

Cuore e Salute

N. 1-2 gennaio-febbraio 2019

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



L'amatriciana

ANNO XXXVII • 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

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



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)

Sostegno del volontariato e delle altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale e delle associazioni e fondazioni riconosciute che operano nei settori di cui all'art. 10, c. 1, lett a), del D.Lgs. n. 460 del 1997

FIRMA *Mario Rossi*

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

Finanziamento della ricerca scientifica e della università

FIRMA *Mario Rossi*

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

SEGUICI SU: www.centrolottainfarto.it



Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Presidente
Francesco Prati

Presidente onorario
Mario Motolese

Il Centro per la Lotta contro l'Infarto (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 XXXVI 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. 1-2/2019

- 4 • **L'amatriciana** Salvatore Milito
- 6 • **Il rumore, un nuovo fattore di rischio** Filippo Stazi
- 8 • **La stretta di mano. Atto II [E.P.]**
- 9 • **Il cuore ha le sue ragioni...** Eligio Piccolo
- 11 • **I treni ospedale dell'Ordine di Malta nella Grande Guerra**
Daniela Baldo
- 14 • **Qualche secondo di buon umore**
- 15 • **Dal Congresso Conoscere e Curare il Cuore 2018**
Le regole d'oro per dimezzare il rischio di eventi cardiovascolari
Intervista di Filippo Stazi a Pier Luigi Temporelli
- 20 • **Nobel "negati" alle donne di scienza. Rosalind Franklin**
Alberto Dolara
- 23 • **2018. I top ten di Atropo [E.P.]**
- 24 • **Quaderno a Quadretti** Franco Fontanini
- 26 • **Pillole di romanesca saggezza [F.S.]**
- 27 • **Lettere a Cuore e Salute**
- *Pressione alta al mattino, Vito Cagli*
- *Caccia alla protesi Killer, Filippo Stazi*
- 30 • **La vignetta di Cip** Giovanni Ciprotti



p. 15



p. 24



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-Febbraio 2019
*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



31 • **Vita di medico**
Avventura nella nebbia Bruno Domenichelli

p. 31



35 • *Vade retro "piuttosto che..." [S.M.]*

36 • **Quadri e Salute** Filippo Stazi

38 • **Medicina e Società**
Gli aromi e la sigaretta elettronica Eligio Piccolo

41 • **Delitti ambientali. Gli incendi negli impianti di trattamento rifiuti** Aldo Di Giulio

44 • *Girl power in cardiologia [F.S.]*

45 • **Già fatto???** Filippo Stazi

49 • *Aneddoti Romani [F.S.]*

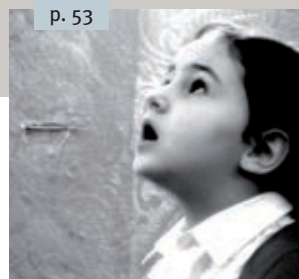
50 • **Sauna, il sole del nord** Eligio Piccolo

p. 45



53 • **Ecologia della mente**
Dodecalogo dell'ecologia della mente Bruno Domenichelli

p. 53



57 • **Conoscere e Curare il Cuore 2019**

61 • **Il cuore in cucina**
Lenticchie rosse speziate Valentina Girola

62 • **Aforismi** Franco Fontanini

Preghiera 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 **Salvatore Milito**

L'amatriciana

La signora, settantotto anni, magra, pallida, capelli raccolti a crocchia, labbra sottili e rughe in ordine sparso, come a raccontare travagli senza risposte, mi snocciola la sua scarna storia clinica: precedenti patologici zero; vita sana (intesa come privazione di tutto ciò che, a suo dire, “dovrebbe essere cancellato dalla nostra tavola”); niente fumo né caffè né vino; piatti insapori per paura del colesterolo, degli zuccheri e di altri nutrienti immaginati come nocivi. Si dice ostinatamente attenta a “scovare inganni e cose tossiche nelle scritte dei pacchetti del supermercato”. Attività fisica “quel tanto che serve per rifornirmi di provviste e basta, per non logorare le giunture”. E viene al punto. Lamenta qualche saltuario “salto dentro il petto, come una specie di ruzzolone”, senza alcun malessere ma con una certa ansia. Tradotto, dopo auscultazione e tracciato: isolate extrasistoli, di nessun significato patologico. Il resto, organi, funzioni, apparati, è apparentemente in ordine. Nelle analisi di laboratorio portate in visione niente da rilevare tranne un’anemia da carenza di ferro e un tasso ridotto di vitamina B12, in linea con la sua dieta carente. Mentre le do le opportune spiegazioni sull’inoffensiva aritmia colgo un suo sguardo scettico, quasi





spuntata, finalmente la molla sta benedetta pillola!”) e scrivo - alle mie spalle l'accigliato Ippocrate del “primum non nocere!”-: un'amatriciana di tanto in tanto ! Tornano le rughe, più profonde e (credo) più numerose di prima. E vengo trafitto da un sguardo aguzzo. Aggiungo altre spiegazioni, se convincenti non so. La signora è una che parla poco ma si esprime con le pieghe misteriose del suo viso. Nel suo accomiarsi colgo un forte inarcamento di sopracciglia e un sogghigno che vogliono essere di condanna al rogo degli eretici. Dopo una veloce autoanalisi accantonano l'idea che la mia “prescrizione” sia frutto di una ripicca di fronte a quell'atteggiamento insolentemente scettico, quasi da lesa-professionalità. Mi rinforza nella mia apparente deriva terapeutica la definizione che dà l'OMS del concetto di salute: “Completo benessere fisico, psicologico e sociale e non solamente assenza di malattia” e mi convinco definitivamente che, nel caso della signora, l'amatriciana sia, con quei pochi, indispensabili grammi di guanciaie e quel canonico cucchiaino scarso di pecorino, l'antiaritmico che ci vuole.

deluso. Aggiungo, illudendomi di essere convincente, “In una vita il cuore batte miliardi di volte; vuole che ogni tanto, sporadicamente, non faccia qualche piccolo, innocuo ruzzolone come il suo, che non comporta nessun rischio?”. Risposta visibilmente seccata, detta con labbra ridotte a una sottile riga: “Sarebbe troppo pretendere di non averne nemmeno uno di questi ruzzoloni?”. Ricevuto! La signora non se ne fa niente delle mie rassicurazioni e dei miei chiarimenti. Né del mio incitamento a fare una camminata di una mezz'oretta al giorno (“vedrà che starà meglio”). Vuole la pasticcia. Tento altre vie, calco la mano sulla dieta sbagliata, carente, questa sì potenzialmente disturbante per il ritmo cardiaco; scanso ogni tec-

nicismo, riesumo qualche altra battuta. Niente. Quel viso di gesso rimane fisso sulle sue attese-pretese di “una medicina per eliminare i ruzzoloni”. Sono tentato: con qualche capsula di Biancospino metterei (forse) la signora tranquilla. Ma se lo faccio rischio di cadere in contraddizione; equivarrebbe a mutare l'extrasistolia che avevo etichettata come banale in un'aritmia meritevole di una qualche ineludibile cura, perché rischiosa. Ci vuole un piano B. Uno che sposti l'attenzione della donna dalla sua fissazione, che ridia senso a una vita da troppo tempo polarizzata su rischi al momento inesistenti, che smorzi le presunte virtù di quel modo autolesivo di nutrirsi. Afferro il ricettario (vedo qualche ruga spianarsi, come a dire “L'ho

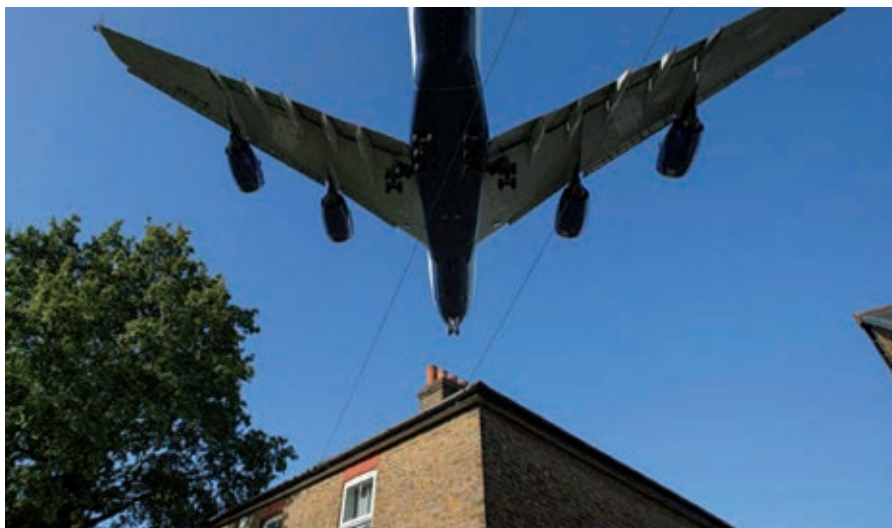
Il rumore, un nuovo fattore di rischio

Gli antichi lo avevano già capito e sintetizzato nella celebre massima “la parola è d’argento ma il silenzio è d’oro”. Salvatore Milito ce lo ha ricordato in un bell’articolo pubblicato nel numero di dicembre 2016 di Cuore e Salute. Noi però ci siamo purtroppo dimenticati di cosa sia il silenzio e quanto sia importante. È il momento della calma, della riflessione, del riposo ma è soprattutto il momento in cui è assente il rumore. Rumore che, invece, è ormai parte integrale e costante della nostra vita, ne siamo talmente immersi che non ce ne accorgiamo più, è sempre con noi, è sempre presente, di giorno e, purtroppo, anche di notte. La televisione, lo stereo, la suoneria del telefonino, i beep-beep incessanti dei messaggi, il tram, il treno, il volo degli aerei, il clacson delle macchine, il motorino smarmitato, non ci danno mai tregua, sono causa di tensione, di nervosismo, contribuiscono al logoramento che ogni giornata arreca alla nostra vita. Non è solo un fatto di nervosismo e di stanchezza, il rumore fa male! Fa male sul serio. Chi ha avuto la pazienza di leggere in questi anni Cuore e Salute ci avrà sentito insistere un numero infinito di volte sulla necessità di controllare i cosiddetti fattori di rischio cardiovascolare: il fumo, il diabete, la sedentarietà, l’ipertensione, l’ipercolesterolemia. Quelle condizioni

cliniche, cioè, che pur non essendo causa diretta aumentano la probabilità di eventi cardiovascolari. Sebbene la loro assenza non sia di per sé garanzia



di salute è però singolare che questi fattori di rischio giustifichino solo una parte degli eventi avversi, che infatti si verificano anche in soggetti in cui essi sono assenti o scarsi. Questa incongruenza ha da tempo interessato i ricercatori che ancora non ne sono venuti a capo. Il motivo per cui soggetti senza fattori di rischio possano comunque andare incontro ad eventi permane infatti oscuro. La spiegazione è verosimilmente complessa e multifattoriale. Un ruolo in tal senso potrebbe giocare la presenza di altri fattori di rischio oltre a quelli tradizionalmente riconosciuti, che non conosciamo ancora o che stiamo approfondendo solo da poco. Il rumore, ad esempio, si sta affermando sempre di più come uno di questi. Esso agisce alla stessa maniera degli altri: come il diabete, l'ipertensione, il fumo, l'ipercolesterolemia esplica la sua azione dannosa a livello cardiovascolare inducendo disfunzione endoteliale e infiammazione, entrambi responsabili dell'inizio e della progressione della malattia aterosclerotica. Studi epidemiologici dimostrano infatti come il rumore, ad esempio quello del traffico aereo, au-



menti l'incidenza di coronaropatia, ipertensione ed ictus. Dati più recenti sembrano evidenziare che l'effetto dannoso del rumore si manifesti particolarmente se questo è notturno. L'esposizione al rumore nelle ore diurne è infatti molto meno dannosa di quando il rumore turba le nostre notti. La possibile spiegazione di questa discrepanza risiede nel disturbo del sonno che il rumore induce, anche quando non ne siamo perfettamente consapevoli. Il riposo notturno è infatti fondamentale per il benessere del nostro organismo. Al contrario, la frammentazione e la restrizione del sonno, stimolano il rilascio di ormoni come l'adrenalina, inducono la già citata disfunzione endoteliale, aumentano lo stress ossidativo cerebrale e conseguentemente incrementano il rischio di eventi cardiovascolari, sia nei soggetti sani che, in maggior misura, nei pazienti con malattia coronarica già accertata. Uno studio taiwanese ha dimostrato, ad esempio, che dormire meno di sei ore a notte aumenta il rischio di obesità, iperglicemia, dislipidemia ed ipertensione arteriosa mentre dormire più di sette ore, in un'altra analisi, ha evidenziato una riduzione del 65% delle malattie cardiovascolari tout court e dell'83% di quelle fatali. E non è vero che a tutto ci si adatta, gli esperimenti infatti dimostrano che il prolungamento dell'esposizione notturna al rumore non ne limita gli effetti ma anzi li potenzia. Da qui l'importanza di ridurre il più possibile le cause di rumore per lo meno durante le ore notturne. Anche perché, come poeticamente espresso dallo scrittore marocchino Abdilmajid Benjelloun, il silenzio è la gentilezza dell'universo.

“

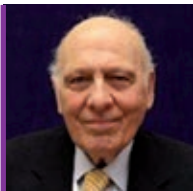
La Stretta Di Mano. Atto II

Anni fa pubblicammo in questa rivista uno studio canadese, dall'acronimo PURE, nel quale si verificava che l'ammosciamento con gli anni della stretta di mano aveva un rapporto significativo con la durata della vita e in modo particolare con le malattie cardiache e vascolari. La ricerca e i suoi risultati ci dettero allora l'opportunità di spaziare sull'origine storica del gesto e sulle sue implicazioni mediche e psicologiche. Recentemente altri ricercatori dell'Università di Glasgow (BMJ, 2018) hanno portato a termine un nuovo studio su oltre mezzo milione di soggetti di entrambi i sessi, di età dai 40 ai 69 anni e seguiti per 5-10 anni allo scopo di valutare il rapporto fra il grado dell'handgrip e l'evenienza di malattie cardiovascolari, respiratorie e tumorali. A distanza variabile, in media 7 anni, si verificarono oltre 13 mila decessi naturali (2.7% del totale) a causa delle malattie sopra descritte. Niente da rilevare sull'incidenza di mortalità e sui suoi rapporti con le diete, la sedentarietà, le condizioni socio-economiche e altri fattori di rischio, siamo nella media. La scoperta, si fa per dire, è che la debolezza muscolare della mano, misurata con il dinamometro e valutata inferiore a 26 chilogrammi per l'uomo e 16 per la donna, è associata a un rischio complessivo più elevato rispetto a coloro che conservano la prestanta. Non solo, ma che per ogni 5 chili di forza in meno rispetto a quei limiti, si osserva un aumento del 20% in lei e del 16% in lui del rischio fatale per qualsiasi causa. Se poi consideriamo in particolare il rischio di malattie che fermano il cuore, tale aumentato rischio risultava del 12% in Eva e del 22% in Adamo. Mentre per le malattie respiratorie esso era rispettivamente del 31% e del 24% e per i tumori del 17% e del 10%; tenendo presente che in tutte le categorie di pazienti considerate avevano come al solito il loro peso nell'indebolire la stretta di mano il fumo, l'obesità e la circonferenza di vita oltre i limiti di 102 cm per lui e di 88 cm per lei. Ma anche, insistono gli scozzesi, il mangiare poca frutta e verdura, fare scarsa attività fisica e guardare troppo la TV. Come diceva Voltaire, non sono io a dire sempre le stesse cose, ma sono queste ad essere sempre le stesse.



E.P.

”



di **Eligio Piccolo**

Il cuore ha le sue ragioni...

...CHE LA RAGIONE NON CONOSCE.

Il noto pensiero di Pascal affonda le sue radici sulla millenaria attribuzione al cuore dei pensieri, dei sentimenti e delle reattività buone e cattive che l'uomo esprime durante la vita. Nella Bibbia, il libro sapiente, la base di due religioni monoteiste, che per i non credenti è comunque il pensiero di tanti saggi, si dice che "il cuore intelligente cerca la conoscenza". Secondo il Vecchio e il Nuovo Testamento, scrive Gianfranco Ravasi, "l'intelligenza non è mai pura razionalità ma sapienza ed esperienza, conoscenza e moralità... Il cuore dell'uomo diventa la sede della volontà, delle decisioni e dell'etica". Purtroppo, continua Ravasi, egli è "anche la sede del negativo, dove si tramano progetti perversi e da dove, per dirla con Gesù, escono le intenzioni cattive". Nel positivo invece vi si attribuiscono i propositi e le passioni ben indirizzate, come l'amore fra uomo e donna espresso nel Cantico dei Cantici o in "Amor ch'al cor gentil ratto s'apprende" in Dante, o in ogni vera amicizia e comprensione. Da tutto ciò





poi ne sono uscite anche certe espressioni popolari, come il “pensare in cuor suo”, o “rubare il cuore” nel senso di far perdere la testa o ingannare, o “al cuore non si comanda”, e anche il “cuore duro o di pietra” quando difetta la comprensione. In Veneto si usa addirittura l’espressione “se el ga cuor” per dire a uno se si degna di mangiare la stessa cosa insieme.

Dopo la scoperta che il cuore non è l’organo pensante, ma semplicemente il motore muscolare della nostra circolazione, concretizzatasi cinque secoli fa dopo molte ricerche degli anatomici italiani e di un fisiologo inglese, ci si domanda come mai siano state attribuite al cuore tante mansioni. E perché si continui a farlo nonostante sia certo che tutto parte dal cervello, dove gli specialisti moderni stanno oramai individuando con le tecniche più sofisticate le zone precise nelle quali hanno origine e partono le mille facoltà cognitive e passionali dell’umano. La causa di questa specie di “equivoco” che ha ingannato molte civiltà è verosimilmente dovuta alle tante reazioni del nostro vivere quotidiano che si accompagna-

no a batticuori, strette e perfino angina pectoris, cui possono seguire eventi drammatici di malattia (infarto) o di morte improvvisa. L’ultima di queste reazioni, che pareva fatta apposta per l’interpretazione classica, è la sindrome Takotsubo individuata dai giapponesi, nella quale un’anomala contrazione del cuore, spesso reversibile ma talora fatale, è preceduta da una forte emozione e si verifica quasi solo nella donna anziana. Oggi di tutte queste manifestazioni fisiologiche o espressive di patologie conosciamo ogni aspetto, anche i rapporti più reconditi tra certe attività neuro-sensitive e alcune cardiopatie.

