

# CUORE & Salute

*30 anni d'impegno*

NELLA PREVENZIONE E LOTTA ALL'INFARTO

## A Cuba si vive quanto negli Stati Uniti

N. 3-4 MARZO-APRILE 2013

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

ANNO XXXI

ANNO XXXI

# AFFARI DI CUORE



*Se ami il tuo cuore  
ti ricambierà*



Campagna di **I**nformazione, **S**ensibilizzazione, **E**ducazione  
alla **P**revenzione dell'**I**nfarto e delle **M**alattie **C**ardiovascolari

 Centro per la Lotta contro  
l'Infarto - Fondazione Onlus

Capire per prevenire

Viale Bruno Buozzi, 60 - 00197 Roma

Tel. 063218205 - 063230178 Fax: 063221068

email: [info@centrolottainfarto.it](mailto:info@centrolottainfarto.it)

[www.centrolottainfarto.it](http://www.centrolottainfarto.it)



PROVINCIA  
DI ROMA

Assessorato alle Politiche Sociali e per la Famiglia  
[www.provincia.roma.it](http://www.provincia.roma.it)



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

# MORE CONTROL. LESS RISK.

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

[SJMprofessional.com](http://SJMprofessional.com)



ST. JUDE MEDICAL

MORE CONTROL. LESS RISK.

# n. 3-4 **sommario** 2013

[www.centrolottainfarto.it](http://www.centrolottainfarto.it)  
[cuoreesalute@centrolottainfarto.it](mailto:cuoreesalute@centrolottainfarto.it)

**Direttore Responsabile**  
Franco Fontanini

**Vice Direttori**  
Eligio Piccolo  
Francesco Prati

**Capo Redattore**  
Filippo Stazi

**Coordinamento Editoriale**  
Marina Andreani

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

**Editore**  
*Centro per la Lotta contro l'Infarto - Srl*  
Viale Bruno Buozzi, 60 - Roma

**Ufficio abbonamenti e pubblicità**  
Maria Teresa Bianchi

**Progetto grafico e impaginazione**  
Valentina Girola

**Realizzazione impianti e stampa**  
Varigrafica Alto Lazio Srl - Nepi (VT)

Anno XXXI  
n. 3-4 Marzo-Aprile 2013  
*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 € 20,00 - Estero € 35,00

**Direzione, Coordinamento Editoriale,  
Redazione di Cuore e Salute**  
Tel. 06.6570867  
E-mail: [cuoreesalute@centrolottainfarto.it](mailto:cuoreesalute@centrolottainfarto.it)

**Amministrazione**  
*Centro per la Lotta contro l'Infarto - Srl*  
Viale Bruno Buozzi, 60 - 00197 Roma  
Tel. 06.3230178 - 06.3218205  
Fax 06.3221068  
c/c postale n. 64284003



**MISTO**  
Da fonti gestite  
in maniera responsabile  
FSC® C103621

**A Cuba si vive quanto negli Stati Uniti** Eligio Piccolo 69

**Cure fai da te? Ahi, ahi, ahiai!** Filippo Stazi 72

• *Va in tilt mentre parla [E.P.]* 74

**Neppure San Matteo riuscì a far pagare le tasse  
ai suoi concittadini** Franco Fontanini 75

**Una grande posta in gioco.  
Medicina tradizionale o tecnologia avanzata?** 78

Elegio Piccolo

**La palla di Tiche**  
**Le due Caterine di Russia** Franco Fontanini 80

**L'infarto di Carl Gustav Jung** Paola Giovetti 83

• *Un italiano su tre non sa cos'è l'ipertensione [F.S.]* 85

**Stili di vita**  
**"Equilibrio psichico" e prevenzione cardiovascolare** 86

Bruno Domenichelli

• *Lo sport in ricetta [E.P.]* 90

**Qualche secondo di buon umore** 91

**Dal Congresso Conoscere e Curare il Cuore 2013**  
**La sincope. Cosa c'è di nuovo?** 92

Intervista di Filippo Stazi a Michele Brignole

**Charles Philamore Bailey:  
chirurgo, avvocato o macellaio?** 96

Massimo Pandolfi

• *Le coronarie puniscono i single [E.P.]* 100

**La ricerca del CLI** 101



p. 75

**Breve storia del diabete** Filippo Stazi 103

**Perché controllare l'aorta addominale** Vito Cagli 105

• *Un defibrillatore gentile [E.P.]* 107

**Lettere a Cuore e Salute** 108

- *L'ipertensione in gravidanza, Eligio Piccolo*

- *Fibrillazione atriale e yoga, Filippo Stazi*

**Quaderno a Quadretti** 112

- *L'unicorno*

- *Uno, dieci, cento Voltaire*

- *Il brav'uomo Casanova*

**News**

**Aggiornamenti cardiologici** Filippo Stazi 118

**Quel giorno la Morte trovò la porta aperta** Ezio Vizzeri 120

**E le stelle stanno a guardare** Luciano Sterpellone 122

**Big Bang** Bruno Domenichelli 125

**Aforismi** 126



p. 83



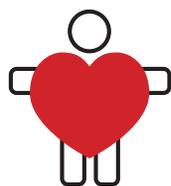
p. 122

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.



# Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Presidente  
**Francesco Prati**

Presidente onorario  
**Mario Motolese**

Il **Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus**, nato nel 1982 come Associazione senza fini di lucro, dopo aver ottenuto, su parere del Consiglio di Stato, il riconoscimento di personalità giuridica con decreto del 18 ottobre 1996, si è trasformato nel 1999 in Fondazione, ricevendo in tale veste il riconoscimento governativo. È iscritto nel registro Onlus.

Il **Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus** riunisce popolazione e medici ed è sostenuto economicamente dalle quote associative e dai contributi di privati, aziende ed enti. Cura la diffusione nel nostro paese dell'educazione sanitaria e della cultura scientifica ai fini della prevenzione delle malattie di cuore, in particolare dell'infarto miocardico, la principale causa di morte. Per la popolazione ha allestito la mostra **Cuorevivo** che ha toccato tutti i capoluoghi di regione, pubblica l'*Almanacco del Cuore* e la rivista mensile **Cuore e Salute**. Per i medici organizza dal 1982 il congresso annuale **Conoscere e Curare il Cuore**. La manifestazione, che si tiene a Firenze e che accoglie ogni anno diverse migliaia di cardiologi, privilegia gli aspetti clinico-pratici sulla ricerca teorica.

Altri campi d'interesse della Fondazione sono le indagini epidemiologiche e gli studi di prevenzione della cardiopatia ischemica in Italia. In particolare negli ultimi anni ha partecipato con il "Gruppo di ricerca per la stima del rischio cardiovascolare in Italia" alla messa a punto della "Carta del Rischio Cardiovascolare", la "Carta Riskard HDL 2007" ed i relativi software che permettono di ottenere rapidamente una stima del rischio cardiovascolare individuale.

La Fondazione ha inoltre avviato un programma di ricerche sperimentali per individuare i soggetti più inclini a sviluppare un infarto miocardico. Il programma si basa sull'applicazione di strumentazioni d'avanguardia, tra cui la Tomografia a Coerenza Ottica (OCT), e di marker bioematici.

Infine, in passato, la Fondazione ha istituito un concorso finalizzato alla vincita di borse di studio destinate a ricercatori desiderosi di svolgere in Italia un programma di ricerche in ambito cardiovascolare, su temi non riguardanti farmaci o argomenti di generico interesse commerciale.

---

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

---

# A Cuba si vive quanto negli Stati Uniti

di Eligio Piccolo



A Cuba ci sono medici a sfare, come dicono i toscani, pagati una pipa di tabacco, con attrezzature non certo all'avanguardia, e purtuttavia, a sentire molte testimonianze, la medicina funziona e il Presidente venezuelano Hugo Chavez è andato a farsi curare in quell'isola anziché a Parigi. Ho pensato spesso a come si sarà adattato l'amico José Freijo Montenegro, che fece con me il tirocinio nell'Istituto di Cardiologia del Messico alla fine degli anni cinquanta. Vi era arrivato dall'Avana come suddito di Fulgencio Batista, il dittatore agli ordini degli Stati Uniti, e vi ritornerà dopo solo due anni a rivoluzione di Fidel Castro conclusa. Ricordo che lo guar-

davo con lo scettico distacco dell'europeo che ne aveva viste o sentite tante, incapace oramai di entusiasinarsi per alcunché o di credere in chicchessia; mentre lui, l'amico José, si sfregava le mani con un'eccezione quasi infantile a misura che *los barbudos* avanzavano dalla Sierra Maestra verso la capitale cubana. Chissà quanto gli saranno servite le sofisticate nozioni di elettrocardiografia e di embriologia imparate nel mitico Istitu-



to, pensai più tardi mentre giungevano in Europa le prime informazioni sulla rivoluzione medica che il leader cubano e il Che Guevara, medico lui stesso, stavano mettendo in atto fin dai primi anni sessanta. Oggi a distanza di oltre 50 anni, dopo la lunga parentesi storica che ha visto avvicinarsi venti di guerra, il maccartismo, le emigrazioni clandestine a Miami e l'embargo economico, sembra quasi che il *New England Journal of Medicine*, la più prestigiosa rivista medica degli USA, abbia voluto fare ammenda e riconoscere alla medicina cubana alcuni meriti. Fra i quali spicca, ad onta della tecnologia arretrata e del ridicolo stipendio dei medici, un dato statistico che fa pensare: la sopravvivenza della popolazione, ossia la vita media, è la stessa di quella degli Stati Uniti: 78 anni. Le automobili, lo si vede anche dai filmati, sono quelle degli anni 50, internet è ridotto al minimo e i referti medici si scrivono ancora a mano ma vi è una sovrabbondanza di medici, uno per ogni 1000 abitanti, il doppio degli USA, pare ben preparati, remunerati con 20 dollari mensili ma aiutati con altre forme di

sostentamento; tutti protesi verso una medicina prevalentemente di tipo preventivo. Ogni paziente viene catalogato secondo i suoi fattori di rischio in quattro categorie. I fumatori, ad esempio, appartengono alla seconda e quelli con patologie croniche polmonari o cardiache alla terza. Ogni paziente è visitato a domicilio almeno una volta all'anno, è valutato nei distretti policlinici secondo la specialità per essere poi seguito dal medico curante, che è sempre disponibile a discutere con lui e con i familiari dei problemi che lo affliggono. Per le malattie trasmesse da insetti o mosquitos la sanità si fa carico anche dell'ispezione nelle abitazioni e nelle condutture. La vaccinazione viene seguita rigorosamente e si è sviluppata perfino un'industria farmaceutica propria, che esporta anche all'estero. Un altro risultato significativo, oltre alla sopravvivenza, è la mortalità infantile, che era dell'80 per mille nati nel 1950 ed è oggi del 5 per mille, più bassa che negli Stati Uniti.

Un dato per il quale ho creduto giusto andare a capo e iniziare un nuovo periodo è l'educazione sanitaria, obbligatoria nella scuola cubana, paese dove la cosiddetta alfabetizzazione è al 99.8 per cento. Da noi tale dato è di poco inferiore ma ciò che è antistorico è che si preferisca l'ora di religione (che dovrebbe appartenere alla filosofia) anziché insegnare a cosa servono il cervello, il cuore e le tante altre parti del nostro corpo, e il perché ci si ammala. Vorrei precisare che non è un parere polemicamente laico il mio ma di un medico profondamente cristiano che dopo quasi 60





anni in cui ha svolto con passione questo mestiere è arcistupo di scontrarsi con una ignoranza medica del malato, di tutti, dall'intellettuale al bracciante, pari a quella mia sulla matematica quantistica. La sovrabbondanza di medici a Cuba ha consentito inoltre al governo di mandarne molti in altre nazioni, spesso bisognose di aiu-

to, 37.000 in 70 paesi nel 2008. Questa incredibile medicina cubana, costruita con tanto impegno scolastico e spirito umanitario ma con scarse risorse, quella che i commentatori americani definiscono *unusual health care system* (un inabituale sistema di assistenza della salute), è la MEDICINA PREVENTIVA, quella che noi medici dei paesi sviluppati cerchiamo di far capire ai pazienti e ai responsabili della sanità, e da 30 anni anche in Cuore & Salute, ma con risultati spesso deludenti. Vi immaginate quali traguardi meravigliosi potremmo raggiungere se alla nostra tecnologia superspecialistica potessimo aggiungere la Medicina Cubana?

*“O forse erra dal vero, mirando all'altrui sorte il mio pensiero”* (G. Leopardi)

## SOSTIENI la FONDAZIONE

Il Presidente Francesco Prati ringrazia i Relatori e Moderatori che in occasione del Congresso *“Conoscere e Curare il Cuore 2013”* hanno donato il loro contributo al *Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus*:

Alessandro Boccanelli

Fulvio Camerini

Alessandro Distante

Roberto Ferrari

Fiorenzo Gaita

Cesare Greco

Fabrizio Imola

Attilio Maseri

Mario Motolese

Gian Francesco Mureddu

Carlo Pappone

Filippo Stazi

Francesco Versaci



Capire per prevenire  
Centro per la Lotta contro l'Infarto  
Fondazione Onlus

# Cure fai da te?

## Ahi, ahi, ahiai!

di Filippo Stazi

Alle cinque e mezza del sabato pomeriggio il centro commerciale è pieno di gente. Caterina svola felice da una vetrina all'altra. Massimo invece finge un interesse che non ha e resta immerso nei suoi pensieri.

“Oh mi scusi...non l'ho fatto a posta.” L'urto lo riscuote. Vede la persona che lo ha investito allontanarsi e la sua mente si accende: “io quello lo conosco... ma sì..., ma certo... Arturo... Arturo!”. L'uomo si gira. È veramente Arturo. “Che bello vederti Arturo come stai? È tanto che non ti incontro...a dire la verità ero anche un po' preoccupato... non ti ho più visto a nessun controllo... temevo che ti fosse successo qualcosa...”

“Ma no scherzi, sto benissimo, guarda sto come un bambino. Sono tornato a fare tutto quello che facevo prima anzi più di prima e mi sento bene!”

“Ma scusa perché non sei più venuto a fare le visite di controllo?”

“Ma senti.. sai che ti dico.. io mi sento bene e allora andare lì..., perdere tempo, mettersi in coda... in fondo poi dicono che va tutto bene, quindi... io lo so, io me ne ac-



corgo se le cose vanno bene o vanno male....se dovesse esserci qualche problema allora rivado dal medico ma sennò, tutto sommato, non ce n'è bisogno. D'altronde guardami... mi vedi? Mi sembra di stare bene, tu che dici?"

"Sì, sì, no, devo dire che effettivamente hai un bell'aspetto, anzi...considerando che abbiamo la stessa età credo che tu dimostri pure qualche anno meno di me".

Arturo e Massimo sono stati ricoverati insieme. Hanno avuto tutti e due lo stesso problema. Vicini di letto hanno scoperto di avere molto in comune a cominciare dall'età. Dopo la dimissione hanno seguito lo stesso programma di prevenzione secondaria dopodiché Arturo è sparito e Massimo non lo ha più visto.

"Ma dimmi un po' Arturo tu come te la cavi con tutte queste medicine? Perché io devo dire che ne sto prendendo veramente tante al punto che scandiscono il ritmo delle mie giornate e questo un po' mi disturba"

"Vedi Massimo... anche qui... io non sono proprio così convinto che tutte 'ste medicine siano proprio necessarie. Tutto sommato io una o due le ho continuate a prendere ma le altre le ho sospese. All'inizio me ne sono solo dimenticato poi mi scocciava un po' andare dal medico a farmi fare la ricetta, ricomprarle... e devo dire che non è che abbia trovato una grande differenza... voglio dire... non sto peggio di prima!"

"Eh ho capito ma la pressione come sta andando?"

"Bene, bene!"

"Sì cioè quanto hai?"

"Ma adesso non lo so perché non è che la

misuro proprio tutti i giorni però quando la misuro va bene"

"E senti un po'....ma il colesterolo?"

"No, no pure quello va bene! Ho sospeso la medicina e devo dire che non ho nessun disturbo!"

"Ma l'hai più controllato? Sai quant'è?"

"Ad essere sincero non lo so però comunque sto prendendo una cosa in erboristeria che è una bomba e mi fa proprio bene!"

"Senti Arturo è stato veramente bello vederti però teniamoci in contatto... abbiamo condiviso tanto insieme che vorrei che potessimo continuare a vederci o a sentirci"

"Ma sì Massimo senz'altro, vedrai...!"

