prevenzione primaria. A chi?**

Laura Gatto, *Roma*

16.45 **Stent bioassorbibili. Solo brutte notizie?**

Davide Capodanno, *Catania*

17.00 **Iperensione nell'anziano. Quali sono i limiti pressori?**

Massimo Volpe, *Roma*

17.15 **Il trial Syntax II: confronto tra by-pass ed angioplastica guidata da FFR nel paziente multivasale.**

Ciro Indolfi, *Catanzaro*

17.30 **Discussione**

VENERDÌ 16 MARZO

CASI CLINICI E VOI COSA FARESTE?

Moderatori: Giuseppe Biondi Zoccai, *Roma*
Claudio Cavallini, *Perugia*

- 18.00 Total eclipse of the heart.**
Benedetta Tomberli, *Firenze*
- 18.10 Una strana dispnea... sono sempre questioni di cuore?**
Marzia Albano, *Roma*
- 18.20 Ognuno vede ciò che sembra, pochi ciò che realmente è**
Pasquale Paolisso, *Bologna*
- 18.30 Un cuore da gigante...**
Vera Elena Bottari, *Catania*
- 18.40 Old habits die hard.**
Manuel Conti, *Milano*
- 18.50 The dark Side of the heart.**
Chiara Bernelli, *Milano*

SABATO 17 MARZO

V Sessione

Moderatori: Francesco Bovenzi, *Lucca*
Marco Metra, *Brescia*

- 8.45 Il paziente in shock. Vecchi e nuovi supporti di circolo.**
Fabrizio Oliva, *Milano*
- 9.00 Dieta, colesterolemia, pressione arteriosa e
incidenza di coronaropatia negli indigeni della
foresta amazzonica. Spunti di riflessione.**
Claudio Rapezzi, *Bologna*
- 9.15 La stenosi aortica dell'anziano si può prevenire.
Vecchi fattori di rischio per una nuova patologia.**
Giuseppe Di Pasquale, *Bologna*
- 9.30 Discussione**

SIMPOSIO LA VALVOLA AORTICA

Moderatori: Alessandro Boccanelli, *Roma*
Niccolò Marchionni, *Firenze*

- 9.50 Ottanta o novant'anni: quando la valvuloplastica,
quando la TAVI per trattare la stenosi aortica?**
Corrado Tamburino, *Catania*
- 10.05 Il rischio di ICTUS dopo TAVI. Il ruolo dei NAO.**
Raffaele De Caterina, *Chieti*
- 10.20 Stenosi aortica moderata ed insufficienza ventricolare
sinistra. Una brutta associazione.**
Leonardo Bolognese, *Arezzo*
- 10.35 Discussione**
10.55 Intervallo

JACC SYMPOSIUM

Chairpersons: Eloisa Arbustini, *Pavia*
Francesco Prati, *Roma*

- 11.15 Evolving Scientific Approaches to the Promotion of
Cardiovascular Health,
Aging and Cognitive Function.**
Valentin Fuster, *New York, NY - USA*

HOT TOPICS FROM JACC

- 11.45 Hot topics in Interventional Cardiology**
Antonio Colombo, *Milano*
- 12.00 Hot topics in Heart Failure**
Joseph Rogers, *Durham, NC - USA*
- 12.15 Hot topics in Coronary Imaging
(non invasive and intravascular)**
Yellapragada S. Chandrashekar, *Minneapolis, MN - USA*

SABATO 17 MARZO

VI Sessione

Moderatori: Germano Di Sciascio, *Roma*
Francesco Versaci, *Latina*

14.40 **L'angina dopo rivascolarizzazione incompleta: soluzioni terapeutiche.**
Enrico Natale, *Roma*

14.55 **L'insufficienza renale nello scompenso acuto. Ci sono vecchie abitudini da dimenticare?**
Gennaro Cice, *Napoli*

15.10 **Ablazione epicardica nelle miocardiopatie genetiche: una nuova frontiera.**
Carlo Pappone, *San Donato Milanese - MI*