Ma se questo equivoco incommensurabile tra le funzioni del cuore e quelle dell’encefalo sembra facile da spiegare nelle cause che lo hanno determinato, non è altrettanto facile

giustificare la sua perseveranza, non solo nei detti popolari più o meno suggestivi, ma anche nel giornalismo e nella letteratura di alto livello, sia sacri che profani. Oramai, nonostante i progressi della cardiologia che hanno messo in evidenza le più microscopiche morfologie e funzioni del nostro cuore, nelle quali il razionismo e i sentimenti trovano posto, quando lo trovano, solo come reazione riflessa, rimane incredibile invece la persistenza di quella dicotomia, che preferisce mantenere separate le ragioni del cuore da quelle della ragione.

Solamente la filosofia, a questo punto, credo possa spiegare il permanere del guazzabuglio, che appare quasi una nostra necessità intrinseca. Perché alla filosofia è concesso di far dialogare le conoscenze scientifiche con le astrazioni, di cui l’uomo non può fare a meno per capire la sua esistenza e il suo essere. Questa dialettica che l’uomo e forse più la donna sentono il bisogno di mantenere fra le pulsioni dei loro sentimenti e le ragioni del ragionamento, scusate il bisticcio, è la nostra stessa vita. Un piacevole connubio per alcuni, una lotta continua per altri.



di Daniela Baldo

I treni ospedale dell'Ordine di Malta nella Grande Guerra

A più di un secolo dalla fine della Grande Guerra credo sia doveroso ricordare il servizio sanitario che fu prestato dall'Ordine Militare del Sovrano Ordine di Malta, a supporto delle truppe italiane impegnate al fronte. Un argomento, questo, che sempre più viene sottaciuto o dimenticato dai libri di storia. Eppure quello che colpisce di più, rileggendo i diari dei reduci e i registri di quell'epoca, è l'onnipresenza di questa Associazione Umanitaria nei campi di battaglia, e, in particolare, l'efficiente organizzazione dei suoi treni ospedale. Convogli che al loro passaggio si distinguevano per la Croce ottagona di Malta che spiccava accanto a quella della Croce Rossa, per la vettura con l'altare che, con la sua particolare coreografia, serviva per la celebrazione giornaliera della Santa Messa e per la presenza femminile delle Suore dell'Ordine di San Vincenzo De' Paoli.

Fin da subito, il 24 maggio 1915, furono mobilitati quattro treni ospedale, a lunga percorrenza, che dispiegarono durante tutto il periodo di guerra un'attività costante e rappresentarono lo sforzo maggiore conseguito dall'Associazione. L'Ordine provvide inoltre ad allestire 8 posti di primo soccorso nelle stazioni ferroviarie di testa di ponte, un ospedale da campo di 100 posti a Togliano di Torreano di Civid-



Croce di Malta



Uno dei treni ospedale

le (UD), l'ospedale "Santa Marta" a Roma con una capienza di 350 letti e 5 magazzini di rifornimento rispettivamente a Bologna, Milano, Padova, Roma e Torino.

È degno di nota che era lo stesso personale dell'Ordine di Malta (come la CRI) a provvedere direttamente all'approvvigionamento del materiale (solo dell'Ordine), e al risanamento e alla disinfezione dei propri convogli, al fine di garantire l'osservanza delle norme igienico-sanitarie e di tutela della salute pubblica, quando ancora le ferrovie dello Stato non avevano provveduto a dare nessuna disposizione in merito al risanamento dei treni sanitari dell'esercito e alle stazioni dove facevano tappa. Mancavano anche informazioni sull'arrivo dei treni e sullo stato sanitario dei malati, con il conseguente pericolo di infezioni e di epidemie fra i civili. I treni ospedalieri dell'esercito spesso erano carri merci o vetture di III classe, treni viag-

giatori o treni vuoti di ritorno, destinati al trasporto delle truppe e del materiale bellico. Durante tutto il periodo bellico, l'incarico di dirigere il personale sanitario dell'Ordine di Malta fu affidato dal Gran Magistero al Senatore Francesco Durante, Luminare in medicina, Medico capo dell'Ordine, Professore ordinario di Clinica Chirurgica e Medicina operatoria all'Università di Roma. Nei primi mesi del conflitto, nel 1915, i 4 treni ospedale furono messi a disposizione della IV Armata che era impegnata sul fronte del Trentino. Successivamente, dopo la Strafexpedition, dall'agosto del 1916, tutti i tre-

ni ospedale furono alle dipendenze della III Armata (l'Armata che con le sue divisioni era la più impegnata nel conflitto come sottolineato dalle 12 battaglie sul Carso Isontino) dove fecero regolare servizio (una media di tre/quattro viaggi settimanali per lo sgombero dei malati e dei feriti), fino alla disfatta di Caporetto. Dal dicembre del 1917 al 1919 tutti i treni furono impegnati nel trasporto dei feriti da e per la Francia e furono dismessi solamente alla fine del conflitto.

È emblematico dell'impegno e della costante presenza in prima linea che, con la disfatta di Caporetto, a passare per ultimo sul ponte di San Donà di Piave, sia stato proprio un treno ospedale con la Croce di Malta e che ad entrare a Trieste *liberata*, il 4 novembre del 1918 al seguito delle truppe fu ancora una volta un'unità sa-



Interno di un treno ospedale

nitaria di Malta (già di stanza a Monse-lice).

Il treno ospedale del Sovrano Ordine Militare di Malta era composto di undici carrozze, delle quali una per il personale direttivo, una per il personale di assistenza e le altre nove per gli infermi, per una lunghezza totale di circa 240 metri e un peso a carico completo di circa 400

tonnellate. Così costituito il treno fu per circa un anno predisposto a due ordini di barelle, sostenute da montoni di legno e poste in senso longitudinale affinché l'infermo non dovesse risentire delle scosse del viaggio. Era in tal modo possibile trasportare 206 feriti od ammalati coricati. In seguito, onde intensificare e rendere più sollecito lo sgombero degli ospedali di prima linea, ai due ordini di barelle fu aggiunto un terzo, ove alloggiavano gli infermi meno gravi. La capacità venne così stabilita in 306 letti. Nelle corsie esisteva un corridoio che rendeva facile lungo tutto il treno il transito dei medici e degli infermieri e la comunicazione fra i reparti.

In una carrozza centrale si trovava la sala di medicazione, interamente verniciata di bianco, con un ricco materiale chirurgico occorrente per eventuali operazioni urgenti e per le medicazioni. Nella sala attigua era disposto l'armadio farmaceutico, dotato dei medicinali più usuali e dei quali si poteva manifestare la necessità durante il viaggio. Era caratteristico l'uso quasi ossessivo dell'argento per i ferri chirurgici e la posateria, per il suo presunto potere antisettico, e il vasto assortimento di coperte multicolori. La prima parte della carrozza seguente era adibita a ricovero degli ufficiali feriti e in essa era ubicato anche l'altare da campo, ai lati del quale erano spiegate le bandiere dell'Associazione con la Croce ottagonale e quella Nazionale, dove giornalmente il Cappellano militare celebrava la S. Messa. A tale proposito merita essere ricordato il Cappellano del Primo treno ospedale, Don Pirro Scavizzi, per il quale è in corso il processo di beatificazione. Egli rimase sul treno per 14 lunghi mesi per poi prestare la sua opera presso l'Ospedale S.



Marta di Roma. Nella seconda parte del vagone erano alloggiati 4 Suore infermiere della Carità di S. Vincenzo de' Paoli, che avevano il compito di assistere i feriti.

Nelle soste del treno, si procedeva alla completa pulizia interna ed esterna e alla disinfezione e disinfestazione delle carrozze. Nella stagione fredda il riscaldamento era prodotto, durante il viaggio, per mezzo di dispositivi speciali, dalla macchina di trazione e, durante le soste, da una autotrice a disposizione del convoglio. Complessivamente il Personale del treno era composto da un direttore, cavaliere dell'Ordine, un capitano medico, un medico assistente, un ufficiale di amministrazione, un cappellano, 4 suore della Carità di S. Vincenzo de Paoli, e da venti militi, graduati e soldati, che formavano il personale di assistenza.

Qualche secondo di buonumore

I bambini sono tutti in fila nella mensa di una scuola elementare cattolica. Sul tavolo c'è un grosso cesto pieno di mele. Una suora scrive un biglietto e lo mette vicino al cesto: Prendetene solo una, Dio sta guardando. Dall'altra parte del tavolo un altro grande cesto pieno di biscotti al cioccolato. Un bambino ci mette vicino un biglietto: Prendetene quanti volete, Dio sta guardando le mele.



Ci sono due pecore che si guardano da un'ora.
A un certo punto una dice all'altra: bè?

La scuola è come la divina commedia:
l'entrata = l'inferno
l'intervallo = il purgatorio
l'uscita = il paradiso

Gioco erotico finisce in tragedia: si sposano

Ho scoperto che camminare fa dimagrire... quindi vado in pasticceria a piedi

“Mamma sto uscendo col vicino di casa”
“Ma potrebbe essere tuo padre”
“Da quando la differenza d'età è un problema per te?”
“Forse non mi hai capito!”

“Ieri mia moglie è scappata con il mio migliore amico, Giovanni”
“E da quando Giovanni è il tuo migliore amico?”
“Da ieri”





DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE

Intervista di **Filippo Stazi**

Le regole d'oro per dimezzare il rischio di eventi cardiovascolari

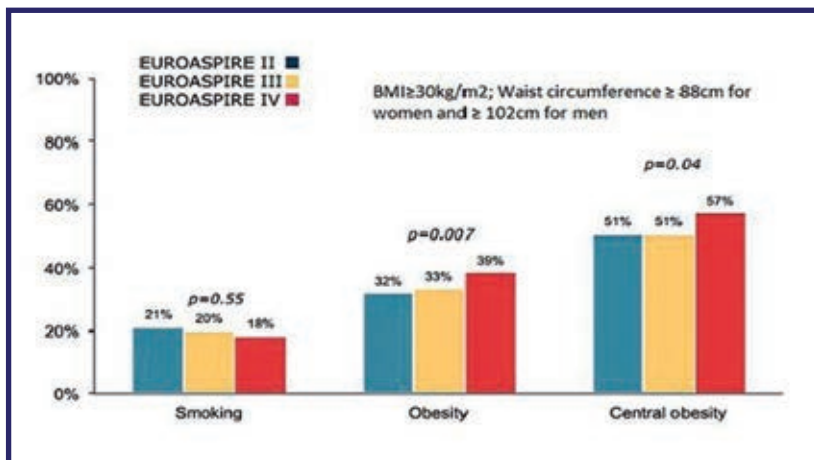


Pier Luigi Temporelli,
Istituti Clinici Scientifici Maugeri, IRCCS, Veruno - NO

Professor Temporelli, Cuore e Salute sostiene da moltissimi anni l'importanza della prevenzione cardiovascolare. Alcuni dei nostri più affezionati lettori ne saranno probabilmente ormai ampiamente annoiati. A suo avviso oggi è ancora necessario parlarne o possiamo cominciare ad abbassare la guardia?

Ancora oggi è assolutamente necessario parlarne. Lo dimostra ad esempio lo studio “Global Burden of Disease” che ha riportato che il maggior numero di decessi nel 2016 (17,6 milioni) era dovuto a malattie cardiovascolari (MCV), con cardiopatia ischemica e patologie cerebrovascolari che insieme fanno “la parte del leone” (più dell’85% di tutte le morti da MCV). Nel mondo, le morti per MCV sono aumentate del 14,5% tra il 2006 e il 2016, sebbene i tassi di mortalità standardizzati per età si siano ridotti del 14,5% nello stesso periodo di tempo. Pertanto, poiché l’entità delle MCV continua ad accelerare globalmente, diventa

Study Population				
EUROASPIRE III & IV Countries				
Bulgaria, Croatia, Poland, Romania, UK				
Survey	Time period	Patients	Women n (%)	Age (years) mean±SD
EUROASPIRE III	2007-2008	1985	1194 (60)	58±10
EUROASPIRE IV	2014-2015	1842	1002 (54)	59±12



rilievo, il controllo dei fattori di rischio è inadeguato nonostante l'elevato utilizzo di farmaci. Quindi non preoccupa solo la prevalenza dei fattori di rischio ma anche la scarsa implementazione delle misure preventive per controllarli.

sempre più urgente la necessità di una maggiore consapevolezza del ruolo della prevenzione cardiovascolare e di uno sforzo più mirato in tale direzione, sia a livello internazionale che nazionale. Si dice che la prevenzione è migliore della cura e questo proverbio è particolarmente adatto per quanto riguarda le patologie cardiovascolari: Gli interventi sullo stile di vita, dietetici e farmacologici atti a modificare i fattori di rischio sono tutte misure di prevenzione efficaci. La modifica dei fattori di rischio può ridurre gli eventi clinici e la morte prematura non solo in persone con MCV già accertate ma anche in soggetti con elevato rischio cardiovascolare in assenza di un evento acuto. Se la prevenzione fosse praticata come indicato, ridurrebbe drasticamente la prevalenza della MCV.

Se la prevenzione cardiovascolare è ancora così attuale perché è tanto difficile da mettere in pratica?

Purtroppo, sia la prevenzione primaria che secondaria delle MCV sono una sfida enorme che è al momento tutt'altro che ottimale. Ad esempio, nel 2016 quasi un quarto dei cittadini europei era fumatore e più della metà degli adulti europei era in sovrappeso (il 16,7% era obeso) mentre una vasta maggioranza era sedentaria. Queste statistiche di popolazione generale trovano conferma nel rapporto EUROASPIRE IV, che ha rilevato che una grande maggioranza di pazienti coronaropatici non raggiunge gli standard raccomandati dalle linee guida per la prevenzione secondaria, con un'elevata prevalenza di fumo attivo, scorretta alimentazione e inattività fisica, con il risultato che la maggior parte dei pazienti sono in sovrappeso o obesi e con una elevata prevalenza di diabete. Inoltre, e di grande

Per orientare le strategie per la prevenzione delle MCV sono state pubblicate le "Linee guida europee 2016 sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica".

Questo documento è stato costruito come supporto per gli operatori sanitari sul modo di comunicare meglio con gli individui circa il loro rischio cardiovascolare e sui vantaggi di un sano stile di vita. Inoltre, le linee guida forniscono agli operatori sanitari strumenti per promuovere strategie di popolazione, che possono essere integrate in programmi nazionali o regionali di prevenzione cardiovascolare o tradotte per essere utilizzate dai servizi di assistenza sanitaria locali. Queste nuove linee guida sottolineano per la prima volta l'approccio di popolazione, senza però trascurare l'approccio individuale basato principalmente su misure non farmacologiche.

In un'epoca di risorse limitate, qualsiasi strategia "a basso costo" nella promozione della salute e nella prevenzione primaria cardiovascolare è ovviamente auspicabile. Le nuove linee guida si muovono in tale direzione?

Si, le linee guida europee sulla prevenzione delle MCV suggeriscono infatti modifiche di stili di vita scorretti come primo approccio e l'uso di farmaci è raccomandato solo se i cambiamenti nello stile di vita risultano insufficienti. Questo è il punto cruciale: solo se l'intervento iniziale sullo stile di vita non è sufficiente dovrebbe essere raccomandato un trattamento medico.

Ciò conduce però alla domanda inevitabile: siamo abbastanza aggressivi nel tentativo di una modifica efficace di stili di vita non corretti, prima di ricorrere all'uso di farmaci? E questa domanda si applica sia a livello individuale, cioè all'interazione medico-paziente, sia al sistema sanitario nel suo complesso.

Onestamente e sfortunatamente, no!

E infatti il pianeta è sempre più sedentario.

Verissimo. Un'indagine del 2012 ha mostrato che il 31,1% degli adulti in tutto il mondo è fisicamente inattivo, con una percentuale che va dal 17% nell'Asia sudorientale a circa il 43% nelle Americhe e nel Mediterraneo orientale. In linea con questi dati, in Italia il 39,9% degli adulti era inattivo nel 2015. Ancora più preoccupante, nel 2010 a livello mondiale l'81% degli adolescenti di età compresa tra gli 11 e i 17 anni non era sufficientemente attivo, cioè ha fatto meno di 60 minuti di attività fisica quotidiana di moderata intensità, come raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Non sorprende quindi che sia stato recentemente riaffermato che una regolare attività fisica ricreativa e non ricreativa è associata ad un minore rischio di mortalità ed eventi cardiovascolari in Paesi a basso reddito, a reddito medio e ad alto reddito confermando che l'aumento dell'attività fisica è una strategia semplice, ampiamente applicabile e a basso costo che potrebbe ridurre la morte e le MCV in tutto il mondo.

E stiamo inoltre andando verso la "globesità".

Vero anche questo, purtroppo. L'indice di massa corporea (BMI) è un importante fattore di rischio per patologie cardiovascolari e renali, diabete, alcuni tumori e disturbi muscolo-scheletrici. Le preoccupazioni circa l'impatto sulla salute e l'onere economico del crescente BMI a livello planetario hanno portato a includere l'adiposità tra gli obiettivi per le malattie non trasmissibili (NCD) con il progetto di fermare, entro il 2025, l'aumento della prevalenza dell'obesità per lo meno al suo livello del 2010. Negli ultimi quattro decenni siamo passati da un mondo in cui la prevalenza del sottopeso era più del doppio dell'obesità, a quello in cui ci sono più persone obese che sottopeso in tutte le regioni del pianeta, ad eccezione dell'Africa Subsahariana e dell'Asia. Il tasso di aumento del BMI dal 2000 continuerà e, non solo non si rispetterà l'obiettivo globale di fermare l'aumento dell'obesità, ma addirittura l'obesità grave supererà il sottopeso nelle donne entro il 2025.