Massimo rimane perplesso a guardare Arturo che si allontana. Ha la sua stessa età, la sua stessa malattia ma ha una vita che sembra più libera della sua, meno segnata dai controlli medici, meno scandita dalle medicine da assumere, meno vincolata dalla cautela. Però...

... Però sono migliaia ogni anno i casi di infarto o di ictus, anche fatali, che potrebbero essere evitati in Italia se i pazienti a rischio cardiovascolare per ipertensione, colesterolo alto e diabete seguissero bene le terapie prescritte ed adottassero corretti stili di vita. Solo la metà dei pazienti, invece, segue le terapie in modo corretto e l'abbandono terapeutico ed il fai da te sono frequenti. Le conseguenze per la salute sono notevoli. Se gli ipertesi assumessero correttamente le medicine si stima che il tasso di ospedalizzazione per infarto ed ictus si ridurrebbe del 13%. Il rischio di ospedalizzazione per l'infarto si ridurrebbe del 15% anche se

gli ipercolesterolemici prendessero regolarmente le terapie ipolipemizzanti ed analoghi risultati si avrebbero nei pazienti diabetici.

Un recente studio ha mostrato che in Italia la tendenza all'abbandono precoce della terapia antiipertensiva è molto più diffusa che in altri paesi europei. In Lombardia, ad esempio, 200.000, 100.000 e 40.000 pazienti di età compresa tra 40 e 79 anni iniziano ogni anno un trattamento ri-

spettivamente con farmaci antiipertensivi, ipolipemizzanti ed antidiabetici ma il 36% di questi soggetti abbandona la terapia nell'arco dell'anno successivo.

Il ricorso solo temporaneo a questi farmaci non solo non permette un'efficace prevenzione delle malattie ma rappresenta anche un inutile spreco di risorse economiche cosa che, di questi tempi, ha il suo indubbio peso.

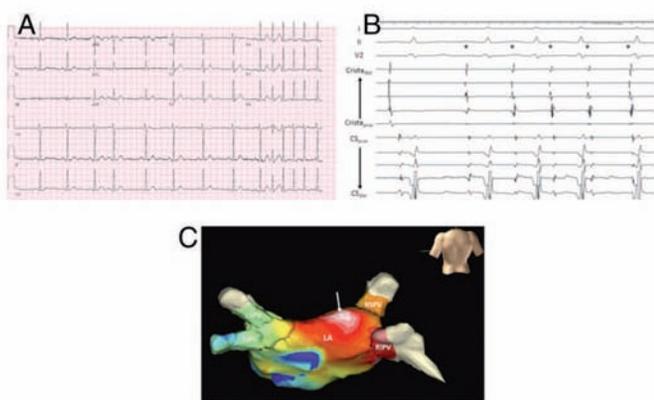
Come a dire, oltre al danno la beffa!

## Va in tilt mentre parla

Quanti di noi l'avrebbero maliziosamente sperato per certe persone noiose, petulanti, verbose, come la tradizionale suocera impicciona o il politico che deve coprire senza convinzione il suo intervento alla Camera. Diceva Nietzsche che è difficile vivere con gli uomini perché è assai difficile farli stare in silenzio. È capitato invece a un anziano 63-enne senza particolari colpe o demeriti, il quale improvvisamente da qualche settimana si era accorto che mentre iniziava a parlare veniva colto da mancanza di respiro e da vertigini, che cessavano dopo essersi zittito. Non era un cardiopatico, di quelli che noi medici definiamo organici quando il loro cuore è danneggiato nelle valvole, nelle coronarie o nel muscolo, aveva solo sofferto di saltuari episodi di fibrillazione atriale parossistica che si risolvevano senza problemi e con un ecocardiogramma da cuore normale. Sottoposto allo studio elettrofisiologico, nel quale i cardiologi cercano di verificare mediante cateteri conduttori di elettricità cosa succede nell'interno del cuore, si è constatato che come il paziente iniziava a parlare compariva una tachicardia spontanea, simile a quelle che possono comparire per focus anomali. Evidentemente l'accelerazione mandava il cuore in difficoltà di

pompa e il paziente in quella del respiro. Ma perché tutto ciò succedeva parlando? Si è pensato che i movimenti delle corde vocali, regolate dal nervo ricorrente, facessero arrivare per riflesso a un punto sensibile dell'atrio sinistro uno stimolo capace di innescare la tachicardia. Il punto infatti fu individuato, fu ablatato, ossia distrutto, e il malato, guarito, poté continuare a parlare senza disturbi. Il caso è riportato su JACC del 18 dicembre 2012, non ha citazioni bibliografiche perché non ha precedenti pubblicati. Quindi rarissimo e senza possibilità di riprodurlo.

E.P.



- A ECG con la tachicardia innescata dal parlare.
- B studio elettrofisiologico.
- C il punto o focus di origine della tachicardia indicato dalla freccia, distrutto con la radiofrequenza.

# Neppure San Matteo riuscì a far pagare le tasse ai suoi concittadini

di Franco Fontanini

In Italia oggi non si parla di altro che di evasioni fiscali, corruzioni, scandali, ruberie, con sdegnosa rassegnazione, come di una tragedia senza precedenti e senza via di uscita.

Qualunque sia l'argomento, politica, sport, commerci, concorsi, si finisce sempre con tangenti, truffe, furti, bustarelle. Un qualunque campo si esplori sgorgano sempre malefatte, come il petrolio sgorgava dai buchi del terreno nel Texas, due secoli fa.

Tutti si chiedono con toni angosciati dove andremo a finire. La risposta la dette Longanesi diversi decenni fa: non andremo in nessun posto, finiremo male restando qui. Come sempre aveva visto giusto, nessuno però ricorda che la corruzione c'è sempre stata, da che mondo è mondo.

In Mesopotamia, duemila anni prima di Cristo era una consuetudine accettata, era normale per chi chiedeva qualcosa, lecita o meno, pagare un pizzo generalmente proporzionale al favore richiesto, lo stesso accadeva ad Atene ai tempi di Pericle, a Roma ai tempi di Cicerone e in ogni altro angolo di mondo.

La storiografia della corruzione ha più di quattromila anni e iniziò prima che Carlo Magno e i Fenici inventassero il denaro. Alceo, poeta lirico greco, scrisse che il denaro è l'uomo, ma sbagliò: la tangente è l'uomo, da sempre.

Hammurabi, potente Re di Babilonia, promulgò il celebre codice di diritto penale, civile, commerciale, economico e lo fece incidere su una stele di basalto alta più



San Matteo, Apostolo ed Evangelista



di due metri che porta il suo nome ed è conservata al Louvre. Contiene 228 articoli intesi a migliorare il mondo, a ripulirlo da ogni ingiustizia, per la prima volta veniva difesa la donna che in caso di divorzio acquisiva il diritto alla restituzione della dote, se era sterile non poteva più essere ripudiata, ma aveva diritto, in casi particolari a partecipare alla scelta della concubina. Nonostante i millenni di celebrità, sembra che il codice di Hammurabi conseguisse ben scarsi risultati.

Probabilmente non fu il primo, molti altri vennero alla luce dopo, ma tutti con risultati sempre uguali.

Qualche anno fa è uscito un libro, la “Breve storia della corruzione”, che tutti dovrebbero leggere, sia gli ottimisti speranzosi nei possibili miglioramenti, sia gli scettici convinti che niente è cambiato finora e che ci sono ben poche probabilità che le cose migliorino in futuro.

L'autore Carlo Alberto Brioschi si schiera apertamente con i secondi, come aveva già fatto capire con un precedente manuale: “Moralista portatile”. Il libro, eccezionale, ripercorre in lungo e in largo tutte le corruzioni recenti e lontane, di ogni tipo e latitudine, suscitando rabbia e disdegno ma riuscendo spesso anche a interessare e talvolta a divertire, tanto è ben scritto.

Il profano ha tutto da imparare in tema di corrotte, mazzette, tangenti, bustarelle, percentuali, che sono infinite, adattabili alle più diverse circostanze, geniali e sempre nuove, ed è indispensabile per conoscere come certi termini dello slang siano divenuti universali.

Non pochi storici ed economisti sono però del parere che la corruzione non abbia mai influenzato negativamente la crescita della civiltà, ma ritengono piuttosto che abbia contribuito al benessere della gente e al progresso sociale.

Per un capo di governo può diventare indispensabile perché in molti periodi di crisi economiche ha permesso di superare le difficoltà più rapidamente e più efficacemente.

Benedetto Croce ha riconosciuto che grossi affaristi e politici senza troppi scrupoli fanno parte della storia di molti popoli e sostiene che non è compito degli storici giudicare un governante in base a corruzione o scandali, la cui valutazione compete ai moralisti. Prezzolini giudicava positivamente Napoleone, nonostante le gravi accuse al suo governo e lo considerava una forza della natura che ha contribuito a diffondere i valori della Rivoluzione Francese i quali hanno migliorato non di poco le condizioni di vita di molti popoli. Persino il cattolico De Gaulle riconobbe che gli insegnamenti del Vangelo non hanno



Stele di Hammurabi. Museo del Louvre, Parigi

giovato né alla nascita di imperi né al benessere dei popoli.

Queste concezioni amorali sono state esemplificate per primo da un medico olandese vissuto in Gran Bretagna, autore della celebre “Favola delle api”, un poemetto pubblicato anonimo all’inizio del settecento, con sottotitolo “Vizi privati e pubblici benefici”, efficace satira contro il facile ottimismo della teoria del “senso morale innato”.

Mandeville immaginò un alveare umano nel quale gli abitanti buoni e cattivi, dotati di vizi e di virtù, generosità ed egoismo, convivevano compensandosi reciprocamente e rendendo possibile un’accettabile esistenza per tutti.

La sobrietà di alcuni rendeva sopportabile l’ingordigia di altri, i ladri davano lavoro alle guardie, gli ignavi sopravvivevano grazie agli iperattivi. Tutto andò avanti in modo accettabile fino a quando ci fu chi volle convertire tutti alla virtù e bandire i vizi. Dopo breve tempo la maggior parte degli uomini rimase senza lavoro e la miseria investì tutti e le condizioni di vita peggiorarono per tutti.

Era la dimostrazione pratica della teoria di Hobbes secondo la quale l’uomo è un complesso di passioni positive e negative ed era alternativamente governato da quelle prevalenti nei vari momenti e di conseguenza vuole che egoismo e vizi non siano repressi con convenzioni artificiose, vuote di vera moralità, imposte dalla società. I moralisti approvarono in maggioranza, ma la crisi sopravvenne per tutti: l’interesse individuale, con le sue inevitabili ingiustizie venne difeso perché necessario per fornire

ricchezza e prosperità ad una nazione.

Mandeville conclude il suo poema dicendo che solo gli sciocchi possono pensare di cancellare tutti i vizi ed eccessi per migliorare la vita e rendere onesto un alveare: frode, lusso, orgoglio, prevaricazioni devono prosperare perché tutti ne riceveranno benefici.

I furfanti e i politici corrotti sono indispensabili: si è sempre detto che i grandi ladri che fanno impiccare i piccoli, contribuiscono anch’essi a migliorare la nostra esistenza quotidiana, una società totalmente sterilizzata dal male non ha possibilità di sopravvivenza.

I finanzieri, gli economisti perennemente sotto accusa, evidentemente sono necessari se anche Gesu Cristo avvertì il bisogno di avere presso di sé un “pubblicano”, cioè un addetto alla riscossione delle imposte. Scelse Matteo, che divenne apostolo ed evangelista e che aveva esercitato rigorosamente l’esazione per conto dei romani, sperando di portare giustizia.

Venne nominato patrono della guardia di finanza, dei doganieri e di tutti coloro che lavorano per conto del fisco.

Chi sa che non volesse significare che se l’egoismo e la corruzione, che resistono da venti secoli, non si possono eliminare, dovremmo mirare a scegliere “pubblicani” onesti. Ma da quanto è possibile sapere, neppure l’opera di San Matteo dette miglioramenti tangibili.



# Una grande posta in gioco.

## Medicina tradizionale o tecnologia avanzata?

di Eligio Piccolo

“Si spende troppo!”, disse alzando appena il tono di voce l’anziano cardiologo, che non riusciva a trovare in quel momento le parole giuste per controbattere in modo conclusivo le argomentazioni del giovane collega sui vantaggi delle moderne tecniche nell’accelerare i tempi della diagnosi e della decisione terapeutica. Il vecchio professore si era formato alla classica scuola dell’auscultazione quasi maniacale dei toni e dei soffi però era anche un abile conoscitore dell’elettrocardiografia dal cui tracciato sapeva trarre cose che i giovani ammiravano ma attribuivano più all’intuizione che a un riscontro razionale. Conosceva bene anche l’emodinamica e l’ecocardiografia, ma le considerava piuttosto un giudizio diagnostico di appello che una routine. Il giovane cardiologo invece aveva imparato un po’ tutte queste tecniche, ma era stato trascinato soprattutto dal rapido sviluppo di quelle nuove, come l’ecografia più avanzata che faceva vedere il cuore pulsante nelle sue tre dimensioni e specialmente la coronarografia e la TAC spirale, che toglievano quasi ogni dubbio.

La materia del contendere fra il primario e l’aiuto, che si sarebbe potuta definire fra due generazioni di cardiologi, era se il paziente che si presenta al Pronto Soccorso per un problema acuto, quale ad esempio un dolore toracico, deve essere valutato con la vecchia procedura dell’anamnesi, della visita accurata con elettrocardiogramma oppure avviarlo subito all’angio-TAC, che, come la definiva nella foga polemica il vecchio cardiologo, “è una specie di autopsia radiologica del cuore, che ci inonda di raggi X”. “Ma oggi”, ribatteva il giovane, “c’è anche la risonanza magnetica che non ha nemmeno codesto inconv-



niente". "Entrambe tuttavia", insisteva l'anziano primario, "hanno un costo elevato ed è su questo, oltre che sul rischio di abbandonare la procedura tradizionale più rispettosa del ragionamento clinico, che dobbiamo improntare la discussione". Il giovane a quel punto sentì di dover precisare con fermezza: "Vede, professore, il tempo che impieghiamo a raccogliere l'anamnesi, visitare accuratamente il malato e leggere uno più ECG in successione, nonché attendere dal laboratorio la risposta degli enzimi e di altri esami è troppo lungo e rischia di ritardare l'inizio della terapia". "Nella mia esperienza", disse l'anziano primario con un tono di doverosa replica, "non ho mai avuto la sensazione di aver creato conseguenze irreparabili al malato per aver allungato di molto il tempo decisionale. Forse il mai", aggiunse quasi subito, "è un po' troppo assiomatico", ma sono certo che una buona collaborazione tra i colleghi del Pronto Soccorso e i cardiologi, anch'essi sempre presenti in ospedale, mantiene quel tempo entro valori operativi e, oltretutto, consente di sviluppare quel dialogo di ragionamento clinico, così utile per la formazione del medico". Quest'ultima argomentazione gli sembrò così calzante da sentirsi soddisfatto e in un certo senso liberato dal peso di non trovare argomenti incisivi contro quella inesorabile tendenza verso il sempre più tecnico e il sempre più avanzato. Si alzò quasi di scatto e pregò la segretaria di portare loro due caffè, mentre nel frattempo gli erano venuti alla mente i vari studi di valutazione delle piccole variazioni di tempo fra l'osservazione del paziente nelle emergenze e l'eventuale coro-

narografia, che in fondo non cambiavano molto i risultati di uno stent o di un bypass e li espose con un tono quasi docente al giovane cardiologo interventista. Il quale per nulla spiazzato dalle osservazioni del "maestro", che gli apparivano piuttosto come difese di retroguardia, aggiunse con quella garbata fermezza di chi si è convinto sul campo di dover agire in un certo modo: "Sì, professore, lei ha detto cose molto sagge e che sottoscrivo come guida nel nostro operare, tuttavia rimane il fatto che gli ultimi trial mostrano la sensibile riduzione dei tempi decisionali dopo l'angio-TAC, della diminuzione del numero di coronarografie inutili, che è ancora oggi molto elevato e tutto sommato di un costo-beneficio che è forse migliore con questa tecnologia più avanzata. Aggiungerei", affrettandosi per prevenire la replica, "che senza l'angio-TAC nei pazienti che arrivano con un dolore toracico sospetto si rischia anche di rimandare a casa chi ha veramente una malattia delle coronarie, benché gli ECG e gli enzimi siano risultati normali".