15.25 **Genetica e clinica. Attuali applicazioni, limiti e sviluppi futuri.**
Eloisa Arbustini, *Pavia*

15.40 **Discussione**

16.10 **Intervallo**

VII Sessione

Moderatori: Michele Massimo Gulizia, *Catania*
Francesco Musumeci, *Roma*

16.30 **Il Valsartan/Sacubitril nello scompenso cardiaco con ipotensione. Come, quando e perché.**
Angela Beatrice Scardovi, *Roma*

16.45 **Trattamento a distanza dell'aneurisma aortico. Siamo certi che le protesi endovascolari migliorino i risultati della chirurgia?**
Nicola Mangialardi, *Roma*

17.00 **CHADSVASC alto in assenza di fibrillazione atriale. NAO sì, NAO no.**
Gian Piero Perna, *Ancona*

17.15 **Quanto conta il microcircolo nella pratica clinica?**
Paolo Camici, *Milano*

17.30 **Discussione**

18.00 - 19.00 **Moderated Poster**

THE YOUNG AND THE MASTERS TOGETHER

Presenters and our distinguished faculty

(non accreditato ai fini ECM)

DOMENICA 18 MARZO

VIII Sessione

Moderatori: Filippo Crea, *Roma*
Roberto Ricci, *Roma*

9.15 **Il tempo "door-to-furosemide". Precocità nel trattamento dello scompenso cardiaco.**
Vito Piazza, *Roma*

9.30 **Defibrillatore e cardiopatia dilatativa non ischemica: una storia senza fine.**
Giuseppe Ambrosio, *Perugia*

9.45 **Il diabete nel terzo millennio. Migliora la prognosi ma avanzano le forme giovanili.**
Claudio Borghi, *Bologna*

10.00 **Dolori muscolari e CPK alto. Spazio agli inibitori PCSK9 al posto delle statine.**
Alberto Corsini, *Milano*

10.15 **Impiego dei NAO nella cardiopatia ischemica: lo studio COMPASS.**
Stefano Savonitto, *Lecco*

10.30 **Il trattamento dello storm aritmico.**
Leonardo Calò, *Roma*

10.45 **Discussione**

11.15 **Premiazione "Casi Clinici" e "Comunicazioni Orali"**

EVENTI SCIENTIFICI ORGANIZZATI CON IL SUPPORTO DELLE AZIENDE (non accreditati ai fini ECM)

VENERDÌ 16 MARZO

- 12.40 Auditorium**
Lettura (Neopharmed-Gentili)
"Canrenone: una nuova prospettiva nella gestione dello scompenso cardiaco"
- 12.40 Palazzo degli Affari**
Luncheon Panel (Bayer)
"L'esperienza clinica con Rivaroxaban: sicurezza ed efficacia nel paziente fragile"
- 12.40 Palazzo degli Affari**
Luncheon Lecture (Daiichi-Sankyo)
"Edoxaban, una scelta di cuore"
- 13.10 Auditorium**
Lettura (Sanofi)
"Novità dall'American College: cambia la terapia del paziente dopo sindrome coronarica acuta?"
- 13.40 Auditorium**
Simposio (Boehringer Ingelheim)
"La percezione di sicurezza di un prodotto influenza la nostra scelta: perchè impiegare il Dabigatran"

SABATO 17 MARZO

- 8.15 Auditorium**
Lettura (A. Menarini)
"Trattamento dell'angina nel diabete mellito: vantaggi della Ranolazina"
- 12.40 Auditorium**
Lettura (AstraZeneca)
"Il beneficio clinico continuo della duplice terapia antiaggregante (DAPT) oltre i 12 mesi"
- 12.40 Palazzo degli Affari**
Luncheon Lecture (Bristol- Myers Squibb - Pfizer)
"Apixaban: come l'utilizzo strategico migliora la prognosi del paziente"
- 12.40 Palazzo degli Affari**
Luncheon Panel (Abbott)
"Novità in cardiologia interventistica"
- 13.10 Auditorium**
Lettura (Alfasigma)
"Ipertrigliceridemia e PUFA n-3: il loro ruolo spesso trascurato nella prevenzione della malattia cardiovascolare"
- 13.40 Auditorium**
Simposio (Novartis)
"Insufficienza cardiaca: un'urgenza che ci spinge al cambiamento"