E continuiamo anche a mandare la vita in fumo.

Ancora una volta devo sconsolatamente confermare. A livello mondiale, circa 1,3 miliardi di persone fumano, la maggior parte di queste risiedono nei paesi in via di sviluppo dove i tassi di fumo sono stimati fino al 50 per cento per gli uomini. I tassi di fumo sono più alti nelle popolazioni con un livello di istruzione inferiore e un reddito inferiore. È stato stima-



to che circa il 15,2% degli adulti >18 anni (16,7% degli uomini e il 13,7% delle donne) negli Stati Uniti sia fumatore. La maggior parte dei fumatori comincia a fumare prima dell'età di 18 anni, più comunemente intorno all'età di 14-15 anni. I dati relativi all'impatto del fumo di sigaretta sullo sviluppo di MCV sono ben noti sia alla classe medica sia al pubblico laico. I fumatori hanno inoltre un rischio maggiore di sviluppare disturbi cronici tra cui diversi tipi di cancro e malattie polmonari croniche.

Anche se i programmi di sanità pubblica hanno portato ad una notevole diminuzione della prevalenza del fumo di tabacco, gli effetti negativi sulla salute dell'esposizione al fumo non sono affatto un problema superato. Negli Stati Uniti 4 bambini su dieci in età scolastica e 1 su 3 adolescenti sono esposti al fumo passivo, con conseguenze disastrose. Anche se non sappiamo esattamente quali fumatori svilupperanno MCV da fumo, la cosa migliore che tutti i fumatori possono fare per i loro cuori è smettere. Entro un anno in coloro che hanno smesso di fumare il rischio di evento acuto coronarico scende drasticamente e persino le persone che hanno già subito un evento acuto possono ridurre il rischio di avere una recidiva se smettono di fumare. Entro cinque anni dalla cessazione i fumatori riducono il rischio di ictus a quello di una persona che non ha mai fumato.

Vogliamo spendere due parole anche sugli effetti dell'alcol?

L'alcol ha effetti fisiologici bifasici e complessi che comportano un rischio cardiovascolare superiore o inferiore a secon-

da della quantità consumata, della frequenza dell'introito di sostanze alcoliche e del dato di outcome analizzato. Sulla base dei suoi effetti fisiologici, l'alcol può avere effetti notevolmente diversi sul rischio a breve e a lungo termine. Un moderato consumo abituale di alcool è associato a minor rischio di malattie cardiache in entrambi i sessi. L'assunzione di una quantità moderata (1-2 bevande al giorno) di alcool è infatti legata a miglioramento del profilo lipidico (in particolare del colesterolo HDL), della variabilità della frequenza cardiaca, della funzione endoteliale, della sensibilità all'insulina, della cascata coagulativa e dell'attività fibrinolitica con conseguente minor rischio di MCV. Al contrario però, un maggior consumo di alcol (3-4 o più bevande al giorno) è associato a più elevato rischio di ipertensione, diabete, stroke e infarto fatale.

Dobbiamo quindi tutti ancora impegnarci a fondo perché la prevenzione sia sempre meno una parola astratta e sempre più un'azione concreta?

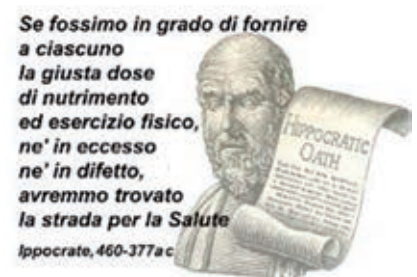
Certamente, un basso profilo di rischio cardiovascolare fa

guadagnare anni di vita, riduce la morbilità coronarica, cerebrovascolare e di molte altre patologie cronic-degenerative, migliora la qualità di vita, specie in età avanzata, e riduce i costi dell'assistenza sanitaria. La sfida della prevenzione cardiovascolare è proprio quella di aumentare progressivamente la proporzione, purtroppo attualmente molto bassa, delle persone a basso rischio, in tutte le fasce d'età, nelle diverse classi sociali e nei diversi gruppi etnici. Ciò si può ottenere attraverso strategie volte a ridurre e a mantenere basso il livello dei fattori di rischio attraverso sani stili di vita: scoraggiare l'abitudine al fumo, promuovere una sana alimentazione, una regolare attività fisica aerobica, ed il mantenimento di livelli ottimali di indice di massa corporea. La modifica dei fattori di rischio può ridurre gli eventi clinici e la morte prematura non solo in persone con malattie cardiovascolari già accertate ma anche in soggetti con elevato rischio cardiovascolare in assenza di un evento acuto. È stato inoltre recentemente ribadito che, a prescindere dal rischio genetico non modificabile che abbiamo ereditato,

l'adesione ad uno stile di vita favorevole si associa ad un rischio relativo di malattia coronarica inferiore del 50% rispetto a quello di uno stile di vita scorretto. Se la prevenzione fosse praticata come raccomandato a livello nazionale ed internazionale, ridurrebbe drasticamente la prevalenza delle malattie cardiovascolari ed impatterebbe significativamente sui costi della sanità.

In conclusione possiamo quindi riconoscere ad Ippocrate di essere stato un precursore?

Effettivamente le sue parole: "Se fossimo in grado di fornire a ciascuno la giusta dose di nutrimento ed esercizio fisico, né in difetto né in eccesso, avremmo trovato la strada per la salute" riassumono in una splendida sintesi il senso di quanto ho voluto trasmettere in quest'intervista.

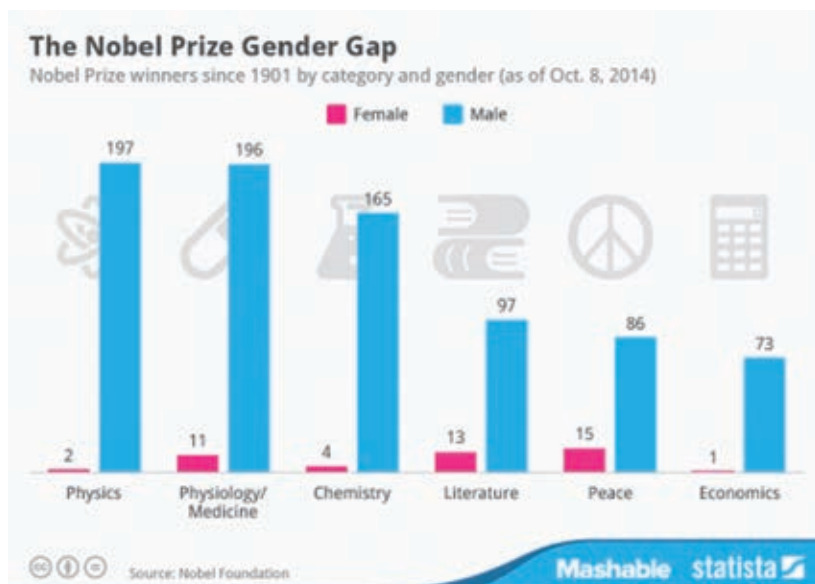




di Alberto Dolara

Nobel “negati” alle donne di scienza. Rosalind Franklin.

I premi Nobel, uno dei massimi riconoscimenti dell'attività umana nei vari campi del sapere, hanno scarsa predilezione per il sesso femminile ed in particolare per le scienziate. Dal 1901, anno della sua istituzione, al 2014 erano stati conferiti 558 premi in discipline scientifiche di cui solo 17 assegnati a donne. Sono inoltre emerse negli ultimi decenni le vicende dei cosiddetti premi Nobel “negati” cioè il mancato riconoscimento a ricerche scientifiche fondamentali condotte da biologhe come Rosalind Franklin e Nettie Marie Stevens, astronome come Jocelyn Bell-Burnell e Annie Jump Cannon e fisiche come Lise Meitner e Chien-Shiung Wu. La vicenda di Rosalind Franklin è emblematica di questo mancato riconoscimento. Rosalind Franklin nasce a Kensington (Londra) il 25 luglio 1920 da una famiglia ebrea. Fin dai primi anni di scuola si appassiona allo studio delle scienze. Gli ultimi anni sono turbati dall'ascesa al potere in Europa del nazismo, il rivolo dei rifugiati ebrei in Inghilterra si trasforma in un fiume in



piena e anche la famiglia di Rosalind si dedica alla loro assistenza. A 18 anni supera gli esami di ammissione in fisica e chimica ed entra a Cambridge dove viene a conoscenza del metodo di studio dei cristalli mediante diffrazione con raggi X, metodo che avrebbe costituito la base della sua futura attività di ricercatrice. In quel periodo si dichiara decisamente antifascista e la irrita profondamente l'indifferenza dell'ambiente di Cambridge rispetto agli avvenimenti politici in Europa. Si laurea alla fine della guerra e nei cinque anni successivi lavora a Parigi, nel Laboratoire Central des Services Chimiques de l'Etat, dove si specializza nella tecnica della diffrazione dei raggi X, per analizzare molecole di grandi dimensioni. Quando torna a Londra nel 1950 entra al Wheatstone Physics Laboratory (unità di ricerca in biofisica del King's College di Londra) come ricercatrice associata e fa parte di quel gruppo di ricercatori che si occupano di analizzare la struttura di fibre biologiche, incluso l'acido desossiribonucleico, il DNA. Di quest'ultimo si conosceva la composizione chimica, ma non era ancora nota la struttura atomica e come erano disposte le molecole. Il DNA svolge un ruolo essenziale nel metabolismo cellulare e genetico, e la scoperta della sua struttura avrebbe aiutato a comprendere come le informazioni genetiche si trasmettono dai genitori ai figli. Rosalind mette a punto una tecnica innova-



tiva: trasforma i gel proteici in cristalli che poi fotografa con una microcamera a raggi X individuando la posizione degli atomi e quindi delle molecole all'interno della complessa struttura del DNA. La foto scattata tra il 1° e il 2 maggio 1952, chiamata foto numero 51, una delle immagini più nitide ottenute, mostrava la struttura atomica e la morfologia ad elica del DNA.

Contrariamente all'ambiente vissuto a Parigi i rapporti con i colleghi al King' College sono difficili per rivalità ed ambizioni e un diffuso maschilismo che tendeva al separatismo fra uomini e donne con la pretesa di comportamento ancillare da parte di queste ultime nei confronti degli scienziati maschi. Maurice Wilkins vicedirettore del King's College, riteneva che la neoarrivata fosse stata chia-



Rosalind Franklin

mata per affiancarlo e aiutarlo nel ruolo di “assistente esperta”. Rosalind, quasi coetanea, era una donna determinata e dal forte temperamento, convinta di essere entrata al King’s College grazie alle precedenti esperienze e ai suoi personali successi e di dover condurre in autonomia le sue ricerche anche in quella nuova sede. Questa scarsa chiarezza nella definizione dei ruoli aveva portato i due ricercatori a non parlarsi.

Nel 1953 vengono pubblicati sulla rivista *Nature* gli articoli di James Watson, Francis Crick e Maurice Wilkins sulla struttura del DNA, mentre il lavoro della Franklin viene pubblicato terzo ed il suo contributo appare solo come un sostegno alle tesi di Watson e Crick. Terminato il suo lavoro sul DNA Rosalind prosegue una ricerca pionieristica sul mosaico del tabacco e sul virus della polio. Muore a Londra il 16 aprile 1958 all’età di 37 anni per un tumore ovarico. Il premio Nobel ai tre ricercatori viene assegnato nel 1962, quattro anni dopo la sua morte. Durante la cerimonia di premiazione il lavoro di Rosalind Franklin non viene nemmeno citato.

La vicenda di come siano andate le cose è stata variamente commentata. Watson nel suo libro *La doppia elica*, pubblicato nel 1968 giustifica così le proprie azioni: *“Come sapete, le leggende narrano che io e Francis abbiamo rubato la struttura ai ricercatori del King’s. Mi avevano mostrato il diffrattogramma ottenuto ai raggi X da Rosalind Franklin: wow! Era un’elica! Ed ecco che un mese dopo avevamo la struttura; Wilkins non avrebbe mai dovuto mostrarmi la foto”*. Un’affermazione dal tono vagamente irrisorio nei confronti del lavoro della Franklin! Si esprime in modo molto diverso JD Bernal, pioniere nello studio della cristallografia strutturale a raggi X in biologia molecolare, nel necrologio di Rosalind pubblicato sul *Times*: *“Come scienziata, Miss Franklin si è distinta per l’estrema chiarezza e per l’eccellenza con cui ha svolto il suo lavoro in ogni campo al quale si è dedicata. Le sue fotografie sono fra le più belle immagini ai raggi X mai ottenute di una sostanza”*. E in merito alla scoperta della doppia elica del DNA afferma: *“In questa stretta collaborazio-*



ne fra gli istituti di Cambridge e Londra, è difficile individuare tutti i contributi forniti dai singoli ricercatori, ma ciò con cui Miss Franklin contribuì fu la tecnica di preparazione e di acquisizione dei diffrattogrammi ai raggi X delle due forme idratate dell’acido desossiribonucleico... con cui dimostrò che la struttura veniva descritta meglio da una doppia elica di nucleotidi, nella quale gli atomi di fosforo giacciono all’esterno”.

L’aumento odierno della partecipazione femminile alla ricerca anche scientifica ha decisamente modificato la situazione rispetto al secolo scorso. Le difficoltà ed i riconoscimenti inadeguati tuttavia persistono e ricordare la vicenda di Rosalind Franklin può rappresentare un contributo al loro superamento.

“

2018.

I top ten di Atropo

Il titolo è volutamente fuorviante nell'immediata comprensione per consentire, con il dovuto distacco psicologico, la lettura delle dieci cause che impegnano, a dirla con i classici antichi, la parca Atropo nel concludere il nostro fine vita. Quella che dopo le due sorelle, adibite a seguire gli stati di benessere e di malattia, interviene all'ultimo con le forbici fatali. Anche perché al primo posto ci stanno, come dicono a Roma, le cardiopatie o malattie di cuore, nostro impegno preventivo da parte di Cuore e Salute. Meno frequenti le congenite, più le acquisite come l'infarto, le valvolari, le aritmiche di primo conio e le tante che portano allo scempenso cardiaco.

Al secondo posto vengono gli ictus o accidenti vascolari cerebrali, più spesso collegati a un cuore che durante un'aritmia può sparare verso il cervello certi piccoli coaguli, capaci di grandi danni quando non siamo in grado di intervenire in tempo ma solo di prevenirli con gli anticoagulanti. Meno frequenti oggi, grazie al trattamento della pressione alta, sono gli ictus da emorragie cerebrali per rottura di un vasellino, con evoluzioni spesso drammatiche.

Al terzo posto viene la malattia polmonare cronica, definita pneumopatia cronica ostruttiva, tipica dei fumatori incalliti e dei bronchitici di lunga data. Per i quali, oltre alla prevenzione con vaccini, lo stop del fumo e le molte terapie riabilitative, si deve porre un'attenzione particolare alle riacutizzazioni, spesso causa dell'intervento dell' indesiderata Atropo.

Al quarto posto, distanziato di stretta misura, viene il cancro polmonare, un tempo lasciato alla benevolenza delle parche, oggi curabile in mille modi e anche guaribile. Un mio parente operato in tempo, da oltre 20 anni sta facendo il gestaccio dell'ombrello a una sua precedente coronaropatia che continua a non farsi risentire.

Al quinto posto c'è l'inesorabile diabete che, specie se non è ben curato, è la base per rendere ogni altro fattore di rischio (ipertensione, obesità, colesterolo, fumo, ecc.) più dannoso di quanto non sarebbe di per sé.

Al sesto sono venute, favorite dall'età, le demenze, raddoppiate fra il 2000 e il 2016.

Al settimo, ma in certe realtà anche prima, si pongono le molte infezioni respiratorie minori, calcolate quali causa di mortalità nel 2016 in tre milioni in tutto il mondo.

All'ottavo si pongono le molte cause diarroiche, salite da un milione di decessi dopo il 2000 a 1.4 milioni nel 2016 più frequenti in certe realtà con scadente controllo sanitario.

La tubercolosi, da noi quasi scomparsa, persiste in alcuni paesi causando 1.3 milioni di vittime e ponendosi al nono posto.

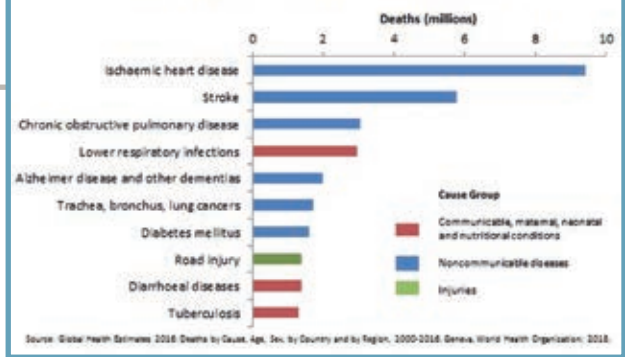
Il decimo posto è occupato oggi dagli incidenti stradali, circa 1.3 milioni, scalzando l'HIV/AIDS che lo teneva fino a quando le profilassi e le terapie ne hanno ridotto la fatalità da 1.5 milioni nel 2000 all'uno attuale.

Meditiamo e diamoci da fare!

E.P.

”

Top 10 global causes of deaths, 2016



Quaderno a Quadretti

di **Franco Fontanini**

On dine

Racconta Strabone che Coronis, la madre di Asclepio, il futuro dio della medicina, era una bellissima donna di facili costumi che durante l'estate batteva sul lungolago di Beobi.