A quel punto l'anziano cardiologo allargò le braccia, con un'espressione che tradiva in parte la stanchezza dialettica ma anche il sospetto che le argomentazioni del suo giovane collaboratore lo avessero riportato ai tempi lontani in cui anch'egli aveva fatto la sua piccola rivoluzione. Allora, pensò, era ben più difficile dialogare con un capo, quasi sempre conservatore e indiscusso e fargli insinuare l'idea che in fondo il progresso non si può ritardare. E mentre si accomiatava per andare in Unità Coronarica gli appoggiò una mano sulla spalla, perché in fondo gli era riconoscente di quell'idea.



# La palla di Tiche

a cura di **Franco Fontanini**

Tiche, imperscrutabile figlia di Zeus, amava giocare. Chi veniva colpito dalla sua palla moriva perchè il suo cuore cessava di battere.

*Nella rubrica **La palla di Tiche** viene ricordato un personaggio del nostro tempo o del passato, illustre o sconosciuto, morto d'infarto. I medici e i lettori sono invitati a segnalarci casi di loro diretta conoscenza che presentino peculiarità meritevoli di essere conosciute.*

## *Le due Caterine di Russia*

Marta Elena Skowronska passò da contadina povera e analfabeta a Zarina di tutte le Russie in pochi anni, senza curarsene e forse, all'inizio, senza neppure rendersene conto. È un primato che nessun'altra donna al mondo può vantare.

Ovviamente era bellissima, ma non cambiò gran che, restò sempre una solida e astuta contadina della Livonia. Aveva sposato un soldato svedese, venne fatta prigioniera dai russi e destinata, com'era uso, ad allietare le notti dei soldati e venne notata da Menshikov, un cortigiano spregiudicato che senza esitazione la prese per sé. Quando lo Zar la vide non poté non cedergliela e Marta che, convertendosi alla fede ortodossa assunse il nome di Caterina I, diventò la sua favorita con grande scandalo dell'aristocrazia, che fu ancor più grande quando lo Zar la sposò sia pure senza solennità e in forma morganatica.

A corte Caterina ignorava totalmente l'etichetta, tracannava tokai e chiamava "zio" tutti i dignitari, ma col suo acuto buonsenso riuscì a capire le cose essenziali delle questioni di stato e seppe dare utili consigli all'imperatore il quale, quando si ammalò, non avendo figli maschi, la fece incoronare con grande solennità imperatrice e la proclamò erede al trono.



Caterina I di Russia

Caterina II di Russia che indossa la corona imperiale

Proprio in quell'anno Caterina, sessualmente molto esuberante, commise una grave imprudenza che poteva costarle cara; si invaghì dell'uomo più bello della corte, il giovane ciambellano Moens de la Croix che incontrava in segretezza nella casa della sorella di lui. Quando Pietro I il Grande scoprì la tresca, fece decapitare il ciambellano e uccidere la sorella, risparmiando inaspettatamente Caterina. Qualche giorno dopo la invitò ad una passeggiata conducendola davanti alla testa dell'amante infissa su una picca.

Quando l'imperatore morì, Caterina, la cui sorte era ancora indecisa, prima di essere nominata Zarina fu protagonista di una vicenda secondo gli storici senza precedenti.

Già nei giorni dell'agonia, sempre a detta degli storici, aveva versato "fiumi di lacrime" irrorando la reggia, si oppose più che poté alla chiusura del feretro, sommergendo la salma con le lacrime.

Durante il corteo funebre per oltre due ore, sempre sorretta da Menshikov ripristinato nel ruolo di favorito, ben sapendo che lo Zar gli aveva affidato le disposizioni testamentarie, irrigò di lacrime il percorso "per una buona mezza lega francese", vale a dire per oltre due chilometri.

Villebois scrisse nelle sue cronache che "nessuno immaginava che si potesse trovare una tale riserva d'acqua nel cervello di una donna". Moltissimi diplomatici, nobili e sudditi si erano recati in processione a corte, unicamente per vedere piangere la Zarina. Un ambasciatore francese, storico teatrale che passò a corte quaranta giorni consecutivi, scrisse che Caterina aveva superato, in fat-



to di lacrime, tutte le interpreti di Andromaca nella versione di Euripide e di Racine messe insieme. Numerose testimonianze concordano nell'affermare che due anni dopo morì di crepacuore.

Totalmente diversa Caterina II, che divenne la Grande: era una principessa tedesca, di raffinata educazione francese, parente dello Zar, che era stata portata in Russia a sedici anni con il preciso scopo di sposare l'erede al trono, il futuro Pietro III di Russia. Il matrimonio venne conseguito, ma il nuovo Zar risultò totalmente inetto al ruolo al punto che venne depresso e poco dopo ucciso in una congiura di corte.

Caterina II non versò una lacrima e fu sospettata di non essere estranea alla sedizione.

Intelligente, colta, fu una Zarina di gran-

de successo, scrisse opere teatrali, saggi storici, memorie e fu in rapporti epistolari con molti illuministi, in particolare con Voltaire e Diderot.

In comune con Caterina I che l'aveva preceduta sul trono, aveva solo la sfrenata ipersessualità e l'ossessione dei favoriti. Quello ufficiale lo cambiava ogni due anni, rigorosamente scelto fra i giovani cortigiani da ventidue a ventisei anni. In totale furono ventuno, ma neppure per lei si è riusciti a precisare il numero degli amanti anonimi. Il favorito, prima di prendere l'incarico veniva affidato ad una contessa specializzata che lo ammaestrava nell'arte amatoria. Quando entrava in servizio, ogni sera aveva l'obbligo di presentarsi nell'alcova im-

periale, in pubblico aveva l'onore di comparire a fianco della Zarina come aiutante, inoltre aveva un appartamento privato molto lussuoso e il suo appannaggio era di centomila rubli, a differenza della Caterina che l'aveva preceduta la quale non dette mai compensi.

La differenza più grande fra le due Zarine omonime fu che una pianse ininterrottamente per oltre quaranta giorni fino a morire di crepacuore, l'altra morì in allegria, nel proprio letto. Quando vide entrare, come ogni sera, il favorito di turno, Leone Nari-shkin, comicamente travestito, scoppiò in una inarrestabile risata convulsa durante la quale ebbe un attacco cardiaco che la portò a morte.

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

- *in ricordo di Massimo Zorzella di Porto Mantovano (MN): la moglie e la figlia*



Foto di Stefano Di Carlo

# L'infarto di Carl Gustav Jung

di Paola Giovetti



Carl Gustav Jung (1875-1961) è stato, come tutti sanno, un grande psichiatra svizzero fondatore, dopo essere stato il “delfino” di Sigmund Freud ed avere poi preso, pur con molto rispetto, le distanze da lui, della psicologia analitica. Un attento medico dell’anima che ha lasciato opere e una corrente di pensiero che sono oggi fonte di ispirazione per tanti, terapeuti e non terapeuti.

Meno noto è forse un episodio della sua vita, di cui lui stesso parla diffu-

samente nel suo libro autobiografico *Ricordi, Sogni, Riflessioni*, che risale al 1944, quando ebbe un infarto miocardico: *“In stato di incoscienza ebbi deliri e visioni che dovettero cominciare quando ero in pericolo di vita e mi curavano con ossigeno e iniezioni di canfora...”*, leggiamo nel libro sopra citato.

Ed ecco che comincia un “viaggio” che Jung descrive in questi termini: *“Mi pareva di essere sospeso nello spazio, sotto di me, lontano, vedevo il globo terrestre avvolto in una splendida luce azzurrina e distinguevo i continenti e l’azzurro scuro del mare. La mia visuale comprendeva tutta la terra; la sua forma sferica era chiaramente visibile e i suoi contorni splendevano di un bagliore argenteo, in quella meravigliosa luce az-*



Carl Gustav Jung

*zurra....Sapevo di essere sul punto di lasciare la terra. Più tardi mi informai dell'altezza a cui si dovrebbe stare nello spazio per avere una vista così ampia: circa 1500 chilometri. La vista della terra a tale altezza è la cosa più meravigliosa che avessi mai visto”.*

Oggi che le fotografie scattate dallo spazio dagli astronauti ci hanno resa familiare l'immagine del nostro globo azzurro avvolto di nubi bianche, la visione di Jung acquista un realismo eccezionale. Nel 1944 infatti di voli spaziali non si parlava e dovevano passare molti anni prima che la famosa immagine della terra vista dallo spazio facesse il giro del mondo.

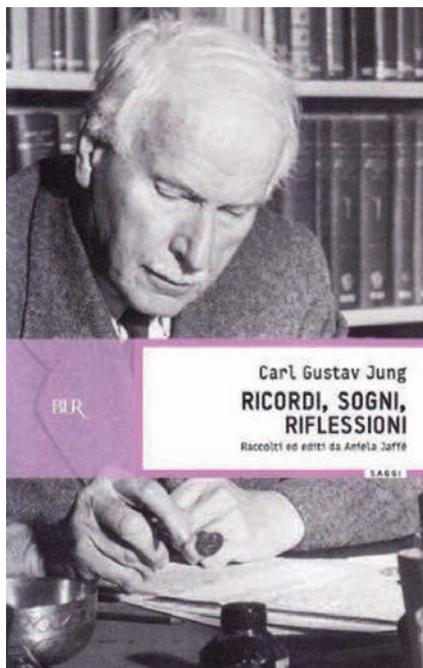
Ma il viaggio continua: sospeso nello spazio cosmico, Jung si avvicina a una sorta di meteorite, grande come una casa, simile a certi blocchi di granito che aveva visto

a Ceylon nei quali è scavato un tempio. Anche nel “meteorite” è scavato un tempio: Jung sale i primi gradini ed ecco che avviene un processo di liberazione e insieme di immedesimazione col proprio bagaglio terreno:

*“Ebbi la sensazione che tutto il passato mi fosse all'improvviso sottratto violentemente: un processo estremamente doloroso. Sapevo tuttavia che ora avevo con me tutto ciò che avevo vissuto e fatto, esisteva oggettivamente, ero ciò che ero stato e che avevo vissuto...”*

Ma mentre Jung sta per entrare nel tempio dove sapeva che avrebbe incontrato *“tutte le persone alle quali in realtà appartengo”* e avrebbe conosciuto *“il perchè della mia venuta al mondo e verso cosa dovesse continuare a scorrere la mia vita”*, ecco che dalla direzione dell'Europa, che vedeva sotto di sé, fluì una immagine: quella del suo medico col quale avvenne un muto scambio di pensieri. Il medico era stato delegato dalla terra a dirgli che c'era una protesta contro la decisione di andarsene: *“Non avevo il diritto di lasciare la terra, dovevo ritornare...”*

Appena Jung ebbe sentito queste parole, la visione svanì. Ma la bella esperienza continuò per molti altri giorni: nelle tre settimane che seguirono l'infarto, Jung ebbe ancora, praticamente ogni notte, echi e riflessi di quella prima esperienza cosmica. Ricordando ciò che aveva vissuto, scrisse di essersi *“sentito come sospeso nello spazio, al sicuro nel grembo dell'universo, in un vuoto smisurato ma colmo di un intenso sentimento di felicità...È impossibile farsi un'idea della bellezza e dell'intensità dei sentimenti durante quelle visioni...”*



E aggiunge: *“Sebbene in seguito io abbia ritrovato la mia fede in questo mondo, pure da allora in poi non mi sono mai liberato completamente dall'impressione che questa vita sia solo un frammento dell'esistenza, che si svolge in un universo tridimensionale disposto a tale scopo. Posso descrivere la mia esperienza solo come la beatitudine di una condizione non temporale nella quale presente, passato e futuro siano una cosa sola”*.

La realtà terrena era apparsa a Jung come *“una sorta di prigione, fatta per scopi ignoti, che aveva un potere ipnotico che costringeva a credere che essa fosse la realtà, nonostante si fosse conosciuta con evidenza la sua nullità”*.

Jung affermò anche che solo dopo la malattia (visse ancora 17 anni) aveva scritto le sue opere principali: le intuizioni e le conoscenze derivate da quell'esperienza gli avevano infuso *“il coraggio di intraprendere nuove formulazioni”*.

Dopo la malattia era avvenuta però anche un'altra cosa:

*“Un dir di sì all'esistenza, un sì incondizionato a ciò che essa è, senza pretese soggettive. L'accettazione delle condizioni dell'esistenza così come le vedo e le intendo. L'accettazione della mia esistenza, proprio come essa è”*.

Nel bene e nel male, quindi, nella gioia e nel dolore – e si tratta di un insegnamento profondo.

## Un italiano su tre non sa cos'è l'ipertensione

Cuore & Salute è da 30 anni in prima linea nella divulgazione medica e nella diffusione della conoscenza delle malattie cardiache e delle condizioni che ne predispongono la comparsa. Non nascondo di essere talvolta colpito da un dubbio: dopo 30 anni è ancora necessario il nostro compito? Non rischiamo di abusare della pazienza dei lettori ribadendo l'importanza di uno stile di vita sano, del controllo dei fattori di rischio, della pronta ricerca di un contatto medico in caso di comparsa di sintomi sospetti e via dicendo? In altre parole è ancora possibile che ci siano persone per cui questi messaggi siano una novità?

Tale incertezza viene ora fugata dagli sconcertanti risultati di un sondaggio Doxa Pharma commissionato dalla Società Italiana Ipertensione Arteriosa. Un italiano su tre non sa concretamente cosa sia l'ipertensione arteriosa, il 67% degli intervistati asserisce di non avere mai ricevuto informazioni al riguardo e l'82% di non averle mai cercate. I motivi di preoccupazione che emergono dal sondaggio non finiscono qui: il 15% degli intervistati (prevalentemente giovani tra i 18 e i 34 anni residenti al centro-sud) non ha mai misurato la pressione in vita sua; il 50% non sa esattamente quali siano i valori di normalità della pressione e un altro 34% non ne ha la minima idea. Infine, solo il 35% del campione è consapevole dell'aumentato rischio d'infarto indotto dall'ipertensione e solo il 30% sa che i valori aumentati di pressione sono una delle cause principali dell'ictus.

I risultati del sondaggio lasciano emergere un quadro desolante. Io credo che in realtà la situazione sia migliore di quella tratteggiata ma è certo che questi numeri ribadiscono la necessità di non abbassare mai la guardia sui temi della prevenzione e della divulgazione sanitaria.

F.S.

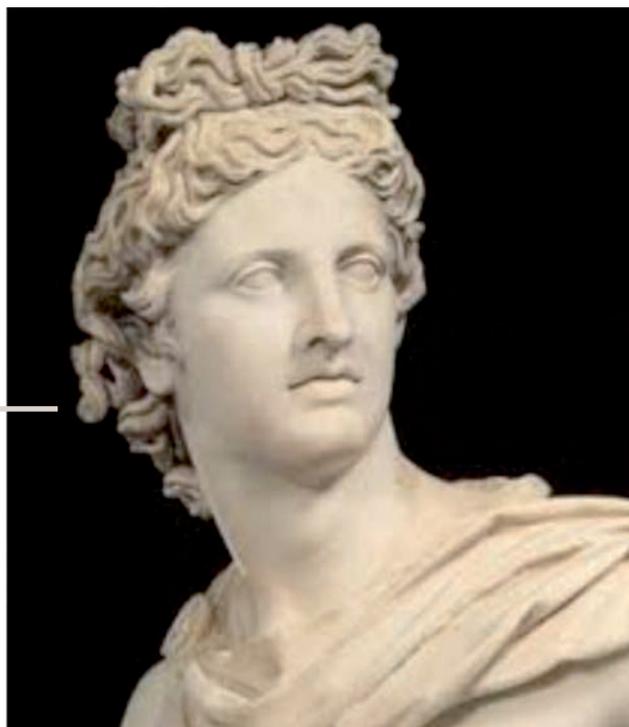
# “Equilibrio psichico” e prevenzione cardiovascolare

di Bruno Domenichelli



Le più avanzate tecniche di psicoterapia e di “rimodellamento” dei tipi di personalità predisponenti alle malattie cardiovascolari, possono migliorare la prognosi del candidato all’infarto, ma hanno il torto di non poter essere applicate su larga scala nei nostri ambulatori. Acquista quindi nuovo valore il dialogo fra medico e paziente, non solo come fonte di informazione ma come forma di compartecipazione umana, come informale psicoterapia, capace di favorire nel paziente un ottimale equilibrio psichico e neurovegetativo, utile per affrontare con successo la battaglia quotidiana contro lo stress.