DOMENICA 18 MARZO

- 8.45 Auditorium**
Lettura (A. Menarini)
"Dalla malattia articolare alle complicanze cardio-renali: l'importanza della inibizione della xantina ossidasi"

Per informazioni e modalità di iscrizione consultare il sito www.centrolottainfarto.it e cliccare su: *"Congresso Conoscere e Curare il Cuore"*

Segreteria Organizzativa e Prenotazioni Alberghiere:

- Centro per la Lotta contro l'Infarto Srl
- Via Pontremoli, 26 - 00182, Roma
- Tel. 06 3218205 - 06 3230178
- Fax 06 3221068 • email: clicon@tin.it
- www.centrolottainfarto.it

“ Aspirina per tutta la vita?

È la domanda che si pongono molti pazienti, i quali spesso dopo le risposte evasive del medico finiscono con il sospenderla, fino al 30% dopo 1-3 anni dall'infarto. Anche perché essi non ne vedono quell'effetto immediato come quando invece prendono il diuretico o l'antiipertensivo. D'altra parte, il medico curante trova difficoltà a spiegarne l'importanza a chi non ha la minima idea di come avvenga la coagulazione del sangue e cosa c'entri questa con l'infarto, e del perché si prescriva l'aspirina in continuazione, la stessa che sua nonna prendeva saltuariamente nei mal di testa o nell'influenza, e quindi giustamente il medico ci rinuncia e pretende l'ipse dixit. Credo che anche il dottor Hoffman della Bayer, il chimico che oltre un secolo fa la costruì in laboratorio partendo dall'estratto della corteccia del salice

piangente per ottenerne un derivato più attivo contro i reumi del padre, mai avrebbe pensato che l'acido acetilsalicilico ottenutovi avrebbe avuto tanta fortuna. E non solo per quelle indicazioni antalgiche di poco conto, ma soprattutto al tempo già dei suoi figli e nipoti come preventivo della malattia coronarica e dell'ictus. Se fossi capace di spiegare “all'incolto e all'inclita” cosa sia l'aggregazione piastrinica e come l'aspirina intervenga nel contrastarla, e perché questa azione sia una specie di vaccino contro l'infarto e gli altri guai vascolari, credo che i saggi di Stoccolma dovrebbero inventare il Nobel dell'Informazione e, modestamente, assegnarmelo. Mi accontento e si accontentino i lettori di conoscere che molti anni fa, siamo ancora ai tempi della guerra fredda, i ricercatori attenti alla nostra salute hanno scoperto che l'aspirina

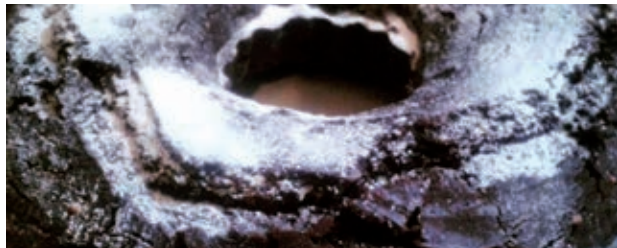
a basse dosi giornaliere, dai 75 ai 100 milligrammi, come nella diffusissima cardioaspirina, è in grado di prevenire, non completamente si capisce, ma in una buona percentuale, le malattie cosiddette cardiovascolari. La spesa sanitaria fortunatamente è contenuta, anche perché il brevetto Bayer è abbondantemente scaduto e il costo per fabbricarla è modesto, sicché oggi si abbonda nella prescrizione. “Abbondandum ad abbondandi”, come diceva Totò. I molti studi eseguiti al proposito hanno precisato che i benefici dell'aspirina si ottengono soprattutto in coloro che hanno già sofferto di un qualche accidente vascolare, la cosiddetta prevenzione secondaria, meno in quelli con molti fattori di rischio (familiarità, diabete, colesterolo, ipertensione, fumo), e pare nessuna nei soggetti normali. Tutto ciò è stato confermato recentemente, settembre 2017, da uno studio svedese di Uppsala nel quale sono stati arruolati dal 2005 al 2009 oltre 600 mila consumatori di aspirina per la profilassi di cui sopra, e seguiti per 3 anni. Al termine di questi si è constatato che coloro che la assumevano, rispetto a quelli senza, avevano una minore comparsa di malattie cardiovascolari, calcolabile in circa un terzo dei casi. Un risultato ragguardevole, che conferma la bontà del farmaco e l'opportunità di non sospenderlo nei casi precisati dalle linee-guida, a meno che non si verifichino gli effetti secondari, quali emorragie o reazioni allergiche.