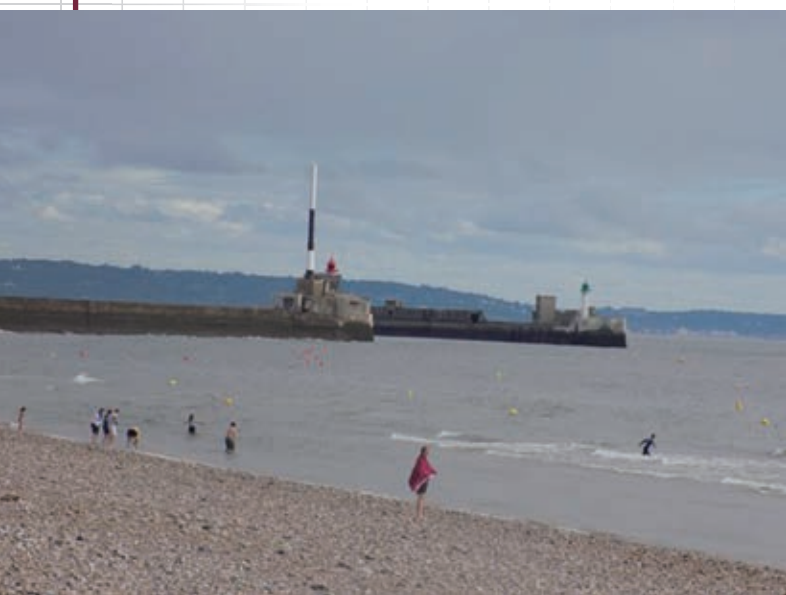
Quando incontrava un uomo che le piaceva, entrava nell'acqua sollevando le vesti e ostentando le cosce tornite e le natiche che sembravano d'alabastro.

Apollo, una volta che passò di lì ne restò colpito. La conquista fu facile, ci furono abbracci turbinosi, alternati a bagni tonificanti, fino a quando le acque del lago non si arrossarono per il tramonto. Solo allora Apollo riprese il cammino verso le colline del Parnaso.

Dopo qualche mese Coronis si accorse di essere incinta, Diana, adirata, la bersagliò di frecce per punirla, ma Giove in extremis salvò il nascituro.

Che si sappia, Coronis è la prima bagnante della storia.

Dovettero passare alcuni millenni perché si avesse notizia di un'altra



Spiaggia di Le Havre

bella ondina. Secondo Mario Francini, acuto collezionista di curiosità storiche, l'eroina che per prima indossò il costume da bagno e si immerse, si fa per dire, nelle acque marine, fu una gentildonna italiana, meno di due secoli fa.

Meriterebbe un monumento che, saggiamente, data la tenuta, non è stato eretto. Si legge infatti nelle cronache del tempo, che indossava un lungo abito attillato di lana nero con bordi bianchi fatto a tuta, ricoperto da un accappatoio-soprabito anch'esso nero con bordi bianchi.

I lunghi capelli biondi erano impacchettati da una grande cuffia quadrangolare.

Per proteggere i piedi dai sassi e dai granchi, calzava accollate pantofole di tela con stringhe.

All'entrata in acqua era tenuta per mano da un medico in guanti bianchi e scortata, a distanza di alcuni metri, da due maestri di nuoto pronti ad intervenire in caso di necessità.

Al momento dell'immersione esitò per qualche istante sulla riva del mare, poi avanzò coraggiosamente finché l'acqua non le arrivò al ginocchio.

A quel punto si arrestò visibilmente emozionata e si mise a sedere cautamente sul fondo

del mare con l'acqua che le lambiva il collo facendola rabbrivire per l'agitazione e per il freddo. Dopo mezzo minuto si rialzò.

In quel preciso momento una batteria di cannoni sparò a salve dalla collina per celebrare l'avvenimento.

I numerosi spettatori, tenuti a distanza di alcune centinaia di metri, celati fra cespugli verdi, esplosero con un frenetico, interminabile applauso.

Questo accadde sulla spiaggia di Le Havre il 5 agosto 1822.

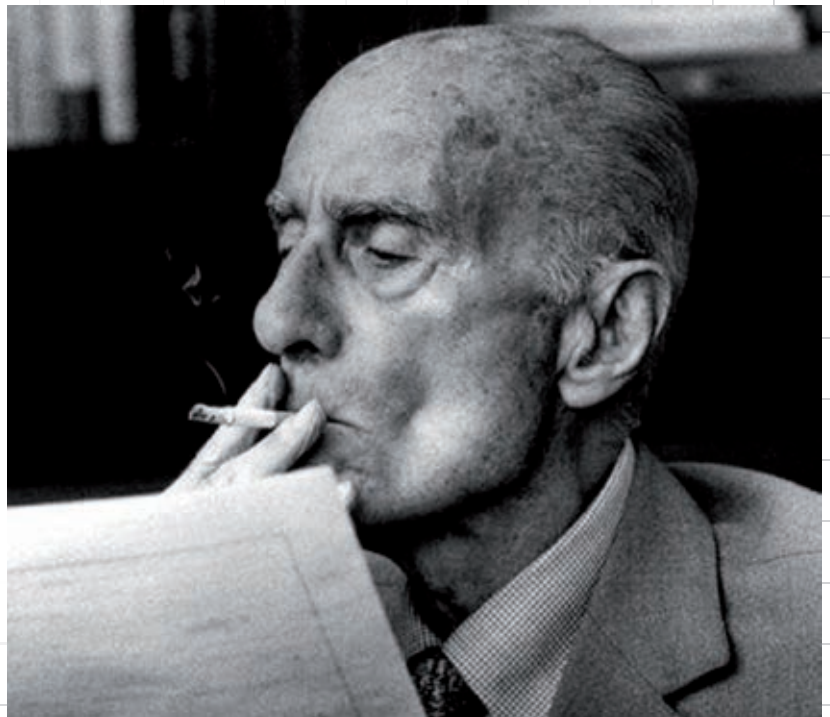
L'ondina era una giovane e avvenente nobildonna napoletana, Maria Carolina di Sicilia, duchessa di Berry.

La notizia non venne diffusa come avrebbe meritato per alcune critiche che parlarono di avvenimento scandaloso.

Paure

Raccontava Colette Rosselli che nel 1986 Indro Montanelli andò pochissimo a Cortina e anche le sue vacanze estive furono molto brevi.

Ogni volta che si assentava dal Giornale viveva fra due continue paure: quella che senza di lui il Giornale andasse male e



Indro Montanelli



quella che senza di lui andasse meglio.

Embolie

Diceva Saviane che W. appartiene a quella categoria di uomini politici che si accorgono di avere un cervello solo col primo embolo.

Corna

Non è una primizia anche se i giornali hanno riportato la notizia come scoop. Donna Rachele, la brava e devota moglie del duce ebbe un amante.

Mussolini amava dire che compito della donna è fare figli, fare da mangiare e portare le corna; la signora Mussolini, una volta tanto, non fu d'accordo e, sembra che per qualche mese, nel 1925, dopo che il marito si era trasferito a Roma,

abbia avuto una storia. Il fortunato sarebbe stato un aitante vitellone di nome Corrado Varoli, camerato forlivese cognato del capostazione di Predappio.

Vero o no, l'amante venne confinato a Latisana, dove secondo voci romantiche, morì scapolo a quasi ottant'anni. Non si conosce nessun commento del duce sul suo infortunio coniugale al quale sicuramente non dette importanza.

Probabilmente la pensò come Victor Hugo che quando seppe che sua moglie Adele lo tradiva disse agli amici con alterigia: "Sappiate che tutti i grandi uomini, senza eccezioni, sono stati cornuti. Lo era Napoleone e lo sono io".



Pillole di romanesca saggezza

Sordo che nu'risponne a prima voce, è segno ch'er discorso nun je piace
 Li padreterni fanno li fiji crocifissi
 Antro è corre, antro è arrivà
 Tutti ciavemo l'ora der minchione
 Dormece sopra e poi porta risposta

F.S.



Lettere a Cuore e Salute

DOMANDA

Pressione alta al mattino

Buongiorno, ho notato che la pressione sanguigna di mattina è spesso alta.

Come mai? Cosa bisogna fare per regolarla?

Grazie.

Domenico M., Napoli

RISPOSTA

Gentile Sig. Domenico,

anzitutto non bisogna esprimersi in termini come “pressione alta”, ma fornire i numeri ottenuti dalle misurazioni.

Inoltre è necessario sapere che se ci si misura la pressione da soli il limite di normalità è di 135/85 e non di 140/90 mmHg, come per la pressione misurata dal medico.

Si aggiunga che la mattina, al risveglio o entro qualche ora dopo di esso la pressione può essere, pur mantenendosi entro i limiti, più alta rispetto ad altri orari.

Infine, va ricordato che se si è in dubbio se considerare normali o no i valori della propria pressione è opportuno misurarsi la pressione almeno tre volte alla settimana, per un mese (ogni misurazione deve essere la media di tre misurazioni, a distanza di qualche minuto l'una dall'altra). Con questi valori, debitamente annotati, è necessario consultare il medico poiché non si diagnostica, né si cura un'ipertensione ma una persona ipertesa. La valutazione, insomma, deve essere globale.

Cordiali saluti.

Vito Cagli

Date	Time	Blood Pressure	Pulse
10/01	8:30	135/85	60

DOMANDA

Caccia alla protesi Killer

Spettabile Cuore e Salute, sono un portatore di pacemaker, ho visto la puntata di Report di qualche giorno fa ed ho letto l'inchiesta de L'Espresso. Da allora non vivo più. Possibile che quel dispositivo cardiaco su cui io contavo per migliorare e prolungare la mia vita, possa in realtà, da un momento all'altro, essermi causa di danno? Possibile che la ricerca medica sia finanziata solo dall'industria privata? Possibile che il medico che mi ha impiantato il pacemaker abbia scelto non il modello più adatto alle mie condizioni ma più "conveniente" per lui? Possibile che il bene dei pazienti non conti nulla? Possibile che siamo ridotti in queste condizioni? Speranzoso in una vostra risposta, porgo cordiali saluti.

Ludovico B., Modena

RISPOSTA

Egregio Sig. Ludovico, stia sereno! Ricorderà sicuramente il vecchio adagio giornalistico secondo cui il cane che morde il padrone non fa notizia, mentre il padrone che morde il cane può meritare tranquillamente la prima pagina, anche se succede solo una volta nella vita. Il problema è che la notizia in prima pagina del padrone che morde il cane non turba gli equilibri psichici dei nostri amici a quattro zampe. Su temi invece sensibili, come quelli della nostra salute, le notizie sparate in prima pagina possono invece avere gravi ripercussioni morali e psicologiche, come la sua lettera sta a confermare. La disonestà, l'incompetenza, la malagestione si possono annidare ovunque vi siano uomini ed effettivamente ovunque si annidano e non saranno mai eliminate, sono infatti parte della natura umana. Una società civile si deve però preoccupare di vigilare e reprimere questi comportamenti negativi senza avvolgere tutto nel sospetto. Lei ricorderà probabilmente la vicenda cerivastatina, una nuova statina messa in commercio ormai parecchi anni fa che causò alcuni gravi problemi di rabdomiolisi e di morte di alcuni pazienti. Il farmaco venne ritirato, finì in un'onda mediatica che portò molti pazienti a sospendere le statine e il risultato fu un aumento della mortalità, dovuto alla sospensione di questi farmaci, molto superiore ai danni causati dalla cerivastatina. Più recente è l'esempio dei vaccini: l'inevitabile presenza di alcuni effetti collaterali e di alcuni eventi avversi delle vaccinazioni ha portato molti a sostenerne l'inutilità. Il conseguente risultato è stato un pericoloso nuovo incremento di alcune delle malattie infettive che credevamo ormai debellate. Per come la vedo e la vivo io indubbiamente l'industria condiziona il nostro operato ma nel senso che non si può sperare di ottenere finanziamenti per ricerche che non coincidano con gli interessi dell'industria stessa. Un esempio che conosco bene è costituito dai numerosi studi che hanno dimostrato l'efficacia dei defibrillatori nella prevenzione della morte improvvisa. Tutte le ricerche hanno cercato di ampliare il più possibile la potenziale platea dei riceventi il defibrillatore mentre si sarebbero potuti condurre studi mirati a individuare quei pazienti che non hanno un beneficio dal dispositivo e di cui quindi possono farne a meno. Studi del genere però non si fanno o si fanno con difficoltà perché l'industria non ha interesse ad investire in ricerche che portino ad una riduzione del potenziale mercato dei suoi prodotti. Da qui però a dire che l'industria falsifichi i risultati, da qui a dire che i medici scelgano nel singolo malato non il dispositivo più utile ma quello per loro più rimu-





nerativo mi sembra un passo francamente eccessivo. D'altronde se ci guardiamo intorno li vediamo sotto i nostri occhi i risultati dei pacemaker, dei defibrillatori, delle protesi, degli infusori di insulina, sicuramente siamo lontani dalla perfezione, sicuramente ci sono molti difetti, sicuramente come tutti gli strumenti vanno incontro a problemi ma i benefici che essi hanno dato, nell'aggiungere qualità e quantità alle nostre vite, sono tangibili. Poi è chiaro che la tecnologia deve essere dominata; il medico con la sua cultura, col suo buon senso, con la sua umanità, deve sapere quando impiegarla o meno, deve rispettare quello che le linee guida, il comune sapere suggeriscono, deve accettare il limite oltre il quale non è giusto, non è conveniente, non è lecito andare nella terapia, per non sconfinare nell'accanimento; deve tenersi lontano da valutazioni di natura puramente commerciale e coloro che non si attengono a queste norme, etiche prima ancora che professionali, devono essere individuati e sanzionati con severità e con durezza. Bisogna però rendersi conto che è comunque meglio una ricerca finalizzata che nessuna ricerca. Perché la realtà è che il pubblico non finanzia la ricerca, non solo in Italia ma anche in altri paesi e che il privato quindi vicaria la latitanza del pubblico. E ciò avviene in molti settori: in questi anni di crisi, di blocco del turn over, ad esempio, gli ospedali sono andati avanti col sacrificio dei medici già assunti e con quello dei tanti non assunti stabilmente ma impiegati con contratti a termine o con borse di studio finanziate nella gran parte dei casi dall'industria. Senza questi finanziamenti gli ospedali non avrebbero retto. Quanto ognuno di noi è disposto a pagare in più come tasse, come tagli ad altre voci di spesa, per assicurare un'industria fuori dalla ricerca, fuori dagli ospedali? Allo stato attuale se l'industria privata dovesse chiudere completamente i rubinetti dei finanziamenti la sanità non ce la farebbe a sopravvivere. Il problema non è impedire al privato di entrare nella salute e neanche scandalizzarsi perché l'industria ha come principale obiettivo non il benessere comune ma il profitto. Il problema vero è l'incapacità dell'autorità pubblica di fare bene il suo lavoro di vigilanza.

In conclusione caro Sig. Ludovico si goda i benefici che il suo pacemaker le sta già probabilmente assicurando e di cui non avrebbe dubitato senza influenze esterne e tenga a mente che la gran parte dei medici al mattino si alza e va al lavoro col preciso obiettivo di fare il bene dei propri pazienti. La saluto cordialmente.

Filippo Stazi

LA VIGNETTA DI CIP



di Giovanni Ciprotti



S. 2018



Avventura nella nebbia

La vita del medico non si svolge solamente fra le preoccupazioni per i suoi malati e il gratificante conforto dell'empatia. Capita non di rado che sia egli stesso a provare, da preoccupato protagonista, le ansie della malattia.

Stando seduto alla scrivania, il professore dava gli ultimi ritocchi alla relazione che doveva tenere il giorno dopo a un congresso medico. Era soddisfatto di sé, anche se sentiva un'insolita stanchezza salirgli progressivamente dentro. Cercò di non farci caso, e l'attribuì al faticoso lavoro che l'aveva impegnato per diversi mesi. Appoggiò la penna sulla scrivania. A poco a poco la stanchezza si stava trasformando in una strana inerzia del

pensiero; come un velo impalpabile che si insinuava fra le idee, rallentandone il corso. Fu allora che gli tornò alla mente una sua esperienza di qualche anno prima. Quando si era accorto che anche lui, benché giovane e sano, poteva provare la sensazione che il cuore sembrasse scoppiargli nel petto.

Era stata un'avventura affrontata e sofferta in un autunno lontano. Stava tornando a casa, dopo una giornata di caccia in palude, quando la nebbia aveva cominciato a



Pilar Jose Fernandez Garcia. Luci e ombre

Di nuovo lo assalì la stessa sensazione provata in quel giorno trascorso nella "bassa"...mentre nella nebbia i pensieri gli si appannavano...



infiltrarsi, salendo, sotto i suoi passi, dalle zolle d'erba bagnate, come un umido e ansante respiro della terra. Prima solo un velo impercettibile, poi via via più fitto, che gli chiudeva il respiro e gli appannava i pensieri. Scostava i cespugli con la canna del fucile, per scoprire la traccia del sentiero. Un sentiero a lui ben noto, che aveva percorso fin dall'infanzia, fra le sponde basse dei canali, dall'argine grande del fiume al tetto rosso della casa; quel sentiero che col sole era traccia sicura contro l'agguato dell'acqua stagnante sotto l'erba molle, nell'intrico fitto dei canneti, ma che in quel giorno di nebbia si stava trasformando in labirinto angoscioso. Nell'ansia di avere smar-

rito la strada di casa, anche il cuore aveva cominciato a danzare sarabande impazzite di battiti disordinati, nello sgomento di smarrimenti senza ritorno nella nebbia della palude, che i vecchi narravano sottovoce di fronte al camino, nelle serate invernali. L'avventura si era risolta poi positivamente quando, camminando a caso nella nebbia per qualche ora, si era ritrovato sul bordo di una strada conosciuta. Sgombrata la mente dal penoso ricordo della sua avventura nella nebbia, il professore si alzò dalla scrivania, passando la mano sulla fronte copiosamente sudata, come per diradare il velo di nebbia che gli intorpidiva la mente. Di nuovo lo assalì la stessa sen-

sazione di impotenza provata in quel giorno trascorso nella "bassa"; quando l'ordinata trama dei pensieri era divenuta disperato groviglio d'ansia, mentre la nebbia cancellava con dita insinuanti i segni che sotto il sole avrebbero indicato il ritorno: un albero secco, un mucchio di sassi bianchi, una curva d'argine amica. Nella foschia aveva vagato per ore. Senza più riferimenti di spazio-tempo si era smarrito anche il corso dei pensieri, all'unisono con l'affrettarsi insensato dei passi.