Un concetto, quello di “equilibrio psichico” che, benché intuitivo, è sfuggente e mal definibile, per la molteplicità delle sue dimensioni. Un concetto che ha molte analogie con quello di “misura” dei filosofi e dei poeti della Grecia classica. Tentare di definirlo, almeno per metafore, può essere utile al medico per aiutare il paziente nel compito non facile di conquistarlo.



---

*Apollo del Belvedere.* Copia di originale greco in bronzo del IV sec. a.C. Musei Vaticani. Apollo è per i Greci il dio della razionalità e della misura, filtro all’impeto incontrollato degli slanci vitali e ci insegna ad incanalare l’istinto verso la bellezza e la compostezza dell’arte.



*Dioniso.* Da una ceramica greca. Dioniso è per i Greci il dio della sregolatezza, dell'eccesso e delle pulsioni sensuali, ma insegna all'uomo la saggezza di non rifiutare la concretezza del corpo e la pienezza dei sensi.

Equilibrio psichico è equidistanza dinamica tra polarità esistenziali che, se preponderanti, generano disarmonia. Una disarmonia che, in biologia, è propensione alla malattia.

Equilibrio psichico significa capacità di scegliere, senza condizionamenti, fra psiche e soma, di trovare la "misura" adeguata fra attesa e decisionalità, fra azione e pensiero, fra spontaneità e autocontrollo, fra solitudine consapevolmente ricercata e gratificante partecipazione. L'evoluzione delle malattie cardiache è infatti meno favorevole nei soggetti che vivono in condizioni di isolamento sociale.

Equilibrio psichico è comprendere il limite ideale tra natura e cultura, è capire che l'ozio non è padre dei vizi, ma rifugio indispensabile per il riposo dell'anima; è percepire i momenti del divino e quelli dell'umano. Significa non permettere il reci-

proco sopraffarsi fra individualità e collettivo, fra affettività e cognitività, fra mente e cuore.

Equilibrio psichico è miscela sapiente di autonomia e di dipendenza; capacità di crescere da soli senza temere la solitudine. E quando la lotta si dimostra impotente, l'equilibrio esige di sapersi adattare senza sterili rimpianti. Affinché le burrasche neuroendocrine non coinvolgano gli organi e lo squilibrio del pensiero non divenga tempesta catecolaminica per il cuore. L'equilibrio è fatto di amore, per dare motivi veri al vivere; di coraggio, per vincere il batticuore del buio; di autoironia, per stemperare la virulenza dell'ansia; di fantasia, per intessere di fili d'argento la trama concreta della quotidiana realtà; di ottimismo, per colorare di rosa il giorno; di realismo, per mettere in fuga i fantasmi della notte; di speranza, per amare il futuro; di creatività, per

Pier Augusto Breccia. *Synthesis*. (1994) L'uomo esprime il suo dinamico equilibrio sorreggendo i due cesti, uno colmo dei simboli della cultura (le forme geometriche), l'altro di quelli della natura (i frutti) e realizza la sua pienezza esistenziale solo nella sintesi dei poli complementari della sua duplice essenza, quella apollinea e quella dionisiaca.

Apollo e Dioniso coesistono nella natura umana: Io ed inconscio; razionalità ed istinto; autocontrollo e spontaneità; Logos ed Eros.

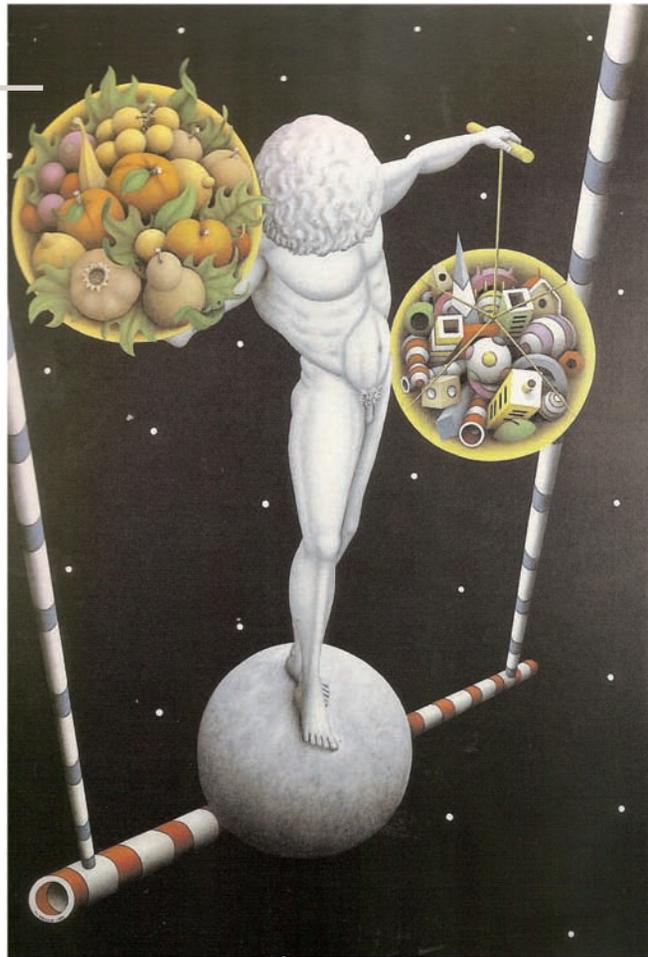
sfuggire ad una civiltà malata di stress e di indifferenza.

La salute mentale è un crogiolo dove fondere insieme ottimismo e ironia, realismo e fantasia. Si farà opera di sana prevenzione recuperando la capacità di esternare i sentimenti e dando voce alle proprie emozioni. L'inibizione e la depressione nervosa costituiscono infatti fattori sfavorevoli nell'origine e nell'evoluzione delle cardiopatie.

Equilibrio psichico è capacità di rimanere sereni durante la lotta, quando la minaccia per i pilastri dell'Io è più forte e il cerchio sembra stringersi da ogni parte; per emergere sereni dalla mischia e ritrovare se stessi nella canzone del cuore; per gustare, in caso di sconfitta, almeno l'aspro sapore del combattimento; e a sera ritrovarsi con se stessi e riposare nell'orgogliosa solitudine dei propri giardini fioriti.

Gli antichi Greci avevano già individuato la radice dell'equilibrio esistenziale nell'armonico connubio di due degli Dei del loro Olimpo: Apollo e Dioniso, capaci di incarnare i poli della duplice natura dell'uomo.

Apollo e Dioniso: in loro si confrontano razionale e irrazionale, riflessione ed eb-



brezza, Io e inconscio. Apollo è il dio della razionalità e della misura, filtro all'impeto incontrollato degli slanci vitali, e ci insegna ad incanalare l'istinto verso la bellezza dell'arte e la compiuta creatività. Ma è anche la potenziale rigidità di un uomo costruito di solo pensiero, in cui l'autocontrollo, può condurre all'inibizione delle emozioni e dei sentimenti che, insieme all'affettività negativa caratterizza la personalità di tipo D, predisponente alle malattie coronariche.

Dioniso è il dio dell'eccesso, della sregolatezza e delle pulsioni sensuali, ma insegna all'uomo la saggezza di non rifiutare la concretezza del corpo e la pienezza dei sensi.

Squilibrio psichico, nevrosi e quindi distress, è dunque vivere la mancata armonia interiore fra Apollo e Dioniso, l'incapacità di realizzare dentro di noi la sintesi armonica fra le opposte dimensioni dell'essere: pensiero e natura, Logos ed Eros, compostezza ed ebbrezza, ragione e istinto. Nel reciproco equilibrio, spirito apollineo e dionisiaco accompagnano l'uomo verso la completezza dell'essere. Equilibrio psichico è vivere la propria vita come continua osmosi fra questi poli, opposti ma complementari.

Metafore esistenziali cariche di saggezza, che la mitologia greca ci tramanda dal profondo dei millenni.

L'equilibrio psichico è allora un'utile ricetta per vivere, che il medico deve cercare di trasmettere al suo malato, in un rapporto in cui egli stesso potrà raggiungere il proprio personale equilibrio, frutto della vocazione ad essere accanto a chi soffre. E affinché il messaggio giunga veramente a segno il medico dovrà fare ricorso a tutta la sua fantasia.

Non sarà facile; ma fare prevenzione richiede anche intuito e creatività. E disponibilità del medico ad entrare in sintonia con il suo paziente, per aiutarlo a sfuggire alle insidie quotidiane dello stress e a riscoprire che nella vita ogni età può proporre dimensioni gratificanti di serenità.

**Ti senti quindi apollineo o dionisiaco?** Sei più attratto dall'aurea misura apollinea o dall'imprevedibilità dell'istinto dionisiaco? Anche in questo caso, ogni scelta, cosciente o no, comporta una rinuncia, spesso una lotta. Un'equilibrata armonia fra apollineo e dionisiaco è sicuramente premessa per un buon livello di equilibrio psichico, ma non si può escludere che un eccesso della componente dionisiaca possa favorire ad esempio la capacità di emergere in campo musicale o che una spiccata propensione all'apollineo possa essere alla base di un'incontenibile genialità nelle arti figurative. Genio, unitamente a un pizzico di follia, è spesso sinonimo di aver ceduto senza riserve ad una creativa dissimmetria interiore fra Apollo e Dioniso.

Non è facile, nel corso della nostra storia personale, così come di quella collettiva, orientarsi nella difficile e spesso inconsapevole scelta fra genio ed equilibrio psichico, poli spesso, ma non sempre conflittuali. Per progredire, l'umanità ha in fondo bisogno proprio della diversità del comportamento degli esseri umani. E talora delle loro piccole e grandi follie. I conflitti sempre latenti fra Apollo e Dioniso hanno infatti costituito da sempre il principio motore del progresso dell'umanità. Senza questa continua tensione l'Arte non avrebbe potuto esprimere tutta la sua visionaria capacità profetica.

## Lo sport in ricetta

Molti paesi del nostro mondo occidentale, diciamo pure viziati dal benessere, si preoccupano della scarsa attività fisica nella generalità dei cittadini, della loro eccessiva alimentazione e del sovrappeso (quasi due terzi della popolazione negli USA), causa di un preoccupante aumento delle malattie cardiovascolari e dei tumori. Gli appelli dei medici e dei responsabili della sanità attraverso le molte campagne di prevenzione

The image shows a standard Italian medical prescription form. At the top left, the patient's name 'Mario Rossi' and address 'Via Piero Pallino 15' are handwritten. The doctor's name 'Paolo Bianchi' is written in the 'TIPO DI RICETTA' field. The main instruction is 'Dare ore di corsa o di palestra due volte a settimana'. The form includes a barcode, a stamp, and various checkboxes and codes for administrative tracking.

e di informazione rimangono pressoché inascoltati. Per rompere questo muro di pigrizia collettiva il sindaco di Strasburgo, su proposta dell'Accademia Nazionale di Medicina di Parigi, sta organizzando una specie di prescrizione, non proprio obbligatoria, ma come fosse un vaccino, dell'attività fisica da parte dei medici di famiglia. I quali dovranno indicare nella ricetta al paziente oltre al tipo di sport o di attività ludica o di palestra anche la frequenza e durata di questa "cura". Il cittadino poi, munito della prescrizione, si recherà nelle palestre o nei circoli sportivi autorizzati, dove riceverà un programma delle esercitazioni che dovrà svolgere e che

saranno gratuite. Chi paga? Evidentemente la comunità perché, come hanno calcolato alcuni esperti, tra i quali il Prof. Livio Luzi, preside della facoltà di Scienze Motorie dell'Università di Milano, il ritorno positivo di questa attività fisico-sportiva sul peso, sul colesterolo, sulla glicemia e sugli altri indici di rischio, e conseguentemente sulla riduzione delle malattie cardiovascolari e dei tumori conseguenti, dovrebbe essere fonte di un risparmio superiore all'investimento.

E.P.

Scusate se mi è venuta in mente quasi per riflesso una nota di scetticismo, che mi ha riportato a un antico racconto letto in un sillabario, nel quale si narra dei castelli in aria che una forosetta di campagna andava costruendosi nella sua immaginazione mentre si recava al mercato per vendere la ricotta che portava sul capo, da cui contava di ricavare i denari da investire poi in altri commerci. La ricotta cadde e si spiaciò, assieme ai castelli fantastici.

# Qualche secondo di buonumore

## CORSO DI FORMAZIONE per donne [PRIMA PARTE]

### TEMA DEL CORSO

diventare intelligente quanto un uomo (quindi perfezione assoluta)

### Obiettivo pedagogico:

corso di formazione che permette alle donne di sviluppare praticamente tutto il cervello della quale ignorano l'esistenza. (per la serie "Fuma fuma")

### PROGRAMMA

moduli obbligatori.

#### MODULO 1: CORSO DI BASE OBBLIGATORIO

1. imparare a vivere in condizioni ambientali difficili, senza telenovelas (2000 ore).
2. il mio uomo non è un DIVO dello spettacolo (350 ore)
3. capire che il calcio copre buona parte della vita dell'uomo (500 ore)

#### MODULO 2: VITA A DUE

1. avere bambini senza diventare isterica (50 ore)
2. smettere di fare cazziatoni inutili quando il mio uomo riceve i suoi amici per la giornata di campionato (500 ore)
3. vincere la sindrome del telefonino (tasto verde risponde, tasto rosso chiude) (550 ore)
4. non consumare tutta l'acqua calda per la doccia (100 ore)
5. riuscire a soddisfare il mio uomo prima che cominci a trovare altre 2/3 donne che ne facciano una (1500 ore)
6. come lavare la biancheria bianca senza che assuma altri colori indefiniti (500 ore)
7. come sostituire la lampadina del bagno senza agonizzare (300 ore)
8. come uscire dal bagno entro la mezz'ora (500 ore)

#### MODULO 3: TEMPO LIBERO

1. stirare (esercizi pratici)
2. cucinare (esercizi pratici)
3. varie ed eventuali

#### MODULO 4 : CORSO DI CUCINA

Livello 1 (principianti) : gli elettrodomestici: ON = ACCESO - OFF = SPENTO (non è difficile)

Livello 2 (avanzato): la cucina non è un ambiente dove fare esperimenti ("oggi ho provato a fare qualcosa di diverso")



>>> continua sul prossimo numero

# DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2013



CONOSCERE  
E CURARE  
IL CUORE 2013

Atti  
XXVIII Congresso del  
Centro per la Lotta  
contro l'Infarto  
Fondazione Celiato

EDIZIONI URBAN

a cura di  
Francesco Pizzi  
Firenze, 22-23-24 Marzo 2013

## *La sincope. Cosa c'è di nuovo?*



di Michele Brignole,  
Dipartimento di Cardiologia di Lavagna - GE

Intervista di Filippo Stazi

**Dott. Brignole, quando si sospetta che una bradiaritmia transitoria possa essere la causa responsabile di una sincope rimasta inspiegata dopo la valutazione iniziale, le linee guida suggeriscono di confermare o confutare tale sospetto diagnostico mediante due differenti strategie: il monitoraggio ECG prolungato oppure l'esecuzione di test di laboratorio. Ci può illustrare cosa si intende con monitoraggio ECG prolungato?**

La conoscenza del ritmo cardiaco e della risposta emodinamica durante un evento sincopale spontaneo è lo standard ideale di valutazione diagnostica. Il monitoraggio ECG di breve durata (Holter, monitoraggio telemetrico in ospedale e loop recorder esterno) è utile se effettuato subito dopo un episodio sincopale, in pazienti selezionati che hanno episodi sincopali multipli molto frequenti (almeno uno per settimana). Un uso al di fuori dei suddetti criteri non è utile data la bassa probabilità di documentare un evento diagnostico durante il periodo di monitoraggio. Infatti la maggioranza dei pazienti con sincope hanno recidive infrequenti, con periodi intercorrenti di mesi o di anni. In questi casi, l'uso del loop recorder impiantabile (piccolo registratore che viene posizionato nel sottocute del

paziente e che registra anche per anni il ritmo cardiaco, ndr) è spesso necessario per ottenere una diagnosi. Il valore diagnostico del loop recorder impiantabile è funzione della durata del monitoraggio: esso è, infatti, di 43%-50% a 2 anni e di 80% a 4 anni.