Eligio Piccolo



IL CUORE IN CUCINA

di Lucilla Scuto



Ciambellone vegano al cacao

Ingredienti per 4 persone:

200 gr di farina bianca o integrale
15 gr di fecola di patate
150 gr di zucchero di canna
1 bustina di lievito
40 gr di cacao amaro
50 gr di mandorle
80 gr di olio di mais
250 gr di latte di soia o riso
1 pizzico di sale

Preparazione

Per prima cosa frullate bene le mandorle per ridurle il più possibile, poi mettetele insieme alla farina, alla fecola, allo zucchero, al sale, al lievito ed al cacao. Amalgamate bene il tutto e aggiungete il latte e l'olio.

Mescolate fino ad ottenere un impasto liscio ed omogeneo, la consistenza dovrà essere quella di una crema un po' spessa.

Lasciatela riposare un po' mentre preparate la teglia, l'ideale è quella rotonda da 22 cm con cerniera per aprirla, ma vanno bene anche le teglie da ciambella o quella in silicone. Potete usare la carta forno, ma io preferisco ungere la teglia e cospargerla bene di pan grattato. Accendete il forno a 180°, versate la crema nella teglia e appena il forno è in temperatura, infornate e lasciate cuocere per 30 minuti circa, (dipende dal vostro forno, quindi vale sempre la "prova stecchino", se infilato nel ciambellone ne esce umido, cuocere altri 5 minuti).

Una volta che la torta è pronta lasciatela raffreddare su un piatto da portata, una volta fredda spolverizzatela con lo zucchero a velo e della granella di mandorle.

Buon Appetito!

di Franco Fontanini

aforismi

L'Italia non è un paese, è solo folla.

> *Benedetto Croce*

Oggi si fanno e si ascoltano cose di una volgarità sconvolgente che la gente prende per satira.

> *Enrico Vaime*

Andare al carnevale a Rio in Brasile con la fidanzata, è come andare all'Oktoberfest con una birretta.

> *Stefano Noses*

Affogò, perché si vergognava a gridare aiuto.

> *Marcello Marchesi*

Un mio amico è un idiota. Fuma tre pacchetti di sigarette al giorno e non accenna a smettere. La sua scusa è: "Perché smettere? Qualunque cosa può uccidermi. Magari sono lì che attraverso la strada e un autobus mi piomba addosso". Gli ho detto: "Sì, ma se fumassi meno, potresti attraversare la strada molto più in fretta".

> *Gregg Rogell*

Quello di salvare l'Italia a ogni costo è sempre stato il principale vizio degli italiani di ogni tempo, sicché sarebbe opportuno aggiornare i cartelli affissi nei luoghi pubblici: "E' proibito fumare e salvare l'Italia".

> *Giovanni Guareschi*

Se ogni essere umano ha un numero preciso di battiti cardiaci, non intendo sprecare i miei correndo in giro a fare jogging.

> *Neil Armstrong*

Quando la virtù ha dormito, si alza più fresca.

> *Friedrich Nietzsche*

Non credo nella vita ultraterrena, ma per precauzione porto con me della biancheria di ricambio.

> *Woody Allen*

Il tempo è la cosa più preziosa che l'uomo possa sprecare.

> *Teofrasto*

Chi ha fretta d'arricchire difficilmente si conserva innocente.