Ora, seduto alla sua scrivania, riprovava stranamente l'angoscia di quei ricordi. Cercò di concentrarsi sulla relazione che stava scrivendo. Ma lo sguardo si fissava inutilmente sulla penna che teneva in mano e che sembrava irraggiungibile dalla mente, incapace di tradurre in parole il filo del pensiero. "Ma quale pensiero?" Se lo chiese inutilmente. Cercò allora di riscuotersi, aprendo il programma del congresso alla ricerca del proprio nome, come un punto fermo a cui aggrapparsi. Dopo molte incertezze gli sembrò di averlo trovato. Vi lesse accanto il titolo della sua relazione. "Finalmente!" Confortato per

quel ristabilito contatto con la realtà, provò di nuovo a concentrare i pensieri per scrivere le conclusioni della relazione. “Ma quale relazione?” Ritornò a rileggerne il titolo. Ma accanto al suo nome – su quello almeno non aveva ancora dubbi – lesse un altro titolo, che non riconobbe come suo. “Possibile che mi abbiano dato due relazioni diverse?”

Decise allora di rinunciare ad altri tentativi. Si alzò dalla scrivania e si lavò la faccia con l’acqua fredda. Fece due telefonate per prenotare il treno, riuscendo a comporre a memoria il numero del suo collaboratore per concordare l’appuntamento per il giorno dopo. Si affacciò al balcone, nonostante il dolore del “colpo della strega” che lo aveva colpito qualche giorno prima e provò a fare lunghi respiri nell’aria fresca. Poi ritornò alla scrivania, in uno sforzo disperato di concentrazione. Era come allungare la mano nella nebbia della mente, ma seguiva il filo dei pensieri allontanarsi sempre più. *Sentiva* la mente galleggiare inerte in una galassia inconsistente, sperduta in un universo senza spazio né tempo. *Vedeva* i propri pensieri cercare penosamente di far-

si strada invano fra paludi di neuroni spenti, inesorabilmente attratti dai *buchi neri* del non-pensiero, voragini terribili in cui vorticavano, scomparendo, brandelli irriconoscibili di ricordi, sospesi fra l’essere e il non essere.

Decise allora di non lottare più e di abbandonarsi al sonno, pensando che si sarebbe *forse* risvegliato nei corridoi di qualche ospedale o in qualche unità di rianimazione. O forse addirittura *altrove*. Ma la cosa non sembrava minimamente interessarlo, in uno strano senso di estraneità anche a se stesso. Spense la luce, trovando con difficoltà sul comodino l’interruttore, sepolto fra le tante scatole delle medicine con le quali fino a poche ore prima aveva cercato invano rimedio all’improvvisa sciatica. E sprofondò immediatamente in un pesante sonno senza dimensioni.

Si risvegliò quando era già pieno giorno. “Dove si trovava?”. Volse lo sguardo verso il comodino. La sua sveglietta luminosa gli disse che aveva dormito otto ore. Non osava muovere un muscolo, nel terrore di scoprirsi paralizzato. Nell’assoluta immobilità la memoria ritornò a quel giorno autunnale di caccia; al momento in cui, d’improvviso, si era alzato il vento e la nebbia si era dissolta d’incanto. Aveva subito ritrovato la strada del ritorno. In un attimo era tornato alla casa dal tetto rosso, correndo lungo il sentiero dell’infanzia.

Ora, nel suo letto, riprovò ad articolare il pensiero. “Ma cosa faceva ancora a letto a quell’ora? Doveva finire di scrivere la relazione prima di partire!”. D’istinto si trovò seduto. Provò a ricordare gli eventi della sera precedente. Ogni tassello aveva ripreso il suo posto nel mosaico magico della memoria. Di nuovo, libero dal dramma incombente del non-pensiero, poteva *oservare* rinnovarsi, dentro di sé, il miracolo quotidiano del lucido fluire delle idee.

Si alzò e si sedette alla scrivania. Le conclusioni della sua relazione le scrisse di getto. Gli fu facile anche la diagnosi del suo malessere. Con catartica soddisfazione, infatti, gettò via d’un colpo con la mano, dal piano del comodino, le numerose scatole di medicine, responsabili, per qualche imprevedibile interazione farmacologica, dello stato confusionale in cui era sprofondato la sera prima.

Nel farsi la barba, il professore si abbandonò con gioia infantile ad un gioco mentale in cui indulgeva spesso fin da giovane: quello di *osservare* i propri pensieri, come dal di fuori di sé. Ora, dissoltasi la nebbia in cui la sera prima il suo cervello era stato sul punto di sprofondare, vedeva nitidamente scintille di



Caspar David Friedrich. *Viandante sul mare di nebbia* (1818)

Ora, al di sopra del mare di nebbia, vedeva nitidamente scintille di pensiero percorrere sequenze sempre nuove di neuroni e sinapsi. Uscito dalla nebbia, assistette lucidamente allo scorrere dei suoi pensieri.

pensiero percorrere sequenze sempre nuove di neuroni e sinapsi e gli sembrò di poter osservare dall'alto la nebbia che in un autunno lontano aveva rischiato di decidere il suo destino. Affascinato, riusciva ora a seguire le tracce fosforescenti delle associazioni d'idee e della sua creatività intersecarsi istantanee nell'universo blu della lucidità della mente.

Sorrise, mentre assisteva, con meraviglia sempre nuova, alla magia dei fuochi d'artificio dei suoi pensieri, capaci ancora di danzare e di brillare nel buio, come ricamati nel cielo dalla bacchetta magica della fata di Cenerentola.

P.S. Per i colleghi curiosi di fare una diagnosi, preciso che l'"avventura nella nebbia della mente", che può sembrare il prodotto della fantasia dell'Autore, si riferisce invece all'osservazione di un caso clinico reale seguito personalmente dall'autore. Il protagonista è un medico di 67 anni, esente da precedenti cerebrovascolari ed altre patologie cerebrali. La sintomatologia fu in seguito verosimilmente attribuita a sindrome confusionale tossica, con scotoma transitorio selettivo di alcune facoltà amnesiche ed associative, cau-

sate da interazioni farmacologiche correlate alla politerapia praticata per tre giorni per sindrome dolorosa sacrolombare post-traumatica (betametasone 1 mg/die, nimesulide 100 mg/die e pridinolo mesilato 800 mg/die), associata a modica assunzione di alcol (vino 250 cc), e ad una terapia di base con: sartanici, statine, acetilsalicylico, acidi grassi omega-3 e ip-

noinducenti.

Il meccanismo dell'interazione era in via di ipotesi attribuibile a inibizione neurotrasmettitoriale farmacologica selettiva a livello cortico-encefalico. La rapida remissione della sintomatologia dopo l'interruzione della politerapia praticata dal paziente, la negatività di un accurato esame neurologico, dell'esame ecodoppler carotideo e

della RMN encefalica e soprattutto il rilievo anamnesticco di un analogo episodio confusionale a risoluzione spontanea di cui il paziente aveva sofferto all'età di 40 anni, in seguito a somministrazione contemporanea di cortisonici, FANS, ipnoinducenti e miorilassanti, rendono ulteriormente sostenibile la natura tossico-farmacologica del quadro clinico.



Vade retro “piuttosto che...”

La rivista “Cuore e Salute” non si occupa di problemi linguistici ma è abbastanza eclettica da consentire qualche escursione in ambiti che non le sono propri.

È in voga da un po' di tempo l'uso dell'espressione “piuttosto che...” intesa come “oppure”, in qualche caso addirittura come “e”. Il vezzo -di origine lombarda secondo qualche specialista della lingua italiana- da sporadico capriccio lessicale di giornalisti TV e della carta stampata ha finito per dilagare nel parlato comune e negli scritti.

L'espressione, usata non con il significato d'origine di “preferibilmente”, “anziché”, “invece di...”, ma con il valore di “oppure”, di “oltre che”, infastidisce come una nota stonata o come il malvezzo snobistico di un parvenu.

Tornando alla rivista “Cuore e Salute”, la cui dichiarazione d'intenti o missione (e non mission!) è di comunicare dati e sapere con un linguaggio preciso, scientifico, non ambiguo, lascio immaginare a quanti equivoci si presterebbero i suoi articoli se in essi venisse usato il “piuttosto che...” nelle accezioni di cui sopra.



S.M.





di Filippo Stazi

Quadri e Salute



Delicate child (conosciuto anche come consultazione o *problem child*) è un olio su tela, dipinto nel 1886 da Hugo von Habermann e attualmente conservato nella Nationalgalerie di Berlino.

Hugo Joseph Anton Freiherr von Habermann nacque nel 1849 a Dillingen, in Germania, da nobile famiglia. Trasferitosi da bambino a Monaco prese in quella città le prime lezioni d'arte. A 19 anni si iscrisse, senza però nessun entusiasmo, alla facoltà di legge. Il destino gli diede una mano a scansare la carriera forense con lo scoppio, nel 1870, del conflitto francoprussiano, durante il quale Hugo servì come ufficiale dell'esercito del futuro Kaiser. Nonostante l'impegno bellico in quel periodo dipinse il suo primo quadro, ispirato alla vicenda biblica di Ruth e Boaz, che gli valse l'incarico di supervisore degli artisti impegnati nei ritratti dei prigionieri di guerra francesi, destinati al museo dell'esercito bavarese di Ingolstadt, città oggi famo-

sa per essere la sede dell'Audi. Al ritorno a Monaco Habermann aveva ormai deciso che la sua vita sarebbe stata da pittore e non da avvocato e quindi si iscrisse all'Accademia di belle Arti da cui uscì, diplomato, nel 1879. Il pittore aderì quindi ad Allogria, organizzazione per artisti rivoluzionari che preparò il campo alla cosiddetta Secessione una proposizione culturale che si manifestò in diverse città europee, soprattutto tedesche ed austriache, con il distacco di alcuni giovani dalle istituzioni ufficiali dell'arte, dalle accademie e dai loro circuiti espositivi, come segno di protesta nei confronti del loro eccessivo conservatorismo. Habermann fu cofondatore e secondo presidente di tale movimento. Hugo fu prevalentemente un ritrattista di donne, è famosa soprattutto la sua Salomè, ma nella parte finale della sua vita conobbe l'opera di El greco e ne fu pesantemente influenzato. Nel 1922 l'artista tedesco sposò Olga Hess, sua compagna e modella da lungo tempo. Morì nel

1929, dopo aver trascorso l'ultimo anno praticamente recluso nel suo studio per problemi di salute.

Delicate child è il più famoso dipinto della prima parte della sua attività. Con un realismo quasi fotografico il quadro rappresenta la visita medica di una giovane paziente. Il medico le ascolta la schiena direttamente con l'orecchio, anche se all'epoca il fonendoscopio era stato già inventato da tempo. Lo studio è piccolo e disordinato, gli abiti sono abbandonati confusamente, l'insieme ricorda un atelier da artista più che un ambulatorio. Tutta la scena sembra racchiudersi in un angolo; fa eccezione solo la figura della mamma della paziente che, seduta compostamente sul divano, si protende però con ansia in avanti, quasi ad anticipare il temuto responso della visita. Il quadro vinse la medaglia d'oro a una mostra tenuta nel Palazzo di vetro di Monaco ma tale premio venne all'epoca contestato da molti critici che giudicavano l'opera non sufficientemente attraente.

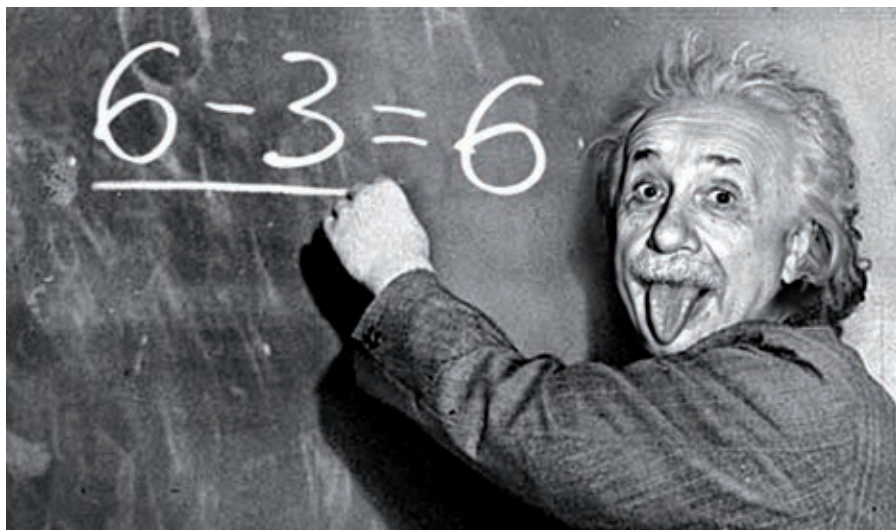
Gli aromi e la sigaretta elettronica

La notizia è recente (luglio 2018) e viene dalla prestigiosa Università di Medicina di Boston. Firmata per primo dalla dottoressa Jessica Fetterman che da anni studia la sigaretta elettronica, e-cigarette o e-cig per il colto, su cui lei ha pubblicato con perseveranza numerosi articoli sulla sua utilità e tossicità rispetto alle “Marlboro”. E che immaginavo avesse l'aspetto severo e asessuato delle suffragette da esercito della salvezza, invece Jessica è una graziosa e giovane biondina dal sorriso compliante. La ricercatrice, dopo le numerose ricerche che da 15 anni a questa parte si stanno sviluppando per dimostrare i vantaggi o meno del fumo senza la combustione della carta e del tabacco, nonché quelli di facilitatori dell'abbandono del vizio, tutti piuttosto controversi, ha voluto andare più a fondo. Addirittura valutando sia la tossicità dei componenti del tabacco reso liquido per innestarlo nelle e-cig e sia dei sempre più frequenti aromi utilizzati onde dare piacevolezza al fumatore e invitarlo alla riduzione parziale o totale della nicotina. La fantasia impiegata per la scelta di quegli aromi è incredibile, ben 7.700 tipi, ma i



più impiegati negli USA sono pochi; la menta, la cannella, la banana, l'eucalipto, il cioccolato e il bruciato dei popcorn; mentre da noi sono soprattutto l'aroma della pizza, delle patatine fritte e del pesto.

La tecnica escogitata da quel gruppo di solerti ricercatori bostoniani non è potuta essere la sperimentazione umana, si sarebbe dovuto arrivare all'autopsia, per cui essi sono ricorsi alla coltivazione delle cellule endoteliali, quelle che pavimentano l'interno delle nostre arterie e che subiscono spesso gli insulti che mandiamo loro facilitando l'arteriosclerosi, come appunto con la nicotina. E puntualmente essi ci trasmettono l'amara sorpresa: non solo il tabacco liquefatto, munito ancora della sua droga, agisce su quelle cellule coltivate sviluppando in loro le stesse alterazioni che preludono all'arteriosclerosi, ma anche gli aromi depurati della nicotina e "fonizzati" su quelle cellule endoteliali provocano analoghe alterazioni. In altre parole e riportando il tutto all'imputato, il fumatore, ad aspirare con le e-cig tanto una sigaretta vera con il suo carico di nicotina quanto solo gli innocenti profumi, con i quali



i ricercatori statunitensi pensavano di aver disarmato il fumo, non ci sarebbe punta differenza; il danno sarebbe lo stesso, addirittura alcuni aromi sarebbero più tossici della stessa nicotina. E, indirizzandosi specificamente ai medici, quegli eseguiti precisano che l'azione nociva di tutti quei "bruciacicci" si verificerebbe interferendo sull'ossido nitrico, il protettore delle nostre arterie contro le infiammazioni e le trombosi.

Essi entrano con tale sicumera nelle loro sofisticate analisi, in un mondo di così complicati processi metabolici e istologici, da far venire il mal di testa, che vi risparmio. E che mi risparmio, perché il solo pensiero che il buon profumo delle trippe in brodo che usciva al mio paese, dalle trattorie il giovedì di mercato, o quello della lepre in salmì, o delle frittelle appena scodellate in carnevale, o delle patatine arrosto che mi hanno sempre fatto pensare al più grande dono importatoci da Cristoforo Colombo, possa essere tossico mi sembra un tiro vigliacco del maligno. Contro il quale però, dopo aver atteso il tempo necessario affinché il ragionamento faccia luce sulle nostre e sulle loro elucubrazioni, ho pensato con Einstein che "i problemi importanti che ci poniamo non possiamo risolverli allo stesso livello di quando li abbiamo pensati e creati". Differente infatti è l'azione di un tossico (nicotina) e di un non tossico (aromi) sui nostri vasi quando il sangue scorre e li lava con i suoi antidoti e con l'immunità, e quella invece provocata dagli stessi agenti su povere cellule indifese, coltivate artificialmente dai savi di Boston.



Rimane tuttavia il problema che la e-cig, la sigaretta elettronica, provvista o meno di nicotina è pur sempre un aerosol di ingredienti non farmacologici, praticato dal fumatore per anni. Come se ci si mettesse con una cabriolet in coda a un turbo-diesel intermittenemente, ogni 20 minuti come usano i fumo-dipendenti. E spesso senza ottenere con la nuova tecnica il vantaggio psicologico, da molti atteso, di convincersi a stoppare il vizio. Così come invece successe a un mio amico e collega, non per il fumo che non praticava, ma per un altro “vizio” che si era concesso: guidare solo auto decapottabili. Se lo poteva permettere ed essendo bravo nel suo lavoro, vivendo da scapolo perché una malattia gli aveva tolto il piacere della compagnia femminile, ne aveva potuto cambiare diversi tipi, senza dare mai l'impressio-

ne dello sfaticato play boy. Lo rividi qualche anno dopo quasi nascosto dentro una FIAT berlina, scura e funerea, e alla domanda che subito egli troncò prima che la completassi mi raccontò che trovandosi durante la sosta a un casello autostradale affiancato a un tir aperto carico di mucche, fu colto dal panico e, nonostante gli fosse andata bene, corse subito a cambiare la vettura. Un episodio, direte, che centra poco con il fumo, ma aiuta a comprendere l'effetto di certi traumi psicologici, come dopo una malattia causata dal fumo, e anche lo stato di mestizia che talvolta osserviamo in chi per una ragione o per l'altra ha dovuto lasciare il piacere della “tiratina”. Io stesso, che da molti anni ho chiuso con ogni forma di tabagismo, mi sorprendo ad annusare con piacere la scia di chi mi sorpassa fumando una Marlboro.

tra i libri ricevuti





Delitti ambientali. Gli incendi negli impianti di trattamento rifiuti

Il fenomeno degli incendi negli impianti di trattamento dei rifiuti è in continuo crescendo nel Paese e ciò costituisce fonte di grande preoccupazione per l'autorità sanitaria a causa dei possibili effetti per la salute pubblica esposta all'inquinamento atmosferico generato dagli incendi e della conseguente emissione di polveri, diossina, idrocarburi, ossido di carbonio e azoto. Per tale motivo la commissione parlamentare di inchiesta sulle attività del ciclo dei rifiuti e sugli illeciti ambientali ad essi correlati, ha aperto un filone di accertamento specifico.