### **Alternativamente quali test di laboratorio possono essere eseguiti e con quale obiettivo?**

I test provocativi hanno lo scopo di riprodurre la sincope o eventi equivalenti in un ambiente artificiale (cioè un laboratorio di indagini diagnostiche). Quando indicati, i test sono in genere eseguiti subito dopo la valutazione iniziale (cioè dopo anamnesi ed esame obiettivo comprensivo di misurazione di pressione arteriosa in ortostatismo ed ECG standard). Il presupposto diagnostico è che una risposta positiva identifica il meccanismo della sincope spontanea. Il *tilt test* ed il *massaggio del seno carotideo* sono indicati quando si sospetta una sincope riflessa con presentazione clinica atipica (infatti quando la presentazione è tipica, l'anamnesi è sufficiente per la diagnosi). Lo *studio elettrofisiologico* è indicato quando si sospetta una sincope aritmica nei pazienti con pregresso infarto miocardico, blocco di branca, bradicardia sinusale o palpitazioni ad esordio improvviso seguite da sincope. Il *test da sforzo*, è indicato nei pazienti che hanno avuto sincope durante o subito dopo uno sforzo fisico. L'ecocardiogramma, infine, è utile per definire natura ed entità di un'eventuale cardiopatia ma quasi mai è diagnostico di per sé.

**Se ho ben capito la strategia di monitoraggio ECG prolungato fornisce una maggiore accuratezza diagnostica, ma la diagnosi (e la terapia) sono necessariamente ritardate fino al momento della documentazione di una recidiva. Al contrario, la strategia dei test di laboratorio ha il vantaggio di fornire una diagnosi (ed una terapia) immediata ma è limitata da un elevato rischio di false diagnosi.**

Esattamente.

**Classicamente le sincopi sono sempre state classificate in base alla loro eziologia mentre ultimamente si parla sempre più spesso di una classificazione fondata sul loro meccanismo. Ci può spiegare meglio questa differente impostazione?**

Tradizionalmente la valutazione diagnostica è basata sulla ricerca di meccanismi fisiopatologici che possono causare perdita di coscienza; di conseguenza, le cause di sincope sono classificate in base alla eziologia e alla fisiopatologia. Più recentemente, grazie ai moderni mezzi diagnostici, è aumentata considerevolmente la nostra capacità di giungere ad una diagnosi basata sulla documentazione di un evento spontaneo e di conseguenza questo ha portato ad una nuova classificazione basata sul meccanismo osservato. La classificazione basata sulla eziologia non sempre si correla con la classificazione basata sul meccanismo. Lo stesso meccanismo di sincope è presente in differenti eziologie e ogni eziologia può causare sincope con mecca-

nismi differenti. Mentre la più frequente causa eziologica di sincope è la sincope riflessa che rappresenta circa i 2/3 dei casi di sincope, una lunga pausa asistolica (sia essa dovuta ad arresto sinusale, a blocco AV totale o alla combinazione dei due meccanismi) è il più frequente meccanismo di sincope inspiegata essendone responsabile in più della metà dei pazienti che hanno avuto una documentazione ECG al momento della sincope. L'eziologia della suddetta sincope aritmica è sia una patologia intrinseca cardiaca (sincope cardiogena) che una patologia estrinseca (sincope riflessa). Questa scoperta è stata largamente inaspettata e ha avuto un grande impatto sulla terapia.

### **Per quale motivo?**

L'efficacia della terapia è determinata più dalla conoscenza del meccanismo della sincope che della sua eziologia. La terapia basata sulla diagnosi eziologica ha dato risultati parzialmente insoddisfacenti. Per esempio, in uno studio vi fu recidiva di sincope nel 16.5% dei pazienti durante un follow-up di  $614 \pm 73$  giorni nonostante l'uso di una terapia basata sulla eziologia. Nello studio randomizzato VPS II la terapia con pacemaker nei pazienti con diagnosi eziologica di sincope vasovagale non fu in grado di ridurre in modo significativo le recidive sincopali. Al contrario, nello studio randomizzato Eastbourne Syncope Assessment Study i pazienti che ricevettero una terapia specifica basata sul meccanismo documentato mediante registrazione ECG (loop recorder impiantabile) ebbero

una riduzione significativa delle recidive sincopali rispetto ai pazienti trattati con terapia eziologica. Nello studio osservazionale ISSUE 2 il pacing cardiaco fu molto efficace nel prevenire le recidive sincopali nei pazienti con sincope riflessa che ebbero la documentazione di pausa sistolica al momento della sincope. Infine nel recente studio randomizzato, in doppio cieco, ISSUE 3, 77 pazienti di età  $>40$  anni affetti da sincopi riflesse recidivanti ebbero documentazione mediante loop recorder impiantabile di sincope asistolica (asistolia media di  $11 \pm 4$  s, range, 3-44 s) e furono randomizzati a pacemaker DDD acceso o spento. Durante il successivo follow-up, la stima attuariale a 2 anni di recidiva sincopale fu 57% nei pazienti con pacemaker OFF e 25% nei pazienti con pacemaker ON e la probabilità di recidiva fu ridotta del 57%. In base ai risultati suddetti, è mia convinzione che la classificazione della sincope basata sul meccanismo diverrà sempre più largamente utilizzata nell'approccio al paziente con sincope inspiegata.

### **Perché la disseminazione di questi concetti nella pratica clinica rimane problematica?**

I motivi sono molteplici. Numerosi medici di differenti discipline, tra cui i medici delle cure primarie, i cardiologi, i medici dell'emergenza, i geriatri, i neurologi, gli psichiatri e gli ortopedici, sono direttamente coinvolti nella cura dei pazienti con sincope, ma nessuno di essi è impegnato a tempo pieno nella cura della sincope. La formazione e l'aggiornamento di un così

grande numero di medici è praticamente impossibile. Inoltre, fatto ancor più grave, il percorso diagnostico-terapeutico risulta per lo più frammentato e suddiviso fra le varie figure professionali che si susseguono nella gestione del paziente e manca una figura di riferimento che si prenda in carico il paziente.

Il risultato è un uso non appropriato dei test diagnostici, un numero elevato di diagnosi e terapie errate ed un eccesso di costi.

### **Come si può ridurre il divario fra conoscenza e pratica clinica?**

Difficile pensare ad un miglioramento sostanziale con la metodologia diagnostica e l'organizzazione attuale. Abbiamo buone conoscenze sintetizzate nelle linee guida, ma la loro implementazione nella pratica clinica rimane incompleta. La soluzione è adottare modelli standardizzati per la gestione del paziente con sincope. L'introduzione nella pratica clinica di unità funzionali dedicate specificamente alla gestione globale del paziente con sincope, le cosiddette "Syncope Unit" promette di diventare lo standard di gestione ottimale per la diagnosi e la terapia del paziente con sincope.

### **La Syncope Unit: ovvero il medico giusto, nel posto giusto, al momento giusto?**

Gli scopi della Syncope Unit sono essenzialmente due: 1) assicurare una valutazione standardizzata eseguita da uno "specialista della sincope" in grado di assicurare una continuità di cura dalla valutazione iniziale fino alla terapia e al follow-up; 2) ridurre la necessità di ricovero in

ospedale mediante la messa in opera di un efficace e rapido percorso alternativo.

L'elemento centrale della Syncope Unit è lo "specialista della sincope". A prescindere dalla sua specializzazione (cardiologo, geriatra, medico dell'emergenza, neurologo, ecc), egli è un medico che si prende carico del paziente dalla valutazione iniziale, alla stratificazione del rischio, alla terapia ed al follow-up. Egli in genere esegue personalmente i test di laboratorio più frequenti ("core laboratory") e ha accesso preferenziale a letti di ricovero, altri test diagnostici e procedure terapeutiche. A seconda del suo volume ed organizzazione, ogni Syncope Unit è gestita da uno o più specialisti della sincope. La Syncope Unit dovrebbe essere multidisciplinare ed avere la possibilità di consulenza degli specialisti delle discipline differenti da quella del medico in carico ogni qual volta sia necessario. Molti studi hanno dimostrato che l'introduzione delle Syncope Unit porta ad un aumento delle diagnosi e ad un migliore rapporto costo-efficacia (cioè costo per diagnosi).

### **Quale messaggio possiamo lasciare ai nostri lettori?**

In conclusione ritengo giusto rimarcare che le Syncope Unit permettono di aumentare il numero di diagnosi, prevengono ricoveri e test inappropriati e riducono i costi globali della valutazione diagnostica. Questi risultati si ottengono fondamentalmente grazie all'adozione di protocolli diagnostici standardizzati ed alla formazione di specialisti della sincope.

# Charles Philamore Bailey: chirurgo, avvocato o macellaio?

di Massimo Pandolfi



La macchina svoltò l'angolo a tutta velocità, quasi inclinata su due ruote. Gli occupanti del sedile posteriore non ebbero neanche il coraggio di scambiarsi uno sguardo, tant'era grande lo spavento che teneva inchiodati i loro occhi sulla strada.

Va bene che bisognava fare presto, prima che la notizia del decesso dell'ultimo paziente arrivasse in quell'altro Ospedale, dove un altro essere umano aspettava, forse, di divenire la quinta vittima del "macellaio di Hahnemann", ma questo non era un buon motivo per sfracellarsi contro un muro. Specialmente il giovane Litwak era preoccupato ma adorante. Aveva capito che la miglior dote di un chirurgo non era solo il sangue freddo, ma la testardaggine. Senza quest'ultima virtù, o vizio se preferite, tante pagine di storia della medicina non sarebbero mai state scritte.

Sul sedile anteriore Charles Philamore Bailey cercava di rivedere, come in un filmato che si svolgeva nella parte più nascosta del suo cervello, gli interventi precedenti, ripassando punto per punto i possibili errori tecnici. Pensava di non averne fatti, ma i suoi operati, quattro con l'ultima vittima che in quel momento stava facendo il suo ultimo viaggio estremo dalla sala operatoria all'obitorio, erano finiti tutti sotto terra. Ripensò anche a quando, bambino, aveva visto morire il padre di edema polmonare: maledetta stenosi mitralica!!



Charles Philamore Bailey

Il suo cardiologo di fiducia, Thomas Durant, suo prezioso ma inutile aiuto nelle fasi concitate in cui avevano tentato di far ripartire il cuore dell'ultimo operato, in arresto nonostante che Bailey fosse riuscito a separare le due commissure, era concentrato sulla guida e effettivamente si era rivelato un vero asso del volante, terrorizzando i tre uomini pigiati nel retro dell'auto, in pratica tutto lo staff di cui disponeva il chirurgo.

Nell'antisala, Claire Ward aspettava. Le avevano assicurato che il medico deputato ad operarla le avrebbe parlato prima che fosse addormentata.

Aveva già abbracciato il figlioletto e il marito e la sua grande fede le faceva sentire che quella era la strada giusta. D'altronde, non ce la faceva più: il minimo sforzo la faceva rantolare e il cruccio più grande era che non poteva tenere in collo il bambino. Bailey entrò nell'antisala, con fare deciso. Porse la mano tesa alla donna e spiegò rapidamente quale sarebbe stato l'intervento, anzi usò per la prima volta il termine che gli aveva suggerito Durant, quando avevano esaminato il cuore del paziente precedente: avrebbe separato le commissure, cioè avrebbe eseguito una "commissurotomia". Come in tanti strani schemi e disegni che costellano le storie umane, l'intervento andò bene e aprì un altro pezzo di strada per quell'autostrada della vita che sarebbe diventata la moderna cardiocirurgia.

Claire sopravvisse ed ebbe altri due figli, fino a che, 38 anni dopo, il destino le giocò un brutto scherzo.

La mitrale che Bailey aveva riaperto era degenerata, l'insufficienza era diventata im-

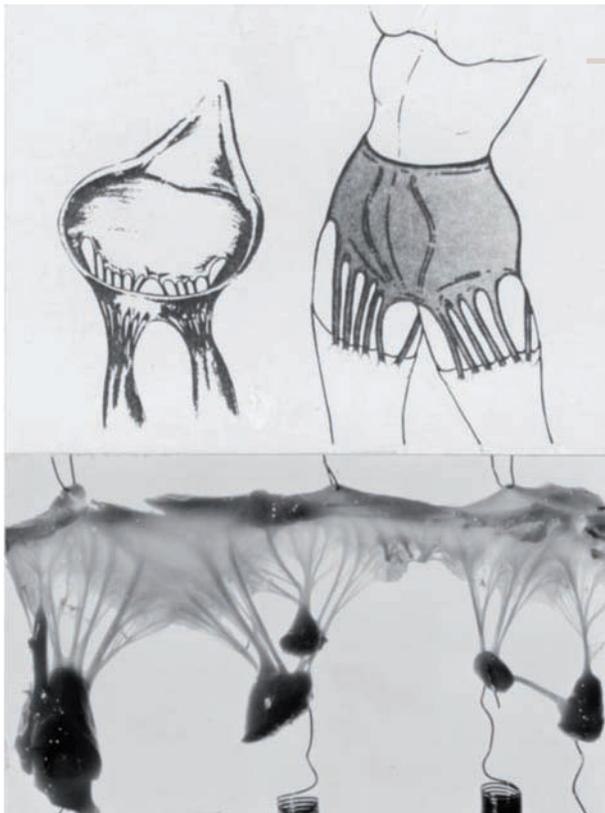


portante e i sintomi erano ricomparsi.

Fortunatamente ora si poteva operare a cuore aperto e la mitrale poteva essere sostituita con una protesi. Sfortuna volle che appena prima dell'intervento la poveretta fosse colpita da una infezione virale, che fece procrastinare la data dell'operazione. Nell'attesa una crisi respiratoria ebbe la meglio anche sulla sua infinita voglia di vivere. Uno strano destino invece cambiò la vita del brillante cardiocirurgo. Si iscrisse a un corso di laurea in legge e si laureò brillantemente per la seconda volta. Questa nuova passione ebbe la meglio su quella medica e da allora, fino alla fine dei suoi giorni, esercitò come avvocato.

La cosa allora sembrò incomprensibile; vista con i nostri occhi, trasportate le vicende ai giorni nostri, potremmo solidarizzare con il gesto, dato il frequente accanimento giudiziario contro chi opera sul campo.

Come capita spesso in queste strane storie del mondo medico Bailey lasciò la vita terrena una settimana prima di quel Dwight Harken che aveva di poco preceduto nell'intervento di commissurotomia, in una corsa particolare in cui in fondo il premio



Disegno di una similitudine con la valvola mitrale, sembra eseguito da Walt Disney per Bailey.

era la salute di altri esseri umani. Il figlio di Harken commentò il fatto con ironia: “Ti pareva che Charlie non precedesse mio padre anche nella morte!”

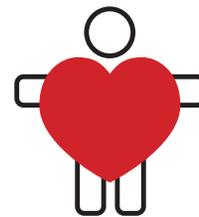
Che dire... Sembrano storie di un'epoca lontana, fantascientifica. Se questi eventi fossero accaduti oggi i protagonisti sarebbero da ricercare negli annali dei penitenziari

invece che nei ponderosi tomi della Storia della Medicina e soprattutto della Cardiologia.

È grazie al loro coraggio, alla loro testardaggine, alla loro sete di sapere e soprattutto all'umana voglia di vincere la battaglia con il male e con la morte, anche se poi la guerra sarà alla fine perduta, che l'attuale livello tecnico delle cure mediche consente interventi che appena cinquant'anni fa non si potevano neanche immaginare.

Un pensiero va anche a coloro che sono caduti sul campo: casi disperati, ma tutti con una infinita storia umana dietro la sofferenza. Un fiume di lacrime, una lunga corda di spine ad allungare una speranza che quello accaduto a loro e ai loro cari possa essere lenito per altri, negli anni a venire. Speriamo che ragioni economiche, razionalizzazioni, necessità di budget e soprattutto un abnorme accanimento giudiziario non rappresentino nel futuro un ostacolo insormontabile per quella che è la più nobile missione dell'uomo, il desiderio di alleviare le sofferenze dei propri simili.