> *Antico proverbio*

Non pensate di annegare i dispiaceri nell'alcool: hanno imparato a nuotare benissimo.

> *Anonimo*

Nessun grande artista vede mai le cose come sono realmente. Se lo facesse non sarebbe più un artista.

> *Oscar Wilde*

I risparmi sono una cosa molto buona, soprattutto se i tuoi genitori li hanno fatti per te.

> *Winston Churchill*

Una volta che rinunci alla sincerità, tutto il resto è facile.

> *Arthur Bloch*

Non preoccuparti del fatto che le gente non ti conosca. Preoccupati piuttosto del fatto che forse non meriti di essere conosciuto.

> *Confucio*

I giorni indimenticabili della vita di un uomo sono cinque o sei in tutto. Gli altri fanno volume.

> *Ennio Flaiano*

Scrivere è un modo di parlare senza essere interrotti.

> *Jules Renard*

La morte è difficile fissarla. Ma qualche occhiata è bene lanciargliela.

> *Francois de la Rochefoucauld*

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 € 25.00.
- 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)
- ON-LINE CON **DONA ORA** DIRETTAMENTE DAL SITO **WWW.CENTROLOTTAINFARTO.IT**
- DIRETTAMENTE PRESSO LA NOSTRA SEDE

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 - Via Pontremoli, 26 - 00182 Roma.

Ogni mese una *newsletter* sulla salute del tuo *Cuore*

DONA ORA

DIVENTA
SOCIO DEL CLI

LA NOSTRA
RICERCA

SOSTIENI IL CLI
CON IL TUO 5X1000

ARCHIVIO
NEWSLETTER



Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

NEWSLETTER



Capire per prevenire

di Antonella Labellarte



**LE DIFFERENZE DI GENERE NELLE MALATTIE
CARDIOVASCOLARI.**

VI È SEMPRE QUALCOSA DA DIRE...

di Antonella Labellarte

Si sa da sempre che uomini e donne sono diversi tra loro. Sembra una frase addirittura sciocca da scrivere.



ATTENZIONE AGLI ADOLESCENTI

di Claudio Ferri

Come è noto, obesità ed incremento della pressione arteriosa sono particolarmente correlati, soprattutto nell'età preadolescenziale e adolescenziale.



UNA SANA COLAZIONE PER ARTERIE PIÙ SANE

di Antonella Labellarte

Negli ultimi dieci anni diversi studi hanno mostrato che saltare la colazione è associato a una serie di alterazioni in grado di condurre allo sviluppo di sindrome metabolica.

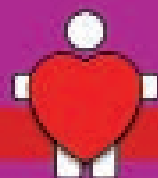
PER RICEVERE LA NEWSLETTER OGNI MESE CLICCA QUI



INVIA AD UN AMICO



www.centrolottainfarto.org



Centro per la Lotta contro l'Infarto
Fondazione Onlus

Capire per prevenire

5X1000

LA NOSTRA RICERCA HA BISOGNO DEL TUO AIUTO!

Una scelta che fa bene al cuore

Scegli il CLI e, senza versare un euro in più di tasse, dai continuità alla prevenzione dell'infarto e alla ricerca scientifica contro le malattie cardiologiche.

COME DESTINARE IL TUO 5 X1000

Basta la tua firma e il codice fiscale 97020090581 del Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus. *(In caso di scelta firmare in UNA sola delle caselle)*

Firma per la prevenzione

oppure

Firma per la ricerca

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

Spazio del contribuente o dell'altro organizzatore con incarico di ritiro moduli. All'assegnazione di provincia e della circoscrizione elettorale, il contribuente ha la possibilità di scegliere il beneficiario del 5 per mille dell'IRPEF.

nome Mario Rossi

Codice fiscale del beneficiario (eventuale) 97020090581

Spazio per il beneficiario della destinazione del 5 per mille dell'IRPEF.

nome Mario Rossi

Codice fiscale del beneficiario (eventuale) 97020090581

SEGUICI SU: www.centrolottainfarto.it