Nel giugno 2017, la commissione bicamerale ha richiesto ai Direttori delle Agenzie ambientali una relazione sugli incendi avvenuti nel territorio di competenza negli anni 2014-2017. La distribuzione territoriale degli eventi evidenzia che il Nord è stato il territorio maggiormente interessato con 124 incendi (47,5%) rispetto al Centro con 43 (16,5%), al Sud con 62 (23,7%) e alle Isole con 32 (12,3%). Lo studio motiva la prevalenza degli eventi al Nord nell'inversione del flusso dei rifiuti rispetto a storiche emergenze che hanno in passato colpito le regioni meridionali. Alla maggiore



concentrazione degli impianti di recupero e di smaltimento dei rifiuti al Nord contribuisce una logica prevalenza per la vicinanza della domanda, conseguente alla maggiore urbanizzazione del territorio rispetto al Centro-Sud e alle isole. Risultati simili derivano dalla banca dati dei Vigili del Fuoco (VV.FF.) da cui risulta che l'aumento percentuale degli eventi tra il 2016 e il 2017 è stato del 59% e che la distribuzione territoriale degli incendi è stata nel 2017 52,6% al nord, 13,8% al centro, 21,6% al sud e 12% alle isole.

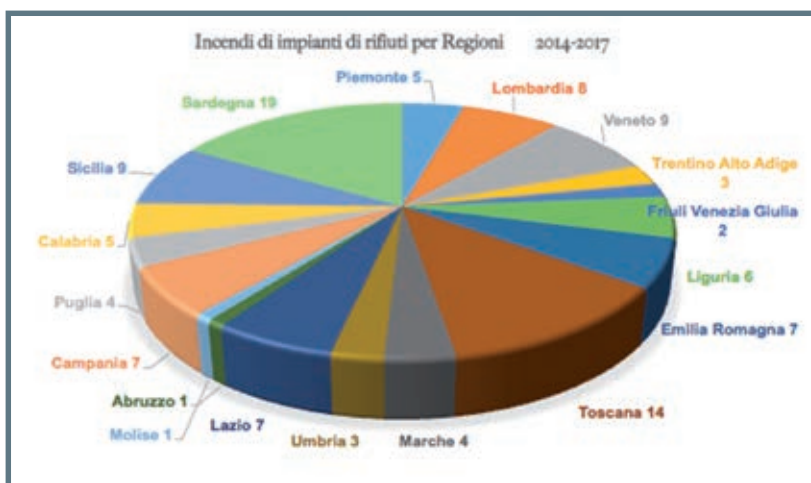


Grafico relativo ad un'analisi che ha preso in esame, fra 261 fenomeni massivi segnalati dalle agenzie ambientali, 114 che sono stati interessati da risvolti giudiziari

L'anno 2017 con 72 incendi per i soli primi 8 mesi rappresenta il periodo con il maggiore numero di eventi. Bisogna però anche considerare che i numeri sono in realtà sottostimati poiché gli incendi all'interno di impianti di trattamento di rifiuti in non meno di un terzo dei casi non vengono segnalati come notizie di reato alle Procure della Repubblica competenti e gestiti in "maniera domestica" da parte delle aziende interessate, senza il coinvolgimento dei VV.FF. e delle agenzie ambientali. L'indagine ravvisa tra le possibili cause degli incendi la fragilità degli impianti, spesso non dotati di sistemi adeguati di sorveglianza e di controllo; la rarefazione dei controlli sulla gestione che portano a situazioni di sovraccarico degli impianti e quindi

di incremento del pericolo di incendio e la possibilità, determinata da congiunture nazionali e internazionali, di un sovraccarico di materia non gestibile, che quindi dà luogo a incendi dolosi "liberatori".

Il problema degli incendi negli impianti di trattamenti di rifiuti è rilevante in quanto l'elevato impiego di risorse richiesto da un incendio, sia per quanto riguarda le precauzioni di spegnimento dei vigili del fuoco, che per gli interventi di tutela della popolazione, i monitoraggi ambientali e le investigazioni, è tale da suggerire o imporre un investimento adeguato nella prevenzione, che sicuramente corrisponde a un interesse non solo di tutela ambientale ma anche di migliore gestione delle risorse pubbliche.

Un ruolo fondamentale nella gestione di tali incendi è certamente giocato dai provvedimenti igienico sanitari che devono essere attuati a tutela della salute pubblica. A titolo di esempio si riportano le decisioni dell'amministrazione in occasione dell'incendio di Colle Val d'Elsa nella zona di Gracciano-Marziale del luglio 2018:

- non consumare o lavare a fondo ortaggi, frutta ed alimenti prodotti all'interno

- dell'area interessata;
- svuotare o comunque non utilizzare l'acqua conservata all'interno di vasche, depositi, pozzi, contenitori o vasi aperti contenenti acqua nella zona interessata;
- per quello che riguarda i pascoli e gli allevamenti all'interno dell'area interessata, nutrirli solo attraverso alimenti stoccati e protetti in luoghi chiusi. Inoltre in via temporanea e prudenziale non far pascolare nell'area interessata per una settimana, fino a nuova comunicazione;
- spostare, infine, le arnie degli apicoltori di 3 km rispetto all'area interessata.



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

Paolo De Vivo di Matera

Carlo Fedeli di Amatrice

Maria Teresa Fortunati di Saronno

Francesco Frazzini di Roma

Paolo Garberoglio di Asti

Stefano Gentile di Roma

Antonio Giovanzana di Roma

Andrea Gobbo di Besana

Paolo Levoni di Castelluccio

Ampelio Piarotto di Mirano

Paolo Santivetti di Palombara Sabina

Paolo Zamberlan di Padova

Enzo Zotti di Padova



“ Girl power in cardiologia

I tempi cambiano e quello che solo ieri sembrava impossibile oggi è finalmente realtà. Conferma di tale cambiamenti è la nomina di Karen Sliwa a presidente della Federazione Mondiale di Cardiologia. È la prima volta che tale carica viene conferita ad una donna e ciò sarebbe già di per sé sufficiente a rendere il 2019 una data storica per la cardiologia. L'evento è però reso ancor più sensazionale dal fatto che la Sliwa oltre ad appartenere al gentil sesso è anche africana. La neopresidente ha legato molto del suo lavoro al mondo femminile come

dimostrato dalle sue numerose ricerche nel campo della "cardiomiopatia peripartum". Ella si è anche spesa molto per promuovere il ruolo delle donne nel mondo cardiologico. Secondo lei, infatti, le donne dovrebbero nutrire maggior fiducia in loro stesse e nella loro preparazione, perché ritiene che allo stato attuale non esistano altre barriere al successo del gentil sesso, di quelle ancora presenti nella mente delle stesse appartenenti al sesso femminile. La Sliwa raccomanda inoltre alle sue colleghe di accettare la competizione con i colleghi maschi, unico modo per far emergere a pieno le molte qualità delle donne che altrimenti resterebbero nascoste e quindi inutilizzate. Al



Karen Sliwa

contempo però ricorda che se un uomo sconfigge una sua collega nella corsa ad un ruolo apicale, questo può riflettere una sua reale migliore idoneità e non necessariamente essere la conseguenza di un pregiudizio di genere, come invece spesso le donne finiscono per credere. Una delle frasi che Karen Sliwa, infatti, comunemente ripete è che "non si può far carriera se non si sa perdere con grazia". Tante più donne raggiungono il successo tanto più facile sarà per altre seguirle sulla stessa strada, di qui il motto della cardiologa africana: "muoviti, cerca di essere ottimista anche nei momenti più difficili e le opportunità arriveranno".

F.S.

”

Già fatto???

Negli anni '80 una marca di siringhe inventò uno spot di grande successo in cui al termine di un'iniezione una bambina diceva sorpresa "già fatto???". Le due parole divennero un tormentone per molto tempo ed ancora oggi i diversamente giovani le ricordano con affetto e talvolta le usano ancora. Ai nostri giorni fare un prelievo o un'iniezione endovenosa è prassi comune e ci sembra impossibile che per la gran parte della storia dell'umanità tali procedure siano state impraticabili.

La data d'origine dell'iniezione endovenosa è infatti difficile da stabilire con certezza ma esistono delle descrizioni aneddotiche di tentativi di iniezione endovenosa di oppio databili intorno al 1600. Il vaso venoso periferico veniva incannulato mediante un pennino d'oca acuminato e attraverso esposizione chirurgica. Prima di poter iniettare una sostanza nel circolo ematico si dovette però attendere Sir William Harvey che nel 1616 descrisse la circolazione sanguigna nel suo trattato *De motu cordis* edito nel 1628. È lecito pensare che proprio gli studi di Sir Harvey sulla circolazione abbiano suggerito a Percival Christopher Wren e Daniel Johann Major l'idea di iniettare farmaci nel torrente circolatorio. Nel 1665 Wren descriveva come fosse in grado di reperire facilmente una via per convogliare sostanze liquide nel sangue: egli legava le vene di cani di grossa taglia, le incideva a monte della legatura stessa e vi inseriva sottili pennini d'oro o penne d'oca collegate a vesciche (colecisti suina) contenenti liquidi vari. La prima somministrazione per via endovenosa nell'uomo fu però l'iniezione di oppioidi nel 1662 ad opera di Daniel Johann Major, che la descrisse nel suo trattato *Prodromus inventae a se chirurgiae infusoriae* pubblicato



a Lipsia (1664), seguita, l'anno successivo, da quella di Sigmund Elsholzre che iniettò dell'oppio in un uomo e lo descrisse nel trattato *Clysmatica nova* (1665). Prima del 1650 erano stati fatti diversi tentativi di infusione nei vasi san-

nei vasi sanguigni e non erano né abbastanza durevoli né riutilizzabili. È però anche possibile che l'oppio ed il vino oltre ad essere infusi venissero anche assunti in qualche modo dagli operatori e che ciò rendesse le loro mani meno salde

servarli per studio, l'interesse si concentrò non tanto sulla somministrazione di medicinali, quanto sui tentativi di trasfusione di sangue. Nel 1654 Francesco Folli descrisse la prima trasfusione ematica, congiungendo donatore e ricevente mediante un sottile tubo d'argento e una cannula d'osso; i due dispositivi comunicavano tramite una pipetta ricavata da un vaso sanguigno di animale. Non ci sono però notizie circa l'esito di tale trasfusione. Nel 1666 l'inglese Richard Lower utilizzò la stessa tecnica per una trasfusione tra animali (*Tractatus de Corda*) e nel 1667 il francese G.B. Denis adottò tale pratica per la prima trasfusione da animale ad uomo. Nel 1668 la sentenza di Chatelet, voluta dal Vaticano e dalla British Royal Society, relativa all'interdizione delle trasfusioni sanguigne mise però termine a tutte le sperimentazioni. Per oltre cento anni vi fu una completa paralisi scientifica. Nel '700 e per la prima metà dell'800 la via endovenosa non ebbe una buona fama e se ne sconsigliò l'uso ai fini terapeutici salvo nei casi in cui ogni altra terapia avesse fallito. È solo nella seconda metà dell'800, col pro-



guigni animali: Wahrendorff (1642) iniettò del vino e Schottus raccontò di aver iniettato in vena del vino spagnolo di Xeres e del liquore purgativo. L'infusione di liquidi nella circolazione sanguigna si dimostrò però approssimativa, i pennini d'oca non potevano essere fissati facilmente

e le loro menti meno lucide, di questo tuttavia, per ovvi motivi, nei documenti ufficiali non si trova traccia. Dopo un primo periodo, in cui l'attenzione era stata prevalentemente rivolta all'iniezione di varie sostanze nei vasi venosi ed arteriosi dei cadaveri o dei preparati anatomici, per con-

gresso delle nozioni fisiopatologiche e farmacologiche, che ritornò l'interesse per la via intravenosa anche grazie al miglioramento dei presidi impiegati.

Il fisico irlandese Robert Boyle usò per primo una siringa, completamente metallica, formata dai tre classici elementi: cilindro, pistone e cannula. Nel 1798 C.H. Haefer pensò di sostituire il cilindro metallico con uno in vetro e qualche anno dopo Von Graefe consigliò l'impiego di un sottile tre quarti, collegato alla siringa, che permetteva l'iniezione senza preventiva apertura della vena. Fu però l'introduzione dell'ago metallico e delle siringhe di vetro, grazie a Francis Rynd (1845), Alexander Wood (1855) e Charles Gabriel Pravaz (1853) a permettere di semplificare l'iniezione endovenosa. Nel 1866, poi, Luer ideò una siringa simile a quelle moderne e che presentava il vantaggio di una facile sterilizzazione. Fu un'invenzione rivoluzionaria per la medicina.

Da allora la storia della venopuntura subì una brusca accelerazione. Nel 1844 Claude Bernard incannulò la carotide di un cavallo fino al ventri-

colo sinistro e la giugulare interna destra fino al ventricolo omolaterale e per la prima volta vennero descritte alcune tra le possibili complicanze dell'incannulamento venoso centrale: la perforazione del ventricolo destro e il tamponamento cardiaco. Nel 1905 il tedesco Bleichroder eseguì l'incannulazione di un'arteria periferica sull'uomo: tale procedura non fu neppure divulgata, in quanto ritenuta di scarsa importanza clinica! Nel 1912 Ernst Unger utilizzò un catetere ureterale per incannulare la vena cava superiore di quattro pazienti, partendo da una vena periferica (del braccio o della coscia). Infine ancora un tedesco impresse a questa sto-

ria la svolta decisiva: Werner Forssman fu infatti il primo a documentare il circolo venoso autoiniettandosi del contrasto radiopaco ed a pensare di utilizzare la tecnica di Unger per la somministrazione di farmaci anche in situazioni critiche. Nel corso di un'emergenza occorsa in una paziente affetta da peritonite purulenta, Forssmann somministrò un litro di soluzione glucosata e della strofantina attraverso un catetere posizionato con la sua tecnica. La paziente però sfortunatamente morì e lui venne definitivamente allontanato dalla Clinica Ospedaliera dal Prof. F. Sauerbruch, che lo apostrofò come "Pazzo, meritevole di lavorare solo in un circo!"



Forssmann, Richards e Courmand



Seguirono numerosi divieti impostigli dalla comunità scientifica tedesca per “studi immorali” e Forssmann cambiò vita: abbandonò la città e la chirurgia, andando a vivere in campagna dove intraprese la carriera di urologo. Durante la Seconda Guerra Mondiale Forssmann fu ufficiale delle SS e venne imprigionato per sei mesi dagli Alleati. In realtà l’intuizione geniale di Forssmann ha aperto la strada alla terapia infusione e nel 1956, per tale motivo, insieme a Cournand e Richards ricevette il premio Nobel per la medicina: non male per un pazzo, meritevole di lavorare solo in un circo! Quando gli comunicarono di aver vinto il prestigioso premio Forssmann commentò “di sentirsi come un prete di campagna che ha appena saputo di essere diventato vescovo”.

Il resto è quasi storia di oggi. Nel 1945 nasce il primo catetere in polietilene per infusione endovenosa con introduzione attra-

verso il lume di ago cavo e viene descritto l’impiego di un catetere con doppio lume per prelevare campioni di sangue e registrare contemporaneamente la pressione venosa. Nel 1949 Duffy riporta la prima casistica utilizzando cateteri in polietilene. Nel 1950 i deflussori di gomma vengono sostituiti da quelli in plastica. Nel 1951 Bonner infonde glucosio, amminoacidi, sangue intero, plasma, albumina, alcool, procaina e altri farmaci e Ladd e Schreiner utilizzano la vena cava inferiore (incannulata attraverso la vena femorale destra) per la somministrazione di nutrizione parenterale totale.

Negli anni successivi sono stati introdotti numerosi nuovi presidi per il posizionamento di accessi venosi, alla luce della crescente necessità di gestire terapie endovenose diversificate e contemporaneamente si sono perfezionate le tecniche del loro inserimento, al fine di facilitarne il posizionamento e ridurre le complicanze legate all’incannulazione.

Il risultato di questo lungo cammino è quel “già fatto???” che diciamo sorpresi ogni volta che l’infermiera ci posiziona un ago in una vena.

“

ANEDDOTI ROMANI Nil mutandum

È ampiamente noto il decadimento della città di Roma. La giunta attuale e le due precedenti sono nell'insieme espressione di tutto lo schieramento politico, dalla destra alla sinistra, passando per il centro e le responsabilità sono quindi purtroppo condivise. Purtroppo perchè ciò rende arduo sperare in un cambiamento. È però indubbio che l'amministrazione dell'attuale sindaco brilli per un, speriamo solo apparente, immobilismo, che ha contribuito all'ulteriore calo delle condizioni di vita degli abitanti capitolini. Sembra più importante bloccare qualsiasi progetto, per evitare di incorrere in errori o problemi, piuttosto che cercare di migliorare la situazione.