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



- **Marcello Abita** di Roma
- **Pompeo Abruzzini** di Roma
- **Anna Maria Accolla** di Roma
- **Vincenzo Alessi** di Roma
- **Francesco Ammendola**  
di Impruneta -Tavarnuzze
- **Augusto Antonietti** di Saronno
- **Luciano Arcari** di Roma
- **Marco Argiolas** di Quartu S.Elena
- **Associazione Amici del Cuore Onlus**  
di Motta di Livenza
- **Valeriano Balloni** di Ancona
- **Giuseppina Bartocci** di Cerveteri
- **Luigi Bartoletti** di Sesto Fiorentino
- **Giacomo Bassis** di Busto Garolfo
- **Carlo Battistini** di Alberi di Vigatto
- **Riccarda Beltrami** di Cortina d'Ampezzo
- **Raffaele Bernardini** di Roma
- **Alessandro Bernini** di Torino
- **Giuseppe Bertoncini**  
di Santa Croce sull'Arno
- **Angelo Biella** di Seregno
- **Marceline Blanche Vessaz** di Roma
- **Mario Borghese** di Roma
- **Giuseppe Borghi** di Bologna
- **Francesco Borrello** di Catanzaro
- **Pietro Braga** di Gavardo
- **Giampaolo Brangi** di Brescia
- **Michele Bucci** di Treviso
- **Guglielmo Buglioni** di Roma
- **Anna Lisa Calosi** di Bagno a Ripoli
- **Giovanni Cama** di Roma
- **Giacomo Capodivento** di Teramo
- **Angelo Carbone** di Pomezia
- **Maria Cariello** di Bitonto
- **Antonello Carta** di Roma
- **Stefania Casaldi** di Nettuno
- **Gian Baldo Cecchini** di Bologna
- **Augusto Cesari** di Padova
- **Kamal Anton Chalaby** di Roma
- **Annibale Chittaro** di Gravere
- **Marco Cini** di Roma
- **Gabriella e Laura Cirillo** di Verona
- **Arturo Coghe** di Cagliari
- **Giorgio Colletto** di Crema
- **Teresa Collica Artale** di Roma
- **Giuliano Colombo** di S. Donato Milanese
- **Stefano Constà** di Roma
- **Enrico Conte** di Milano
- **Giovanni Coppi** di Roma
- **Arturo Cottarelli** di Mestre
- **Felice D'Amato** di Pistoia
- **Giuseppe D'Amato** di Roma
- **Angelo De Feo** di Tavernerio
- **Mario De Leonardis** di Pescara
- **Giuseppe De Paola** di Roma
- **Antonio e Daniela De Rinaldis** di Roma
- **Iolanda Deantoni** di Roma
- **Aldo Del Monaco** di Roma
- **Silvana Della Grotta** di Mestre
- **Maria Emanuela Desio** di Roma
- **Francesca e Domenico Di Bello** di Roma
- **Giovanni Di Giampietro** di Anagni
- **Ugo Duca** di Fabriano
- **Liliana Fabra** di Valmontone
- **Luigi Faenza** di Eboli
- **Ubaldo Stazi Farmacia**  
di Galliciano nel Lazio
- **Enzo Feliciani** di Roma
- **Danilo Ferrante** di Roma
- **Mauro Ferrari** di Castione della Presolana
- **Pietro Ferrari** di Pavia
- **Francesca e Loredana Fiumi** di Imola
- **Salvatore Gambardella** di Sorrento
- **Antonio Gennari** di Marigliano
- **Anna Laura Geschmay Mevorach** di Spinea
- **Stefano Ghetti** di Carpi
- **Aldo Giusti** di L'Aquila
- **Giorgio Gottardi** di Montorio
- **Pietro Iacovoni** di Roma
- **Massimo La Gioia** di Roma
- **Anna Lamanna** di Roma
- **Paola Lamieri** di Bologna
- **Mario Levoni** di Mantova
- **Paolo Levoni** di Castellucchio
- **Carlo Livi** di Roma
- **Graziano Lonardi** di Bolzano
- **Maria Maffei** di Trento
- **Francesco Maggiore** di Napoli
- **Giuliana Manetti** di Firenze
- **Paolo Renato Marchetti** di Genova
- **Alberto Margrit** di Gravere
- **Osvaldo Maronati** di Milano
- **Maria Teresa Mascagni** di Roma
- **Cesare Masci** di Roma
- **Antonio Mastrolitti** di Bari
- **Gianfranco Mattioli** di Rubiera
- **Antonio Mazzanti** di Bologna
- **Fernando Mazzei** di Roma
- **Mario Mazzetti** di Roma
- **Nicola Mercuri** di Corridonia
- **Irvana Merlo Palladini** di Pioltello
- **Sergio Michi** di Vercelli
- **Marina Molinari** di Roma
- **Lino Mondinari** di Milano
- **Maria e Ennio Morriconi** di Roma
- **A. Maria Nannini Regis** di Varese
- **Pino Narici** di Anguillara Sabazia
- **Pietro Nisii** di Roma
- **Norma Olivari** di Milano
- **Pietro & C- Sas Orefice** di Casnate
- **Alberto Palavisini** di Fucecchio
- **Massimo Palliccia** di Roma
- **Augusto Pasqualini** di Barasso
- **Giuseppe Passoni** di Monza
- **Antonio Perelli** di Roma
- **Francesco Peruzzi** di Torino
- **Emma Piccione** di Roma
- **PO.MO. Srl** di Roma
- **Norma Poli** di San Damaso
- **Giovanni Pomponi** di Roma
- **Minnie Ponti Giombolini** di Foligno
- **Pierluigi Pontillo** di Bologna
- **Giorgio Pozzi** di Roma
- **Anna Principato** di Roma
- **Claudia Pruni Lunardini** di Rimini
- **Beatrice Candida Quintieri** di Cosenza
- **Angela Rallo Mercatanti** di Roma
- **Lorenzo Regazzo** di Venezia
- **Enrico Resegotti** di Pavia
- **Rita Ricci Cangiano** di Roma
- **Fernanda e Gino Riva** di Varese
- **Alessandro Rossi** di Roma
- **Salvatore Rubino** di Roma
- **Giuseppe Saccoccia** di Roma
- **Emilio Saccomanni** di Ardea
- **Franco Salvati** di Roma
- **Fausto Santeusano** di Perugia
- **Alfonso Savino** di Andria
- **Augusto Scalvini** di Melzo
- **Roberto e Vanna Scarinci** di Bologna
- **Luigina Tagliaferri** di Alatri
- **Delio Tagliente** di Roma
- **Mario Tecce** di Moricone
- **Emanuele Tedesco** di Bari
- **Jole Terreni** di Ponti sul Mincio
- **Giuseppe Testa** di Pomigliano d'Arco
- **Italo Testa** di Campobasso
- **Maria Pia Tondi Ghelfi** di Vignola
- **Giovanni Tumino** di Roma
- **Antonia Visconti** di Frascati
- **Bruno Zandarin** di Cadoneghe
- **Maria Zanini Piotti** di Milano

## Le coronarie puniscono i single

Ai tempi del Duce gli scapoli dovevano pagare una tassa per “godersi” questa singolarità, che impediva di fare figli per la patria. Oggi la gabella è stata abolita, ma in Finlandia hanno scoperto che chi rimane single, sia uomo che donna, quando si ammala nelle coronarie e ricorre al pronto soccorso per quello che il codice diagnostico definisce SCA (sindrome coronarica acuta) rischia più dell’ammogliato in complicazioni e mortalità, tanto prima di arrivare in ospedale che nel mese successivo. Lo studio è di quelli seri perché riguarda oltre 15.000 casi di SCA dai 35 ai 99 anni, valutati in vari ospedali e università finniche dal 1993 al 2002. Gli autori, capeggiati dal dott. Lammintausta, hanno constatato che i pazienti single fra i 35 e i 64 anni avevano un maggior rischio di mortalità già prima di giungere al pronto soccorso, rispetto ai maritati, ma che anche tra i ricoverati,

durante i primi 28 giorni, rischiavano di più la fatale complicazione coloro che non erano mai stati sposati (51% gli uomini, 43% le donne) o che lo erano stati ed ora non più (42% gli uomini, 32% le donne), rispetto ai coniugati (26% gli uomini, 20% le donne).

In conclusione, dicono questi accurati ricercatori, i non maritati, uomini e donne, sono a maggior rischio quando vengono colti da attacchi cardiaci, sia nel tempo preospedaliero che dopo e indipendentemente dal trattamento che hanno ricevuto. Gli ultimi nostalgici diranno che il Duce “aveva sempre ragione”, mentre i moderni conservatori avranno un argomento in più a favore delle coppie, a prescindere.

**E.P.**



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

*OCT-based diagnosis and management of STEMI associated with intact fibrous cap*

da  2013; 6: 283-287

## *L'OCT influenza diagnosi e gestione dell'infarto miocardico*

Francesco Prati, Shiro Uemura, Geraud Souteyrand, Renu Virmani, Pascal Motreff, Luca Di Vito, Giuseppe Biondi-Zoccai, Jonathan Halperin, Valentin Fuster, Yukio Ozaki, Jagat Narula

Intervista di **Filippo Stazi**

**Caro Francesco il meccanismo sottostante l'infarto miocardico è sempre lo stesso?**

In realtà no. Gli studi autoptici eseguiti dopo infarti fatali mostrano che in circa il 75% dei pazienti l'occlusione trombotica della coronaria è in rapporto con la rottura di una placca aterosclerotica mentre nella gran parte dei casi rimanenti il meccanismo coinvolto è la cosiddetta erosione di placca.

**Che differenza c'è tra rottura ed erosione di placca?**

Le placche aterosclerotiche presentano un cappuccio fibroso. Se questo si rompe le piastrine circolanti entrano in contatto con il nucleo altamente trombogenico della placca con la conseguente formazione di una trombosi acuta che occlude il lume arterioso. Tipicamente le lesioni associate con la rottura di placca producono ostruzioni emodinamicamente significative. Al contrario quando la formazione del trombo avviene in presenza di un cappuccio fibroso intatto si parla di erosione di placca.

**È lecito pensare che se l'infarto, o più in generale le sindromi coronariche acute, riconoscono meccanismi patogenetici differenti anche la gestione clinica potrebbe non essere la stessa in tutti i pazienti?**

Direi che è una domanda senz'altro ragionevole. Il trattamento attuale si basa fondamentalmente sulla rivascolarizzazione meccanica dell'arteria re-



Francesco Prati

sponsabile dell'infarto mediante angioplastica e posizionamento di stent. Questo perché la morfologia della placca responsabile non è in genere esplorata a causa del limitato potere di risoluzione delle usuali tecniche d'imaging. Dal momento che in caso di erosione di placca le stenosi coronariche possono anche non essere emodinamicamente significative, a differenza di quanto succede nel caso della rottura del cappuccio fibroso, la corretta definizione della morfologia della placca potrebbe suggerire una strategia differente dal posizionamento dello stent. L'OCT, la tomografia a coerenza ottica di cui abbiamo spesso parlato nella nostra rivista, permette di discriminare le due differenti tipologie di lesione, quella da erosione e quella da rottura e quindi il suo uso potrebbe aprire la porta a trattamenti differenziati.

**Illustraci ora lo studio che è stato appena pubblicato su JACC Cardiovascular Imaging a cui ha partecipato anche la nostra Fondazione.**

Partendo appunto dalle premesse che abbiamo descritto prima, abbiamo retrospettivamente studiato una serie di pazienti con infarto in cui con l'OCT si è potuto appurare che il meccanismo responsabile era l'erosione di placca. Il 60% di questi soggetti è stato trattato convenzionalmente con angioplastica e stent mentre il restante 40% ha ricevuto solo la duplice terapia antiaggregante ma senza angioplastica o stent. Considerando i rischi della trombosi intra-stent, della restenosi e dell'aumentato pe-

ricolo emorragico connesso con la lunga durata della duplice terapia antiaggregante che lo stent richiede, un simile approccio potrebbe migliorare la prognosi.

**In questo modo non sussiste però il rischio di lasciare dei restringimenti coronarici significativi?**

In molti casi di erosione di placca c'è solo, come già detto, un lieve restringimento del lume coronarico. In genere basta rimuovere il trombo per ripristinare la pervietà del vaso. Dopo di ciò la terapia antiaggregante consente la riparazione del danno endoteliale al pari di quello che succede dopo il posizionamento di uno stent.

**Quali sono stati i risultati dello studio?**

Dopo circa 2 anni di osservazione non abbiamo osservato differenze significative tra i due gruppi, con tutti i pazienti vivi ed asintomatici.

**Che conclusioni possiamo trarre da questi risultati?**

Ritengo che il significato principale dello studio sia che non tutti i pazienti sono uguali e che quindi anche la loro gestione può essere differente. Nello specifico, in caso di erosione di placca identificata con l'OCT il ricorso all'angioplastica ed il posizionamento dello stent, con i rischi che ciò comporta, potrebbe non essere necessario. Ovviamente studi randomizzati di congrue dimensioni sono necessari per la conferma di tale strategia.

# Breve storia del diabete

di Filippo Stazi

La prima verosimile descrizione del diabete risale al 1.500 a.c. ed è stata rinvenuta in un papiro egizio di Ebers. Successivamente dovettero passare 1600 anni prima che la malattia venisse minuziosamente delineata da Areteo di Cappadocia a cui si deve anche il nome. Diabete, infatti, deriva dal greco *diabainein*, frutto della composizione di *dià* (attraverso) e *baino* (vado). Tale nome che era spesso riferito allo scorrere dell'acqua era stato ispirato al sagace turco dal principale sintomo della malattia, la minzione frequente ed abbondante. Successivamente il nome venne latinizzato in *diabete*. Altre malattie inducono un'aumentata formazione dell'urina ed anche queste venivano indicate col nome di diabete ma solo in quella di cui ci stiamo occupando il liquido giallastro è ricco di glucosio e quindi dolce. Fino a non molti decenni fa l'unico modo per differenziare tra le varie forme di diabete era, sfortunatamente per gli analisti di allora, infilare un dito nell'urina e poi saggiarne il gusto. Se era dolce si trattava del diabete da disturbo glicemico che prese pertanto a chiamarsi dia-



Il Dr. Charles Best (a sinistra) e il Dr. Frederick Banting con uno dei cani da laboratorio

bete mellito, dal latino mel: miele, dolce. Le altre forme vennero chiamate diabete insipido. Il primo a coniare il termine mellito fu un inglese, tal Thomas Willis nel 1675 ma la dolcezza dell'urina dei pazienti diabetici era nota già da molto tempo presso altre popolazioni come egiziani, cinesi, indiani e greci. Un altro sintomo importante della malattia è la sete e questo è il motivo per cui in Giappone il diabete è stato a lungo etichettato come malattia della sete (shoukachi). I grandi padri della medicina antica si sono a lungo occupati del diabete e Galeno fu il primo a capire le sue ripercussioni renali mentre Avicenna, intorno all'anno mille già aveva operato la distinzione tra due differenti tipi di diabete mellito. A forza di assaggiare urina per fare la diagnosi Matthew Dobson nel 1774 capì che la dolcezza era dovuta alla presenza di glucosio mentre è solo verso la fine del 1800 che due tedeschi, von Mering e Minkowski, intuirono l'importanza del pancreas nell'eziologia del diabete. Anche per questa scoperta gli uomini devono considerarsi debitori nei confronti dei loro amici a quattro zampe in quanto la prova venne dall'osservazione che cani privati del pancreas sviluppavano le manifestazioni cliniche del diabete. La successiva tappa fondamentale nella storia del diabete è nel 1910 quando lo scozzese Sir Edward Albert Sharpey-Schafer capì che il problema dei pazienti

diabetici era la mancanza di una sostanza che veniva prodotta all'interno del pancreas dalle cosiddette isole di Langerhans. Siccome la sostanza in questione era appunto prodotta dalle isole il nobile britannico la battezzò, probabilmente con poca originalità, insulina. Undici anni dopo il progresso scientifico attraversa l'oceano e si incarna in due ricercatori canadesi Frederick Grant Banting e Charles Herbert Best (quando il nome vuole dire qualcosa) che isolano l'insulina e arrivano alla deduzione finale: il diabete mellito è una malattia endocrinologica determinata dalla carenza di insulina. A questo punto l'accelerazione è bruciante: ad alcuni cani viene asportato il pancreas e sviluppano il diabete, somministrando loro però l'insulina prelevata dalle isole di Langerhans di altri cani la malattia viene controllata. Nello stesso anno viene trattato il primo paziente a due gambe e dopo solo due anni Banting e Best ricevono uno strameritato premio Nobel. Un numero incalcolabile di persone deve la vita alla loro scoperta. Infine, nel 1936, sir Arold Percival Himsworth sviluppa quanto intuito mille anni prima da Avicenna e distingue il diabete tipo 1 da quello tipo 2.

Oggi da un lato capitalizziamo quanto di buono è stato fatto da chi ci ha preceduto ma dall'altro purtroppo lo vanifichiamo a forza di obesità, sedentarietà ed eccessi alimentari.

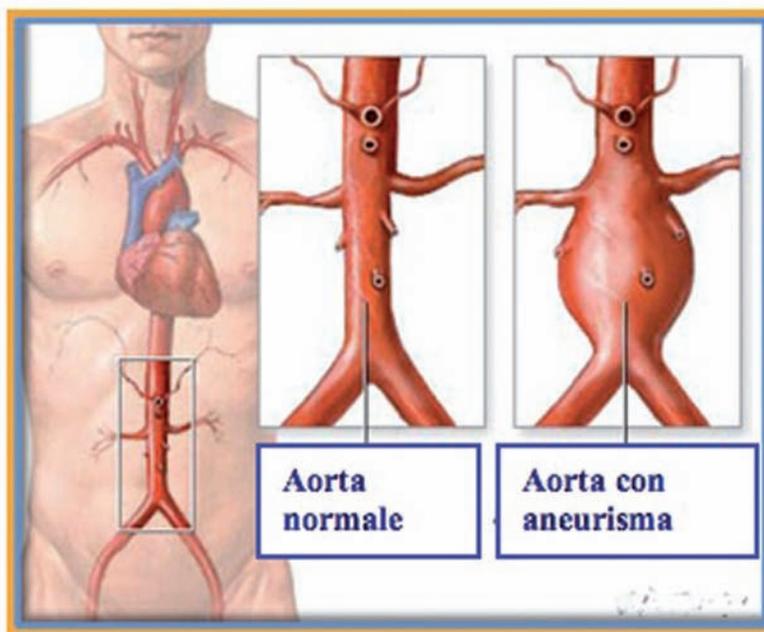
# Perché controllare l'aorta addominale

di Vito Cagli



L'aorta addominale è la grande arteria da cui derivano i rami che vanno a irrorare gli organi contenuti nella cavità addominale e gli arti inferiori. Anche se essa decorre in prossimità della colonna vertebrale e quindi più vicina alla parete dorsale del tronco che non alla parete addominale, in soggetti magri è facilmente apprezzabile con la palpazione nella regione epigastrica, cioè nella zona posta tra l'ombelico e l'estremità inferiore dello sterno. Un accertamento più preciso e sicuro può essere effettuato con l'ecografia, con la tomografia computerizzata (TC) o con la risonanza magnetica (RM). Ciò che si

vuol accertare è la presenza di una eventuale dilatazione dell'aorta, che quando raggiunge i 30 millimetri di diametro si denomina "aneurisma". L'aneurisma si forma sulla base di un'alterazione della parete del vaso: in passato era la sifilide a costituirne una delle cause più frequenti; oggi è, invece, la malattia arteriosclerotica. L'ipertensione arteriosa, ha un ruolo di grande importanza nella formazione e nella ulteriore progressione



dell'aneurisma, perché, come è intuitivo, maggiore è la spinta che il sangue esercita sulle pareti danneggiate dell'aorta, maggiore è il rischio di un loro cedimento che porta prima ad una dilatazione dell'arteria stessa e infine anche alla sua rottura. Quest'ultima è l'evenienza ad altissimo rischio che si verifica con discreta frequenza quando il diametro dell'aneurisma ha raggiunto almeno 50-60 millimetri, così come un palloncino gonfiato scoppia se oltre un certo punto continuiamo a immettervi aria. La rottura dell'aneurisma aortico è l'evento ad altissimo rischio che ci si propone di evitare e che richiede per essere prevenuto la messa in opera di valide strategie per individuare la presenza dell'aneurisma in fase precoce e per procedere alla sua riparazione quando il diametro dell'aorta addominale abbia raggiunto i 55 mm o anche prima in presenza di particolari condizioni.

Ma come in ogni aspetto della medicina preventiva ci imbattiamo nella necessità di concentrare i nostri sforzi sui soggetti maggiormente a rischio che, nel nostro caso, sono:

- i soggetti che hanno raggiunto o superato i 65 anni
- i soggetti di sesso maschile
- i fumatori (uomini o anche donne)
- gli ipertesi
- i portatori di altre localizzazioni della malattia arteriosclerotica

Un recente studio danese ha preso in esame, in un'ipotetica coorte di 100.000 uomini di 65 anni, diversi schemi di controllo per una valutazione del rapporto costo/effica-

cia. Sono state considerate, quattro diverse strategie:

- nessun controllo
- un unico controllo
- un secondo controllo un'unica volta a cinque anni dal primo
- un controllo ogni cinque anni per tutta la durata della vita

Sulla base di una serie di dati ormai ben accertati si sono calcolate le probabilità della evoluzione verso la rottura e la letalità associata alle diverse strategie.

Va anzitutto tenuto presente che un diametro a 65 anni inferiore a millimetri 25 non dà mai luogo a un aneurisma. Con un diametro dell'aorta addominale tra 25 e 29 mm al primo controllo, un ulteriore accertamento a cinque anni di distanza consentirebbe di scoprire tempestivamente 452 ogni 100.000 soggetti da avviare a un idoneo intervento; con un controllo ogni cinque anni la cifra salirebbe a 794.

Il modello ha comunque stimato che sotto il profilo dell'analisi costi/benefici una qualche forma di controllo possieda dei vantaggi rispetto a nessun controllo e che almeno un secondo controllo a distanza di 5 anni dall'accertamento di un diametro aortico compreso tra 25 e 29 mm (cioè vicino al limite di 30 mm a cui si parla di aneurisma) sia del pari vantaggioso.

Cerchiamo ora di portare nella pratica i risultati dell'analisi di questo modello teorico. Partiamo dalla considerazione che la riparazione di un aneurisma dell'aorta addominale mediante le attuali tecniche di endoprotesi è un intervento a rischio non elevato. Per contro la rottura di un'aneurisma

dell'aorta addominale anche in quella quota di casi che giungono vivi in ospedale costringe a un intervento chirurgico di emergenza ad altissimo rischio.

Deve essere quindi chiara l'utilità a partire dai 65 anni, specie nei fumatori, negli ipertesi e nei portatori di altre patologie arteriosclerotiche, di effettuare un esame ecografico dell'aorta addominale per stabilirne con esattezza il diametro. Nei casi in cui l'ecografia fornisse risultati incerti un esame TC o RM (scegliendo caso per caso)

potrebbe superare la difficoltà. L'ulteriore scansione dei controlli dovrà tenere presenti le dimensioni dell'aorta rilevate al primo esame, tenendo presente che più ci si avvicina al livello critico per intervenire con la riparazione dell'aneurisma, più ravvicinati devono essere i controlli.

Non dimentichiamo però che la "vecchia" palpazione dell'addome può consentire talora, a costo zero, di sospettare la presenza di un aneurisma addominale e di procedere agli ulteriori necessari accertamenti.

## Un defibrillatore gentile

Argomento difficile da affrontare con il pubblico, che non vuole pensieri e soprattutto con i pazienti cui viene proposto di prevenire la loro morte improvvisa, peraltro mai certa ma possibile, inserendo nel loro cuore un catetere fisso e collegandolo a una specie di pacemaker, capace di interrompere un'aritmia pericolosa mediante una scarica elettrica. Un intervento analogo a quello che si vorrebbe attuare ogniqualvolta uno sviene improvvisamente, purtroppo anche in un campo di calcio. Discorso, oltre che difficile, anche angoscioso quando lo si deve proporre per un bambino, che pensa di avere tutta una vita davanti e che ha un grande desiderio di libertà fisica. Purtroppo, oltre all'anziano malato, minacciato da malattie infartuali o da cardiomiopatie o da patologie elettriche, ci sono anche molti bimbi con anomalie congenite macroscopiche o microscopiche che possono creare questo problema di sopravvivenza. Una piccola luce in fondo a questo tunnel ce la fa intravedere un'interessante esperienza olandese pubblicata sul JACC di ottobre 2012. Un gruppo di ricercatori, evidentemente sostenuti da validi tecnici, hanno costruito e sperimentato con successo un ICD, ossia un defibrillatore impiantato a mo' di pacemaker come quelli già in uso su milioni di pazienti, che anziché collegarsi al cuore con i cateteri è in grado di registrare da sotto la pelle l'elettrocardiogramma, avvertirne l'eventuale anomalia e intervenire con una scarica efficace se ci sarà la necessità.

L'intervento di applicazione di questo apparecchietto è oltretutto banale e, mi si perdoni l'accostamento frivolo, non diverso da quello che le attrici e anche molte "superpiatte" si fanno fare al seno con silicone o affini.

I risultati di questa nuova tecnica sono molto incoraggianti e vi sono buoni presupposti affinché con il progresso fra non molto anche gli ICD diventino più "gentili", almeno per i pazienti più giovani.

E.P.



# Lettere a Cuore e Salute

## D. L'ipertensione in gravidanza

Gentile Cuore e Salute,  
ho da qualche mese avuto una bambina e durante gli ultimi mesi di gravidanza il medico mi aveva segnalato una pressione alta (170/90) per cui mi ha consigliato di farmi seguire dagli ostetrici che avrebbero poi assistito il parto. Essi hanno parlato di preeclampsia e mi hanno fatto fare vari esami del sangue e dell'urina e un trattamento per controllare la pressione. In realtà io non sentivo alcun disturbo e tutto è andato bene fino al parto che non ha avuto bisogno di cesareo. Ho sentito dire che chi ha avuto questi problemi deve stare attenta a nuove gravidanze e misurarsi spesso la pressione. In questo momento la mia pressione è tornata normale e non mi è stata prescritta alcuna terapia, Vi sarei grata di una qualche delucidazione al riguardo.  
Con i più cordiali saluti.

Cinzia S., Vicenza

**R.** Cara Signora Cinzia,  
anche su questa malattia, come in tante altre, la medicina purtroppo non ha ancora fatto punto, ossia non ha tutte le spiegazioni del perché si sviluppa né delle conseguenze future. Su alcune cose tuttavia sono in grado di darle delle certezze e anche di tranquillizzarla. La preeclampsia, malattia rara (circa il 5% delle gravide), è facilitata dalla preesistenza di ipertensione, è un combinato di pressione più o meno



---

alta, sia nella massima che nella minima, accompagnata da perdita di albumina con le urine e da piccoli disturbi, come il gonfiore delle mani. Non è grave per sé ma perché se evolve in eclampsia, con le manifestazioni di tipo epilettico, diventa pericolosa per la madre e per il feto. Oggi la causa viene ricercata in certe sostanze che possono essere prodotte dalla placenta.

La preeclampsia non è una controindicazione a successive gravidanze, anche perché è quasi esclusiva della prima e molto meno delle altre. Come giustamente lei ha ricordato nella sua lettera, oggi si tende a tenere sotto controllo le donne che hanno avuto questo problema perché, mentre secondo alcuni ricercatori l'ipertensione preeclamptica non pregiudicherebbe il futuro di queste signore, secondo altri invece il semplice aumento di pressione in gravidanza sarebbe un segnale di un futuro maggiore rischio di infarto, di insufficienza cardiaca, di ictus, di risentimento renale e di diabete. Questa visione "pessimistica" ci è stata recentemente documentata da un grosso studio finlandese, nel quale però il rischio dell'ipertensione in gravidanza negli anni a venire era più nella significatività statistica dei dati che nell'entità degli stessi. Insomma ci par di capire che vi è un ampio spazio per la prevenzione attraverso un semplice controllo della pressione e degli altri fattori di rischio negli anni successivi, specie dopo la menopausa.

La sua situazione attuale di rientro dei valori pressori nella normalità è un buon segnale che le consigliamo di continuare a controllare in futuro.

Con viva cordialità.

Eligio Piccolo

## D. **Fibrillazione atriale e yoga**

Gent. Dott. Stazi,  
sono un paziente di 56 anni affetto da molto tempo da crisi di fibrillazione atriale. Fortunatamente i vari accertamenti che ho fatto (ecocardiogramma e prova da sforzo) hanno escluso, almeno a detta dei miei medici, alterazioni gravi del cuore. Nel corso degli anni ho poi capito che, almeno nel mio caso, l'agitazione gioca un ruolo determinante nella comparsa degli episodi di aritmia. Nonostante questa consapevolezza non riesco però a tenere a freno il mio stato emotivo. Lei ritiene che possa esserci effettivamente un nesso tra tensione e fibrillazione atriale e, in caso affermativo, che suggerimenti può darmi per migliorare la mia situazione.  
Cordiali saluti.

Marino P., Cuneo

**R.** **Caro Sig. Marino,**  
**credo che Lei abbia senz'altro colto nel segno. L'agitazione, la tensione, lo stress possono senz'altro scatenare episodi di fibrillazione atriale anche se non ne sono la causa vera e propria. L'aritmia per manifestarsi presuppone infatti la presenza di una**



---

condizione predisponente, il cosiddetto substrato e di una causa precipitante. La prima è costituita da un'alterazione, costantemente presente, dell'impianto elettrico degli atri, la seconda è invece rappresentata dalle extrasistoli, battiti anticipati che verificandosi in momenti particolari possono innescare quel cortocircuito elettrico che altro non è la fibrillazione atriale. Gli stress emotivi possono aumentare il numero delle extrasistoli e quindi, se non altro per ragioni statistiche, favorire la comparsa dell'aritmia. La risposta alla seconda parte della Sua domanda è senz'altro più difficile. Spesso gli stati di ansia sono figli di problematiche psicologiche profonde che solo il diretto interessato conosce e può, talvolta, risolvere. Premesso ciò è senz'altro consigliabile il ricorso ai farmaci ansiolitici che, come dice il nome, hanno appunto la capacità di mitigare i turbamenti del nostro animo. In associazione od in alternativa a questo aiuto farmacologico è poi auspicabile ritagliarsi spazi di rilassamento mentale. Le segnalo a tale proposito un lavoro recentemente pubblicato su una prestigiosa rivista americana che ha dimostrato come 3 mesi di un programma yoga fossero capaci di dimezzare gli episodi di fibrillazione atriale in pazienti con caratteristiche simili alle Sue e di migliorare significativamente i livelli di ansia e depressione.

Cordiali saluti.

Filippo Stazi



## Quaderno a Quadretti

di Franco Fontanini

### L'unicorno

Martin Lutero, personalità geniale e contraddittoria che dette inizio alla riforma protestante, poco dopo i cinquant'anni cominciò a soffrire di cefalea e di vertigini al punto che un giorno disse ad un poveraccio scabbioso: "Se potessi cedervi i miei mali prendendo la vostra rognna lo farei volentieri e in più vi darei dieci fiorini d'oro".

Si curava senza alcun risultato, con impacchi di latte di donna profumati di violetta sulla testa insieme a impiastri fatti con midollo di cervo e vermi con zafferano.

Smise di bere vino che riteneva causa dei suoi mali di testa, sostituendolo con birra scura di Wuttemberg ma neppure questo gli giovò.

Dopo una predica la vista gli si annebbiò e cominciò ad avere difficoltà a parlare, perse la forza al braccio e alla gamba destra.

Per l'aggravarsi delle conseguenze dell'ictus venne chiamato a consulto un grande specialista, il conte professor Alberto di Mansfield che gli portò la medicina più efficace dell'epoca, la polvere ottenuta con la raschiatura dell'unicorno! Che si sappia quello di Lutero è il primo tentativo di cura dell'ictus.

Morì dopo qualche ora mentre gli facevano un clistere caldo. Aveva 63 anni.



Da quasi tre secoli il corno dell'unicorno detto anche alicorno come verrà chiamato in seguito, era una medicina prodigiosa da cui si attendevano miracoli. L'uso era limitato dalla sua rarità e dal prezzo molto elevato, accessibile a pochi. Fin dal paleolitico l'unicorno era raffigurato come un cavallino bianco, indice di nobiltà, con un lungo corno a torciglione sulla fronte. Nessuno l'aveva mai visto.

Uomo altezzoso e distaccato il professor Mansfield non rivelò l'origine di quella medicina. Fra i rimedi d'origine animale era il più prestigioso e dava luogo a dissertazioni di ogni genere.

Tutti i medici più famosi tra i quali il Ficino, il Bresavola, il Mattioli e tanti altri avevano scritto innumerevoli lavori sull'argomento dicendo ognuno la sua. Era un antidoto per tutti i veleni noti, guariva moltissime malattie come l'epilessia, gran parte delle infezioni e delle febbri pestilenziali. Circolavano anche bicchieri di unicorno che mettevano al riparo dagli avvelenamenti.