Un problema, quello dell'immobilismo che Roma in realtà conosce da secoli. Si legga ad

esempio il resoconto di Tacito sulla seduta del Senato che arenò il progetto di Tiberio di sistemazione del Tevere: “I deputati del Tevere proposero in Senato, se, per ovviare alle piene, fosse da voltare altrove i fiumi e i laghi onde egli ingrossa. Udironsi le ambascierie delle terre e colonie. Pregavano i fiorentini, non si voltasse la Chiana dal suo letto in Arno, che sarebbe lor rovina. Simile cosa dicevano quei di Terni che il più grosso terreno d'Italia andrebbe a male se la Nera si spartisse, come si disegnava, in più rivi e quivi si lasciasse stagnare. Gridavano i Rietini non si turasse la bocca del lago Velino, che sgorga nella Nera, perocchè traboccherebbe in quei piani. Avere la natura provveduto alle cose dei



Il corso del Tevere

mortali ottimamente ed ai fiumi dato i loro convenevoli fonti, corsi, letti e foci. Doversi anche rispettare le religioni dei confederati, che hanno consacrato ai fiumi delle proprie patrie i loro boschi, altari e divinità. Lo stesso Tevere non vorrebbe, senza la corte dei suoi tributari, correre meno altiero. Forse il pregar delle colonie o la religione vinse il parere di Pisone, che niente si mutasse”.
Nil mutandum!

F.S.

”

Sauna, il sole del nord

I bagni di calore e vapore a scopo benefico per molte infermità erano conosciuti fin dall'antichità, i romani avevano il caldarium, i giapponesi il kamburu, i Maya del centroamerica il temazcal, i turchi i famosi bagni e così via fino alla sauna attuale. Rara dalle nostre parti, dove è quasi esclusiva di alcuni alberghi termali, frequente invece nei condomini svizzeri, spesso ubicata vicino al rifugio atomico come fosse un complesso di prevenzione. È quasi la regola in ogni famiglia nei paesi che costeggiano il Baltico, Finlandia in testa. Si tratta di strutture in legno ricavato dai loro alberi sempre verdi, adattabili per 1-2 persone, ma anche per molte, una specie di Caracalla. Nell'interno un pentolone di pietre ardenti emana un calore secco fino ai 90 gradi (!), attenuato dall'umidità conseguita versando acqua con un mestolo sopra quei tizzoni ardenti. Da quelle parti la praticano tutti ad ogni età, dalle 2 alle 7 volte la settimana, incoraggiati da molte pubblicazioni mediche, secondo le quali sarebbe un antidoto contro le malattie cardiovascolari, la pressione alta, l'asma e i reumatismi.

Nel 2015 il finlandese Laukkanen riferisce uno studio su 2315 uomini dai 42 ai 60 anni, seguiti per un ventennio e valutati secondo la pratica alla sauna, da 2-3 a 4-7 volte settimanali, nonché secondo la loro resistenza al calore, da 11 a 20 o più minuti. Quanto più frequenti erano le sedute sudoranti e quanto maggiore il tempo sopportato tanto meno i soggetti ammalavano di cuore e vasi, di morte improvvisa e anche di altre cause. Purtroppo non si fa riferimento alle complicazioni sotto quello stress termico, benché gli autori consiglino di prestare attenzione a chi ha la pressione bassa in piedi (ipotensione ortostatica). Era naturalmente implicita anche l'esclusione dei molto anziani che tendono a quel-



Temazcal

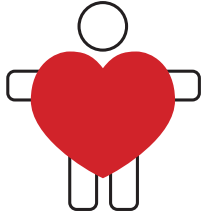
la ipotensione e dei cardiopatici, mentre non si capiva l'esclusione delle donne. La letteratura medica purtroppo segnalava alcuni episodi mortali (1-2%) durante o poco dopo la sauna, raccomandando che chi vi si sottoponeva dovesse essere valutato prima dal proprio medico.

Ma quali sono le reazioni del nostro corpo a questa ipercalorica sudata, ritenuta da molti una specie di allenamento, di iperattività fisica e conseguentemente benefica? Gli esperti riferiscono un aumento della circolazione capillare della pelle e delle mucose con riduzione dell'attività simpatica, un'aumentata secrezione delle ghiandole sudoripare e una protezione antiossidativa nelle nostre arterie, con conseguente aumento della difesa contro i radicali liberi, da cui dipendono i buoni risultati clinici. Scusatemi, so che molti non ci seguono in questa terminologia tecnica, ma non esiste una semplificazione se non quella di dirvi che i benefici della sauna sono simili a quelli del sole nelle nostre latitudini più vicine all'equatore. La dimostrazione indiretta è che i finnici e anche i tedeschi si riversano volentieri quando possono sulle spiagge del sud.



Terme di Caracalla

Tuttavia, per tornare al vostro sacrosanto diritto di comprensione medica, posso aggiungermi che gli esegeti della sauna hanno dimostrato anche un miglioramento del metabolismo dello zucchero nei tessuti, un'azione grosso modo antidiabetica, la riduzione del colesterolo "cattivo", il miglioramento della funzione muscolo-articolare e addirittura un'azione benefica sull'anoressia nervosa, nonché sulla capacità di socializzare e di creare amicizia. Ciò che la sauna non può fare è il dimagrimento, sperato da molti in sovrappeso, perché la perdita che constatiamo sulla bilancia non è grasso, ma solo acqua con sali (il sudore), quasi subito recuperati. L'ultimo studio in questo campo è quello pubblicato su *Neurology* 2018, dove il gruppo di Setor Kunutsor, seguendo per 15 anni 1628 finnici e finniche, di età dai 53 ai 74 anni, ha constatato che durante quei tre lustri si sono verificati non durante la sauna, 155 incidenti vascolari cerebrali (ictus), ma che tale rischio, oggetto della loro ricerca, diminuiva dal 14% al 61% in rapporto a quante più saune settimanali essi facevano (da 2-3 a 4-7). Quindi tante più saune tanti meno coccoloni, senza differenze tra i due sessi, finalmente. Non sono mancati nemmeno in questa ricerca gli incidenti dovuti, specie in chi attanagliato dalla sete si sfogava con bevande alcoliche, ad abbassamento di pressione, disidratazione, aritmie e ad eccessiva concentrazione del sangue, da cui le raccomandazioni dette sopra. A queste si deve aggiungere la controindicazione in caso di infezioni, febbre, stenosi aortica avanzata, sclerosi multipla e pazienti con pregressi TIA o ictus. Molte di queste sono le stesse attenzioni che in spiaggia le madri hanno verso i loro figli e che i medici consigliano agli anziani, con l'aggiunta, si capisce, di quelle relative al bagno in mare o in piscina durante la digestione.



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

- **Emilio Asproni** di Nuoro
- **Giacomo Bassis** di Busto Garolfo
- **Giovanni Bastianelli** di Roma
- **Claudio Bay Rossi** di Arezzo
- **Lino Beber** di Pergine Valsugana
- **Paolo Berardini** di Roma
- **Ascanio Bernardelli Classicmobil** di Agnosine
- **Umberto Bugatti** di Roma
- **Guglielmo Buglioni** di Roma
- **Sabino Cardone** di Maenza
- **Mario Carrai** di Lido di Camaiore
- **Lanfranco Chiodetti** di Monza
- **Massimo Corradeghini** di Sarzana
- **Felice D'Amato** di Pistoia
- **Emilia De Rensis** di Roma
- **Paolo De Vivo** di Maratea
- **Rino Defilippi** di Voghera
- **Paola Del Din Carnielli** di Udine
- **Mariano Ferrari** di Padova
- **Demetrio Festa** di Castiglione Cosentino
- **Renato Fiorini** di Mestre
- **Stefano Ghetti** di Carpi
- **Aldo Giusti** di L'Aquila
- **Vittorio Grossi** di Esperia
- **Dario Indovina** di Torino
- **Luigi Lista** di Roma
- **Elisa Lo Pinto** di Roma
- **Maria Maffei** di Trento
- **Celestina Maletto** di Milano
- **Luigi Mannucci** di Roma
- **Alberto Margrit** di Gravere
- **Carlo Menichelli** di Roma
- **Roberto Montoresi** di Roma
- **Vittorio Moser** di Cavalese
- **Anna Maria Narici** di Roma
- **Giorgio e Nada Nidoli** di Varese
- **Augusto Pasqualini** di Barasso
- **Bruno Pasqualoni** di Roma
- **Giuseppina Paton** di Portogruaro
- **Francesco Peruzzi** di Torino
- **Susanna Pittella** di Roma
- **Claudia Pruni Lunardini** di Rimini
- **Alessandro Rossi** di Desenzano
- **Massimo Scambelluri** di Roma
- **Isotta Scandalinato Ciciani** di Roma
- **Giancarlo Scibona** di Roma
- **Domenico Tarantini** di Trani
- **Mario Tecce** di Moricone
- **Emanuele Tedesco** di Bari
- **Edoardo Tiboni** di Pescara
- **Antonia Visconti** di Frascati
- **Renato Zampieri** di Verona

di Bruno Domenichelli

Dodecalogo dell'ecologia della mente

Da molto tempo Cuore e Salute ospita una rubrica di “Ecologia della mente”. Crediamo che occuparsi di questo tema sia uno degli scopi etici di una rivista di prevenzione come la nostra.

Abbiamo toccato temi diversi. In alcuni l'attinenza con l'ecologia della mente era facilmente identificabile; in altri poteva apparire a prima vista non immediatamente valutabile.

Ma le sfaccettature con le quali la salute mentale si manifesta sono infinite. È in questi casi che un approccio espositivo di tipo subliminale poteva essere utile per ottenere un convinto coinvolgimento interiore in sane regole di ecologia mentale.

È per questo che abbiamo ritenuto opportuno un momento di sintesi e di riflessione su questo concetto allargato di ecologia della mente. Questo “dodecalogo” è un tentativo, anche se necessariamente incompleto, di riassumere in pochi punti i principi e le norme fondamentali per una buona ecologia della mente e per la loro applicazione, anche in un'ottica di prevenzione cardiovascolare...

- 1) Accetta come naturale l'idea che la vita è una lotta continua. La **speranza** è regola fondamentale della vita. Disponiti allora mentalmente ad accettare le sfide dell'esistenza. E se l'esito del combattimento sarà sfavorevole, accetta l'idea che anche un sano compromesso può talora considerarsi come un successo.
- 2) Impara a **condividere** con chi hai al fianco le difficoltà delle reciproche sfide e a capire quando è giunto il momento di chiedere aiuto, af-

finché sia la vittoria che la sconfitta possano essere affrontate insieme. Scoprirai che chiedere aiuto non è una sconfitta ma una vittoria su te stesso.

L'**empatia** è un concetto reciproco: vale cioè nei confronti del prossimo, ma può esprimersi anche come capacità di voler bene a se stesso.

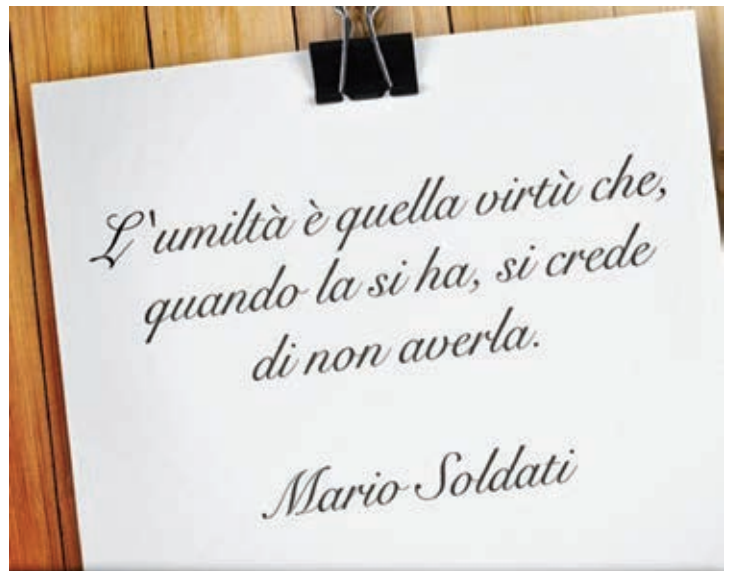
E fuggi la **sofferenza evitabile**, quella legata alla masochistica tendenza di farsi mentalmente schiavo delle preoccupazioni e del dolore per le cose inutili della vita.

3) Affronta la vita con l'**umiltà** del forte: potrai godere più intimamente le tue soddisfazioni ed accettare meglio i naturali limiti che la vita ci impone. **Il senso dell'onnipotenza della scienza e dell'uomo**, che caratterizza i nostri tempi, è illusorio ed è troppo spesso fonte di delusioni. La **fragilità** che contraddistingue la natura umana potrà diventare una forza se riuscirai a viverla insieme a quella di chi condivide con te lo stesso percorso. L'amore è infatti il magico incontro di due fragilità, liberamente disposte alla reciproca donazione per diventare un'unica forza.

4) Ricorda sempre l'attualità della massima psicoterapeutica degli antichi: "Est modus in rebus"; la **moderazione** è in ogni campo ricetta salutare di vita, fisica e mentale.

5) **L'armonia tra gli opposti** è uno dei fondamenti dell'ecologia della mente. L'equilibrio fra antinomie esistenziali come, ad esempio, quello fra natura e spirito, individualità e socialità, indifferenza e partecipazione, predispone ad una sana armonia biologica fra ormoni dello stress ed endorfine.

6) **Ottimismo e pensiero positivo** sono le vie maestre dell'ecologia della mente. Il buon umore ci aiuterà a vivere me-





glio e, dicono, a vivere più a lungo e in buona salute. Vivere con ottimismo è anche il primo ingrediente dell'**autostima**, molla fondamentale per la nostra capacità di affrontare senza debolezze interiori le tante difficoltà della vita.

- 7) **“La natura è la nostra madre”**. È l’insegnamento attualissimo che ci giunge da tutte le popolazioni primitive (e dagli attuali antropologi). Il sentirsi parte integrante della natura predispone ad un sano equilibrio interiore fra gli aspetti spirituali e materiali della vita, fra individuo ed ambiente, e ci aiuta a godere della bellezza del mondo.
- 8) Anche nei momenti in cui tutto intorno a te sembra crollare, impara a sentire che qualcuno, nel mondo, ha bisogno di te e del tuo amore e che, nonostante tutto, **qualcuno ti ama**.
- 9) Anche nel quotidiano più frustrante impara ad accorgerti della corolla di un fiore che sboccia nascosto dietro a una pietra nel nostro deserto quotidiano. **Sapersi meravigliare** delle cose apparentemente più umili, così come della grandiosità e della bellezza della propria natura di uomo o dell’infinità del cosmo è ricetta indispensabile per la gioia di vivere.
- 10) Vivi intensamente il **presente** col sorriso sul volto e nel cuore. Ma insieme ama le radici affondate nel tuo **passato** ed accetta di prepararti senza rimpianti al momento in cui sarà dolce riposare all’ombra accogliente



degli alberi del tuo **futuro**.

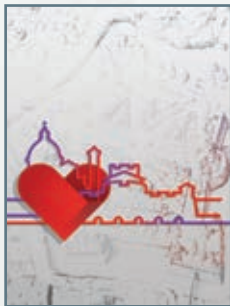
11) Sappi tendere la mano per accogliere e per donare. Vedrai intorno a te espandersi il mondo. Il regalo più prezioso per un amico è il dono della tua disponibilità e del tuo tempo. **Sapersi donare** è anche autogratificazione e costituisce una buona premessa per provare tu stesso la felicità del vivere.

12) **“Conosci te stesso”**. Scoprirai i tuoi limiti e insieme le tue meravigliose e imprevedibili capacità. È la massima socratica che sottolinea l'importanza della necessità di dialogare con se stessi. Imparerai a leggere dentro di te e a scoprire e ad amare la profondità del tuo essere. E nel contempo imparerai, forse, a intuire il Mistero dell'infinito del tempo e dello spazio. Conoscere se stessi è l'aurea regola per impostare nel migliore dei modi le nostre strategie esistenziali.



Rassicurazione finale.

Questo “dodecalogo” è ovviamente assai incompleto. Sarà comunque già un successo se riuscirai a rispettare una buona parte di queste raccomandazioni. Non preoccuparti! Anche nell'ecologia della mente la ricerca esasperata della perfezione ci rende antipatici e può aprire la porta alle nevrosi.



CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2019

XXXVI Congresso di Cardiologia
del Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus
Firenze, Fortezza da Basso, 28 febbraio, 1-2-3 marzo 2019

Coordinamento: Francesco Prati

GIOVEDÌ 28 FEBBRAIO

I Sessione

Moderatori: Gianni Casella, *Bologna*
Gabriele Guardigli, *Ferrara*

15.00 Prevenzione dell'infarto: utilità e limiti delle metodiche non invasive.

Gian Piero Perna, *Ancona*

15.15 Fibrillazione atriale subclinica. Quando prescrivere i NAO?

Giuseppe Patti, *Roma*

15.30 Amiloidosi cardiaca: ricordiamoci di cercarla.

Gianfranco Sinagra, *Trieste*

15.45 Aterosclerosi subclinica: come e quando trattarla.

Laura Gatto, *Roma*

16.00 Discussione

16.30 - 18.00

**The international imaging symposium
A picture of the heart : a journey in the images modalities**

Chairpersons: Anna Sonia Petronio, *Pisa*
Francesco Prati, *Roma*

16.30 Intracoronary imaging for prevention and treatment of myocardial infarction.

Fernando Alfonso, *Madrid - Spagna*

16.50 The MRI and the heart: use in different clinical scenarios.

Chiara Bucciarelli-Ducci, *Bristol - UK*

17.10 Role of echography, echocardiography during percutaneous structural interventions.

Giovanni La Canna, *Milano*

17.30 Discussione

18.00 - 19.00

**Moderated Poster
THE YOUNG AND THE MASTER TOGETHER**

**Presenters and our distinguished faculty
(non accreditato ai fini ECM)**

VENERDÌ 1 MARZO

8.30 Saluto ai partecipanti

II Sessione

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

8.45 Una nuova terapia per l'amiloidosi: una malattia non più orfana.

Claudio Rapezzi, *Bologna*

9.00 Rivoluzione nella terapia dell'ICTUS. La terapia ripervasiva funziona anche se tardiva.

Daniilo Toni, *Roma*

9.15 TAVI: come ridurre le complicanze post-intervento.

Corrado Tamburino, *Catania*

9.30 La provocazione dello studio ORBITA: l'angioplastica non serve.

Leonardo Bolognese, *Arezzo*

9.45 Discussione

III Sessione

Moderatori: Maria Grazia Modena, *Modena*
Filippo Stazi, *Roma*

10.15 Fibrillazione atriale nello scompenso cardiaco. Quando ricorrere all'ablazione.

Riccardo Cappato, *Rozzano - MI*

10.30 Prevenzione secondaria della cardiopatia ischemica. Va rivisto il valore soglia di 70 mg/dl per la colesterolemia LDL?

Alberto Zambon, *Padova*

10.45 Nesso di causalità tra influenza ed infarto. Ipotesi fisiopatologiche e ripercussioni cliniche.

Raffaele De Caterina, *Pisa*

11.00 Quanto conta la variabilità della pressione arteriosa?

Enrico Agabiti Rosei, *Brescia*

11.15 Discussione

11.45 Intervallo

12.10 - 12.40 LETTURA

L'ipertensione polmonare: diagnosi e cura.

Nazzareno Galìè, *Bologna*

Introduzione di Giancarlo Piovaccari, *Rimini*

VENERDÌ 1 MARZO

SIMPOSIO CASI COMPLESSI: SERVE L'HEART TEAM

Moderatori: Francesco Burzotta, *Roma*
Pierluigi Stefano, *Firenze*
Corrado Tamburino, *Catania*

- 14.30** **Le TAVI in Italia: una crescita disomogenea.**
Giuseppe Musumeci, *Cuneo*
- 14.45** **Trattamento dello shock: gli ospedali non sono tutti uguali.**
Nadia Aspromonte, *Roma*
- 15.00** **L'Heart Team allargato. Una cardiocirurgia per più ospedali.**
Massimo Massetti, *Roma*
- 15.15** **Discussione**

15.45 **Intervallo**

IV Sessione

Moderatori: Mario Motolese, *Roma*
Gaetano Thiene, *Padova*

- 16.15** **L'arresto cardiaco a riposo e durante attività sportiva. Cause e prevenzione.**
Cristina Basso, *Padova*
- 16.30** **ICTUS criptogenetico oltre i 60 anni. Il forame ovale va chiuso?**
Achille Gaspardone, *Roma*
- 16.45** **La monoterapia a lungo termine con ticagrelor dopo lo stent. Lo studio Global Leaders.**
Davide Capodanno, *Catania*
- 17.00** **La sigaretta elettronica.**
Giuseppe Biondi Zoccai, *Latina*
- 17.15** **Oltre il CHA2DS2-VASc nella fibrillazione atriale. Il ruolo dell'atrio nel rischio di ICTUS.**
Alessandro Boccanelli, *Roma*
- 17.30** **Discussione**

18.00 - 19.00 CASI CLINICI E VOI COSA FARESTE ?

Moderatori: Enrico Romagnoli, *Roma*
Angela Beatrice Scardovi, *Roma*

La distanza è un problema di geo-metria.
Giovanni Statuto, *Bologna*

Insoliti sospetti per un improvviso batticuore.
Marzia Albano, *Roma*

Ci sarà un motivo se si chiama guida!
Andrea Picci, *Catania*

Oltre l'apparenza a volte si cela la "sostanza".
Marco Triggiani, *Gavardo - BS*

SABATO 2 MARZO

V Sessione

Moderatori: Francesco Bovenzi, *Lucca*
Ciro Indolfi, *Catanzaro*

- 8.45** **Lo studio PURE ed i misteri della dieta. Possibile che un alto consumo di grassi saturi non faccia male?**
Andrea Poli, *Milano*
- 9.00** **Angina (epicardica e microvascolare) o precordialgie atipiche. Diagnosi differenziale con la risonanza magnetica.**
Gianluca Pontone, *Milano*
- 9.15** **Chi ha bisogno dell'acido acetilsalicilico? Facciamo chiarezza dopo tanti studi.**
Claudio Borghi, *Bologna*
- 9.30** **Coinvolgimento cardiaco nelle malattie neuromuscolari.**
Eloisa Arbustini, *Pavia*
- 9.45** **Discussione**

10.15 - 11.45 JACC SYMPOSIUM

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

NOVELTY FROM JACC

- 10.15** **JACC-focused talk: Children Present as a Window of Opportunity for Health Promotion.**
Valentin Fuster, *New York, NY - USA*
- 10.30** **Review of the Year in Structural Heart Disease in JACC.**
Patrizio Lancellotti, *Liege - Belgium*
- 10.45** **Macrophages and CV Disease.**
Jason Kovacic, *New York, NY - USA*
- 11.00** **Review of the Year in Imaging for the JACC.**
Yellapragada S. Chandrashekar, *Minneapolis, MN - USA*
- 11.15** **Futures of Cardiovascular Disease: Imaging, Genetics and Aging.**
Valentin Fuster, *New York, NY - USA*
- 11.35** **Discussione**

11.45 **Intervallo**

12.05 - 12.40 CONTROVERSIA TRATTAMENTO DELL'INSUFFICIENZA MITRALICA CON LA MITRACLIP

Moderatore: Francesco Versaci, *Latina*

- 12.05** **Contro.**
Edoardo Gronda, *Sesto San Giovanni - MI*
- 12.17** **A favore.**
Francesco Bedogni, *San Donato Milanese - MI*
- 12.29** **Discussione**

VI Sessione

Moderatori: Giuseppe Ambrosio, *Perugia*
Rosanna Pes, *Olbia*

14.30 **L'infiammazione nell'aterosclerosi. Perché cercarla, come individuarla, in che modo combatterla.**
Francesco Prati, *Roma*

14.45 **Confronto tra la chirurgia valvolare aortica tradizionale e l'approccio transapicale.**
Ottavio Alfieri, *Milano*

15.00 **La rivoluzione dei farmaci antidiabetici in cardiologia.**
Paolo Verdecchia, *Perugia*

15.15 **Prevenzione dopo una sindrome coronarica acuta. La filosofia del "less is more".**
Pier Luigi Temporelli, *Veruno - NO*

15.30 **Discussione**

16.00 **Intervallo**

VII Sessione

Moderatori: Niccolò Marchionni, *Firenze*
Bruno Trimarco, *Napoli*

16.30 **Terapia della cardiopatia ischemica stabile. Il vecchio ed il nuovo.**
Claudio Cavallini, *Perugia*

16.45 **Inibitori PCSK9: presente e futuro**
Alberto Corsini, *Milano*

17.00 **A quali ipertesi riservare il trattamento intensivo?**
Massimo Volpe, *Roma*

17.15 **Rivaroxaban nella cardiopatia ischemica cronica e arteriopatia obliterante. Razionale e risultati.**
Stefano Savonitto, *Lecco*

17.30 **Discussione**

18.00 - 19.00 **CASI CLINICI
E VOI COSA FARESTE?**

Moderatori: Laura Gatto, *Roma*
Gian Franco Pasini, *Gavardo - BS*

Dallo "sci...volone" alla diagnosi.
Alessandro Di Toro, *Pavia*

Io... speriamo che me la cavo.
Emanuela Concetta D'Angelo, *Bologna*

Con un serpente intorno al cuore.
Lorenzo Genuardi, *Roma*

Per un soffio.
Alessio Stanzione, *Messina*

08.45 - 09.15 **LETTURA**

Studio START il più grande registro europeo sulla cardiopatia ischemica cronica: i risultati

Michele Massimo Gulizia, *Catania*
Leonardo De Luca, *Tivoli - RM*

(Realizzata con il supporto non condizionante di A. Menarini IFR Srl)

VIII Sessione

Moderatori: Filippo Crea, *Roma*
Marco Zimarino, *Chieti*

9.15 **L'infarto senza malattia coronarica (MINOCA): qual è la sua prognosi?**
Paolo Camici, *Milano*

9.30 **I danni a lungo termine della sindrome di takotsubo (cardiomiopatia da stress).**
Giuseppe Di Pasquale, *Bologna*

9.45 **Protesi valvolari mitraliche per via percutanea: update 2019.**
Antonio Colombo, *Milano*

10.00 **Le alterazioni elettro-meccaniche nella sindrome di Brugada. Si tratta di una cardiomiopatia?**
Carlo Pappone, *San Donato Milanese - MI*

10.15 **Che nesso c'è tra fibrillazione atriale, terapia anticoagulante e demenza?**
Claudio Ferri, *Coppito - AQ*

10.30 **La de-escalation therapy dopo SCA. E' ragionevole passare precocemente dal prasugrel (o ticagrelor) al clopidogrel?**
Roberta Rossini, *Cuneo*

10.45 **Discussione**

11.15 **Premiazione "Comunicazioni Scientifiche"**

EVENTI SCIENTIFICI ORGANIZZATI CON IL SUPPORTO DELLE AZIENDE (NON ACCREDITATI AI FINI ECM)

VENERDÌ 1 MARZO

- 12.40 **Sala Plenaria (Padiglione Cavaniglia)**
Lettura (Alfasigma Spa)
"L'ipertrigliceridemia si associa al rischio cardiovascolare residuo: anteprima dei dati dello studio TG-REAL"
- 12.45 **Sala A (Padiglione Spadolini)**
Luncheon Panel (Bayer Spa)
"Rivaroxaban: la protezione su misura per i pazienti con patologie cardiovascolari"
- 12.45 **Sala B (Padiglione Spadolini)**
Luncheon Lecture (AstraZeneca Spa)
"Pazienti complessi in cardiologia: burning questions"
- 13.10 **Sala Plenaria (Padiglione Cavaniglia)**
Lettura (Sanofi Spa)
"Gestione avanzata del paziente con SCA recente con alirocumab: come interpretare le più recenti evidenze disponibili"
- 13.40 **Sala Plenaria (Padiglione Cavaniglia)**
Simposio (Boehringer Ingelheim Italia Spa)
"Il nostro paziente, tra linee guida e pratica clinica: perchè dabigatran e' una scelta semplice e sicura"

SABATO 2 MARZO

- 8.15 **Sala Plenaria (Padiglione Cavaniglia)**
Lettura (Bayer Spa)
"ASA 2019: siamo sicuri di sapere tutto?"
- 12.40 **Sala Plenaria (Padiglione Cavaniglia)**
Lettura (Amgen Srl)
"Evolocumab nel paziente ad alto rischio cardiovascolare"
- 12.45 **Sala A (Padiglione Spadolini)**
Luncheon Lecture (Bristol Myers Squibb Srl - Pfizer Srl)
"Come garantire l'efficacia della terapia antitrombotica in pazienti anziani con fibrillazione atriale non valvolare"
- 12.45 **Sala B (Padiglione Spadolini)**
Luncheon Panel (Abbott Medical Italia SPA - CLI Foundation)
"Nuove frontiere in interventistica"
- 13.10 **Sala Plenaria (Padiglione Cavaniglia)**
Lettura
"Terapia dello scompenso: certezze assodate e nuovi orizzonti"
- 13.40 **Sala Plenaria (Padiglione Cavaniglia)**
Simposio (Novartis Farma Spa)
"Sacubitril/valsartan: la terapia che cambia la storia del paziente con scompenso cardiaco"

MINI CORSI

SALA D - PADIGLIONE SPADOLINI

VENERDÌ 1 MARZO

- 9.00 - 10.30
TAVI e MitraClip
Carmelo Sgroi, *Catania*
- 11.00 - 12.30
Come scrivere e leggere un lavoro scientifico
Davide Capodanno, *Catania*
- 15.00 - 16.30
Ablazione della Fibrillazione Atriale
Riccardo Cappato, *Rozzano - MI*
- 17.00 - 18.30
Genetica nelle cardiomiopatie
Eloisa Arbustini, *Pavia*

SABATO 2 MARZO

- 9.00 - 10.30
Scompenso avanzato: supporti meccanici.
Massimo Massetti, *Roma*
- 11.00 - 12.30
Angioplastiche complesse
Enrico Romagnoli, *Roma*
- 15.00 - 16.30
Risonanza Magnetica in cardiologia.
Gianluca Pontone, *Milano*
- 17.00 - 18.30
Terapia antiaggregante e antitrombotica nella cardiopatia ischemica stabile
Piera Capranzano, *Catania*

IL CUORE IN CUCINA

di Valentina Girola



Passato di lenticchie rosse speziate

Ingredienti per 4 persone:

400 gr di lenticchie rosse decorticate

700 ml acqua

1 cipolla media

1 spicchio d'aglio

1 cucchiaino di cumino in polvere

1 cucchiaino di curcuma

1 cucchiaino di concentrato di pomodoro

Zenzero (1 cucchiaino se in polvere, 2 fettine tritate se fresco)

Preparazione

In una pentola, far rosolare la cipolla e l'aglio pestato con lo schiaccia-aglio o, in alternativa, tritato.

Dopo qualche minuto aggiungere le lenticchie, il sale, l'acqua e il concentrato di pomodoro. Cuocere circa 20 minuti. Aggiungere acqua se serve.

Verso la fine della cottura aggiungere le polveri di curcuma, cumino e zenzero.

A piacere anche del coriandolo, sempre in polvere.

Frullare le lenticchie e servire, caldo, con pane fatto tostare in forno a 200° per 10 minuti, dopo averlo condito con un filo d'olio e del rosmarino.

Varianti

Si può aggiungere qualche goccia di Tabasco per renderla aromatica e piccante:

Il pane si può fare a cubetti e far saltare in padella con un po' d'olio.

Al posto del pane si può arricchire il tutto con fettine sottili di speck passate qualche minuto al forno per renderle croccanti.

Oppure con qualche gambero cotto al vapore.

Buon Appetito!

aforismi

Quando colui che ascolta non capisce colui che parla e colui che parla non sa cosa stia dicendo: questa è la filosofia.

> *Voltaire*

Il nostro pentimento non è tanto un rimorso per il male che abbiamo fatto, quanto un timore di quello che ce ne può derivare.

> *Francois de la Rochefoucauld*

Chi non trova denaro nelle proprie tasche difficilmente ne troverà in quelle degli altri.

> *Proverbio italiano*

Ciò che rende socievoli gli uomini è la loro incapacità di sopportare la solitudine e, in questa, se stessi.

> *Arthur Schopenhauer*

Ci sono due tipi di curiosità, una d'interesse che ci fa desiderare d'imparare ciò che può essere utile, e l'altra d'orgoglio, che deriva dal desiderio di sapere quello che gli altri non sanno.

> *Francois de la Rochefoucauld*

Se ci adiriamo senza motivo, è perché il motivo è nascosto in noi, e ci è molto scomodo scoprirlo.

> *Paul Bourget*

La gente felice non è ben vista, se lo sei non dirlo a nessuno.

> *Cary Grant*

Il termine dottore è così inflazionato che non lo usano più nemmeno i custodi dei parcheggi.

> *Cesare Marchi*

Mi piacciono le lunghe passeggiate, soprattutto quando le fanno le persone che mi annoiano.

> *Fred Allen*

Quando ero piccolo, mia madre mi diceva sempre: “Se uno sconosciuto ti avvicina, ti offre caramelle e ti invita a salire in macchina con lui, vacci!”

> *Woody Allen*

Sono una persona consapevole dei suoi limiti, ma anche sicura di non vivere in un mondo di giganti.

> *Giulio Andreotti*

Credono di essere di sinistra perché mangiano il pesce col coltello.

> *Leo Longanesi*

Di ciò che vedi credi poco, di ciò che ti viene detto, niente.

> *Proverbio spagnolo*

Non mi importa niente della scomparsa della foca monaca, sono preoccupato per la nascita della pecora Dolly.

> *Franco Fontanini*

Il chiaroveggente è una persona, di solito una donna, dotata della facoltà di vedere ciò che il suo cliente non vede. Cioè innanzitutto che è uno stupido.

> *Ambrose Bierce*

Le dieci giornate di Brescia. Le cinque giornate di Milano. Le quattro giornate di Napoli. Siamo sempre vissuti alla giornata.

> *Sergio Paletti*

L'ottimista è un uomo che, senza una lira in tasca, ordina ostriche nella speranza di pagare con la perla che troverà.

> *Ugo Tognazzi*

Bisognerebbe tentare di essere sempre felici, non foss'altro per dare l'esempio.

> *Jacques Prevert*

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 conservati e trattati dal Centro per la Lotta contro l'Infarto Fondazione Onlus, in accordo a quanto previsto dal Nuovo Regolamento Privacy (Regolamento UE 679/2016). Sono trattati sia manualmente che elettronicamente per informarla sulle attività della fondazione, istituzionali e connesse, anche altri qualificati soggetti. Le ricordiamo che può in qualunque momento esercitare i suoi diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento UE 2016/679, come ad esempio il diritto di accesso ai dati, il diritto di rettifica, il diritto di cancellazione (c.d. diritto all'Oblio), il diritto di limitazione, etc., scrivendo al nostro Responsabile della Protezione Dati: Centro per la Lotta contro l'Infarto Fondazione Onlus - Via Pontremoli, 26 - e-mail info@centrolottainfarto.it.

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



L'IPERTENSIONE, QUESTA SCONOSCIUTA

di Eligio Piccolo

Illustri ipertensivologi da 70 anni si sono prodigati con studi su popolazioni in tutto il mondo, con ricerche sui fattori causali, sulle terapie sempre più efficaci e addirittura sfrucchiando nei cromosomi all'individuazione dei geni responsabili.



IL PAZIENTE NELLA NEVE

di Eligio Piccolo

Il paziente che vi incorre oggi non è certo paragonabile nei disagi al "Sergente nella neve" di Mario Rigoni Stern e ai suoi commilitoni durante la ritirata di Russia nell'inverno '42-'43, tramandati anche dalle "Centomila gavette di ghiaccio" di Giulio Bedeschi.



GLI "SPREAD" DELL'ASPIRINA

di Eligio Piccolo

Seguendo le alterne vicende dell'Aspirina nei 150 anni successivi alla sua sintesi, sembra quasi di assistere all'alternanza delle aspettative e delle delusioni del nostro spread economico.

PER RICEVERE LA NEWSLETTER OGNI MESE CLICCA QUI



IN VIA AD UN AMICO



www.centrolottainfarto.org

CCC 2019

NUOVA SEDE



FIRENZE

Fortezza da Basso