Paolo III aveva fatto eseguire prove controllate del tutto inusuali a quel tempo. Papa Bonifacio III lo teneva sempre a disposizione nel suo tesoro e, diffidente com'era, lo prendeva prima di ogni pasto; un altro pontefice, Giulio III ne comperò in una sola volta da un mercante di Ragusa per dodicimila monete d'oro. Una scorta faceva parte del tesoro della chiesa di San Dionigi a Parigi, acquirenti all'ingrosso erano il Re di Polonia e il duca di Mantova.

Fonte di rilevanti guadagni, viaggiatori di tutti i paesi, scienziati, religiosi di ogni fede,



avventurieri, medici, lestofanti vagavano per il Medio Oriente con la speranza di catturare o almeno di poter vedere un unicorno.

Veniva considerato di grande astuzia e di grande saggezza, imprendibile e poteva essere ammansito solo da una vergine. Secondo un simbolismo vetero-cristiano rappresentava la Vergine fecondata dallo Spirito Santo, l'incarnazione del verbo. Fra i ricercatori figurano Enea Silvio Piccolomini non ancora Pio II e Cristoforo Colombo. Nel corso del XVII secolo molti cominciarono a paragonarlo ai draghi medioevali visti solamente nei libri.

Marco Polo che affermava di averne visto uno da vicino in Bosnia, realista e materialista, fu tra i primi a smitizzare l'unicorno e a sostenere che altri non era che un rinoceronte.

Paré, grandissimo chirurgo, fu il primo a dichiarare inutile la polvere del suo corno, ciò nonostante rimase usata in tutta l'Europa e la polvere venne più che mai ricercata, perché si diffuse la convinzione, anche questa mai dimostrata, che accrescesse la potenza virile dell'uomo di mezza età, effetto che rendeva ragione della favorevole accoglienza anche precedente. A chi è andata male è il rinoceronte che andò

a rischio di estinzione nonostante le molte leggi per proteggerlo. Per fortuna venne salvato dal Viagra.

### Uno, dieci, cento Voltaire

Su François Marie Arouet, in arte Voltaire, una delle più singolari personalità della cultura europea del '700, sono state scritte montagne di saggi ma una sua biografia obiettiva, tradizionale non c'è, perché tutti coloro che ci hanno provato hanno sempre desistito a causa dell'ininterrotto mutare della personalità, della scarsa affidabilità delle contrapposte testimonianze, anch'esse quanto mai mutevoli, della contrarietà delle prese di posizione, della inconciliabilità delle dichiarazioni e, soprattutto, della frequente scarsa veridicità di tanti avvenimenti, tutto suffragato da grande maestria narrativa, da intelligenza, da inventiva, nonché dalle affermazioni di volta in volta opportunistiche o di circostanza e contraddittorie dello stesso Voltaire.

È impossibile descrivere il pensiero di un personaggio che afferma: io e Dio ci cono-

sciamo benissimo, ma non ci parliamo. Voltaire fu grande sostenitore di gran parte degli antecedenti ideologici della rivoluzione francese che confidavano nella risoluzione di ogni problema politico, sociale e morale derivante dal progresso della civiltà umana, con i "lumi" della ragione, rifiutando ogni rivelazione o tradizione.

Spesso si lasciava prendere la mano dai paradossi, specialmente quando voleva contraddire clamorosamente le opinioni predominanti, oppure avvallare concezioni sediziose quali "è dal nord che ci viene la luce". Eccedevo spesso persino nella modestia, come afferma in una lettera diretta alla marchesa Deffenal, sua grande ammiratrice, alla quale confessò che "la vita è come un bambino che bisogna cullare finché non si addormenta: è tutto quello che so".

Ancor più spesso eccedevo in megalomania con affermazioni altezzose: a volte sosteneva che se Dio non esistesse bisognerebbe inventarlo, altrettanto spesso sosteneva che se esistesse bisognerebbe fucilarlo per liberarcene.

Dalla Bastiglia entrava e usciva con frequenza, per motivi i più diversi, causando ogni volta dispiaceri grossi al padre, un uomo all'antica, rigoroso, che l'avrebbe voluto prestigioso legale.

Per offese giovanili al Cavaliere di Rohan, che rifiutò il duello riparatore, e lo fece bastonare dai servitori, fece un lungo soggiorno alla Bastiglia, venne liberato a condizione di un esilio in Inghilterra, che Voltaire giudicò molto proficuo per l'internazionalità della sua cultura.

Come uomo di scienza fu un modesto di-



Tomba di Voltaire al Pantheon di Parigi

vulgatore, mentre fu un grande aforista molto copiato, forse più di Wilde.

La patria è dove si vive meglio, saper mentire e dissimulare è una grande dote del re, del cardinale Richelieu e delle cameriere. È suo anche il ripetutissimo “Si dice che il divorzio e il matrimonio hanno la stessa età, ma io sono convinto che il matrimonio abbia qualche settimana in più”, disse che i tedeschi sono i vecchi d’Europa, gli inglesi gli uomini, i francesi i bambini e “io amo giocare con i bambini”. Ha detto per primo, anche se è una massima che ha circolato come figlia di molti padri: “Non approvo ciò che dite, ma difenderò sempre il vostro diritto di dirlo”. Viene considerata la massima più diffusa e meno rispettata al mondo. Abilissimo nelle speculazioni economiche divenne molto ricco, ma non riuscì a realizzare la più viva delle sue aspirazioni, diventare nobile.

Fu considerato un giornalista senza eguali, un letterato vivace, un filosofo privo di ogni morale. La sua maggior passione furono le tragedie, ma fu giudicato un debole imitatore di Racine e Corneille; redasse saggi storici di rilievo, pur definendo la storia niente altro che un quadro di delitti e di sciagure. Non credeva nella storia: a suo parere tutte le storie antiche non sono altro che favole concordate.

Si schierò spesso dalla parte del popolo, preferendo però continuare a frequentare i palazzi dei nobili e i salotti famosi. Sosteneva che “la legge è uguale per tutti gli straccioni”, nonostante le dichiarazioni populiste era convinto che “quando il popolo comincia a ragionare tutto è perduto”.

Come non si conosceva con certezza il suo vero pensiero, altrettanto poco noto era il suo aspetto fisico, i molti quadri o sculture che lui stesso aveva commissionato, presenti nelle gallerie e nei musei, inducono che si ritenesse di bell’aspetto ma ci fu chi disse che sarebbe bastato un leggero cambiamento dell’angolo facciale, perché assumesse un aspetto sgradevole. “Se Dio ci ha veramente fatto a sua somiglianza, gli abbiamo restituito pan per focaccia” amava dire.

Molto prima di Churchill, profetizzò che il giorno della sua morte sarebbe stato duro e imbarazzante per il Padre Eterno. Quando morì, a Parigi, per settimane si disse che era stato un grande patriota, un filantropo, un amico fedele, aggiungendo sempre che sia morto veramente. Ebbe sepoltura fuori città essendogli stato negato il funerale religioso. La Costituente trasferì le sue ossa al Pantheon dove vengono tuttora custodite e venerate da molti. Non mancano sue affermazioni assurde fino al risibile, come quella a proposito del diluvio universale. I pesci fossili, portati a prova del diluvio da molti credenti, a suo dire, erano gli avanzi delle cene degli antichi romani e le conchiglie ritrovate sulle crode alpine erano bottoni caduti dal mantello dei pellegrini reduci dalla Terra Santa.

Il contraddittore che preferiva nei dibattiti era Rousseau, suo amico a fasi alterne. Vale la pena leggere cosa pensava di lui Giacomo Casanova, più acuto di tanti intellettuali del 700-800, che molte volte andò suo ospite nello splendido castello di campagna dove viveva come “patriarca di Fer-

ney". Nelle sue memorie scrisse che le lunghe conversazioni con lui erano molto interessanti e piacevoli, ricchissime di spunti, sempre spiritose ed erudite ma che terminavano immancabilmente con giudizi e conclusioni sbagliate.

### **Il brav'uomo Casanova**

Chissà perché tutti sono tanto severi nel giudicare Giacomo Casanova, anche Giorgio Bocca che in altre occasioni era stato di manica larga ammettendo che un certo reddito è indispensabile per essere irreprensibili, lo definì un avventuriero vissuto di espedienti, meritevole solo della galera, baro, ricattatore, sfruttatore di donne, delatore per soldi, facendo passare per vere vecchie calunnie risultate esagerate e senza fondamento. Le menzogne sulla sua condotta non si contano a cominciare da quella più diffusa che lo definiva un gladiatore del sesso, mentre si sa che le sue amanti sono state circa duecento, meno di quelle di qualunque bagnino romagnolo.

È sbagliatissimo anche paragonarlo a Cagliostro, salvo essere entrambi massoni e nobili per autopromozione, è difficile immaginare personaggi più differenti per aspetto, comportamento e cultura. Cagliostro era un plebeo, truffatore professionista, Casanova era un gentiluomo, sempre elegantissimo e di ottima cultura.

Aveva iniziato a studiare con l'abate Gozzi al quale l'aveva affidato la nonna, indossò la tonaca per tre anni e abbracciò la carriera ecclesiastica, ma presto non si sentì adatto e abbandonò. In gioventù aveva tradotto in versi l'Iliade e sapeva a memoria tut-



to Orazio e gran parte dell'Ariosto.

Altra frottola è quella dei suoi amori precoci: la prima donna che entrò nel suo letto di adolescente fu la sorella dell'abate Gozzi, ma andò in bianco per l'emozione e l'inesperienza.

Dovettero passare vari anni prima dell'esordio con due contessine veneziane, sorelle, sue coetanee, anch'esse alla prima esperienza.

Fu sempre un corteggiatore molto galante, tenne lontane le donne in stato di ebbrezza, non accettò mai soldi dalle donne, unica eccezione la marchesa di Urfè, una pazzoide di vent'anni più vecchia di lui, maniaca delle scienze occulte e dell'attività sessuale con la quale pensava di conservarsi giovane.

Tutte le sue amanti restarono sue amiche. Non fu mai coinvolto in affari, né fu mai sospettato di disonestà.

Probabilmente Casanova provocava grande invidia: bellissimo, aitante, elegante, raffinatissimo di portamento e di modi, conversatore brillante, capace di tener testa a Voltaire, amato da tutte le signore, accolto con onore nei più prestigiosi salotti e invitato alle mense regali.

Era, per sua ammissione, un artista dell'amplesso, sempre innamorato delle sue amanti, fedele finché l'amore durava.

Nonostante i due metri di altezza e il torace muscoloso si muoveva con eleganza, sem-

pre gentile, bravissimo nel ballare il minuetto, la danza del secolo, che aveva appreso dal maestro di danza della Comedie Française, per la comune amicizia con la primadonna.

C'è solo un periodo poco limpido, quando accettò di collaborare con l'Inquisizione, che probabilmente voleva informazioni date le sue moltissime conoscenze e frequentazioni internazionali. Il rapporto non solo si interruppe ma l'Inquisizione lo denunciò anche con l'accusa di libertinaggio e lo fece condannare a quindici mesi di carcere ai Piombi.

Tornò ai Piombi una seconda volta a causa di un libello che metteva in dubbio l'autenticità del titolo nobiliare del potente conte Carlo Grimani e che gli costò anche l'allontanamento definitivo da Venezia.

Le donne perdevano la testa per lui, era detestato solo dalle rare femministe.

Fu sempre abilissimo nello schivare il matrimonio che considerava un'abdicazione alla libertà. Corse il rischio tre volte, la prima con una sgarzella parigina che fuggì con un coiffeur lasciandolo senza un soldo, la seconda con una tranquilla sartina quando dovette fuggire da Venezia per la guerra del conte Grimani, la terza a Napoli



Il Castello di Dux, dove Casanova trascorse gli ultimi anni.

dove corse addirittura il rischio di un matrimonio incestuoso. Ritornando nella città del Vesuvio dopo una lunga lontananza si invaghì di un'affascinante fanciulla di vent'anni più giovane di lui, figlia della duchessa di Bovino sua lontana amante. Al momento di fissare la data delle nozze, restò impietrito per il sospetto che la promessa sposa fosse sua figlia, sospetto che in breve divenne certezza.

Lontano da Venezia, stanco di viaggi, conobbe il conte di Waldstein che gli offrì il posto di bibliotecario nel suo castello di Dux, in Boemia.

Vi restò ventiquattro anni, fino alla morte e furono gli anni più tristi della sua vita, il suo carattere cambiò, l'uomo più brillante e corteggiato d'Europa divenne un vecchio nevrotico, insofferente di tutto.

Restarono immutate solo l'intelligenza e la prodigiosa memoria, finché le mani deformate dall'artrosi gottosa furono in grado di tenere la penna, scrisse in francese "La storia della mia vita", considerata il capolavoro del genere autobiografico che lo rese celebre in tutto il mondo. Edmond Wilson definì il suo stile "divino", Saint-Beuve e Alfred De Musset "la migliore prosa francese di tutti i tempi".

L'opera non è solamente ammirevole dal punto di vista letterario, ma è anche il quadro storicamente più attendibile della società europea del Settecento, perché Casanova, l'uomo la cui vita fu condizionata dall'ineguagliabile successo che aveva con le donne, amato in tutte le corti dalle più celebri e più affascinanti d'Europa, al di là delle apparenze era un brav'uomo leale.

# Aggiornamenti cardiologici

di Filippo Stazi



**LESSER-EARTH, niente CRT quando il QRS è stretto:** la terapia di resincronizzazione cardiaca ha ampiamente mostrato i suoi benefici in termini di mortalità e morbilità nei pazienti con scompenso cardiaco e QRS allargato. Partendo da tale presupposto il trial si è prefissato di valutare se la resincronizzazione ha effetti benefici anche in pazienti analoghi ma con QRS <120 millisecondi. A tal fine i pazienti sono stati sottoposti ad impianto di un dispositivo biventriolare e randomizzati a stimolazione attiva o inattiva. Lo studio è stato prematuramente interrotto dopo l'arruolamento di soli 85 soggetti per mancato beneficio della stimolazione biventriolare. Nello specifico non si sono osservate differenze significative di tolleranza all'esercizio, volume telesistolico e frazione d'eiezione del ventricolo sinistro. Inoltre la stimolazione biventriolare era associata ad una significativa riduzione della distanza percorsa al test di cammino dei sei minuti, ad un aumento della durata del QRS e, infine, ad un incremento, sia pure non significativo, dei ricoveri per scompenso. Sulla base di questi dati, meritevoli di ulteriore conferma, in assenza di un allungamento del QRS non sembra esservi indicazione alla terapia di resincronizzazione. (*Circulation* 2013; 127: 873-881)

**Viva la dieta mediterranea:** la tradizionale dieta mediterranea ha mostrato un'associazione inversa con il rischio cardiovascolare in alcuni studi osservazionali e di prevenzione secondaria. Per verificare questo dato in prevenzione primaria 7.447 persone ad elevato rischio cardiovascolare (età > 55 anni, diabete tipo 2 o tre fattori di rischio) sono stati randomizzati a due diversi regimi di dieta mediterranea o a dieta standard. L'end point primario dello studio era la combinazione di infarto miocardico, stroke o morte per cause cardiovascolari. Lo studio è stato interrotto precocemente dopo quasi 5 anni perché in entrambi i gruppi della dieta mediterranea l'incidenza dell'end point dello studio era significativamente ridotta rispetto al gruppo di controllo. Lo studio quindi conferma, anche in prevenzione primaria, la capacità della dieta mediterranea di ridurre l'incidenza di eventi cardiovascolari maggiori. (*New Engl J Med online first* 25 febbraio 2013)

**Colchicina a basse dosi nella prevenzione secondaria della cardiopatia ischemica:** la colchicina a basse dosi ha un'azione antiinfiammatoria mediata dall'inibizione dei leucociti neutrofili. Nelle placche responsabili delle sindromi coronariche acute è nota la presenza di neutrofili attivati. Prendendo spunto da tali premesse l'obiettivo dello studio è stato valutare se una terapia a lungo termine con la colchicina in pazienti con cardiopatia ischemica stabile potesse ridurre il rischio di instabilizzazione delle placche aterosclerotiche e così migliorare la prognosi di tali soggetti. 532 pazienti sono stati perciò randomizzati a ricevere o meno 0,5 mg di colchicina al giorno. Dopo circa 3 anni di osservazione l'end point primario (una combinazione di sindrome coronarica acuta, arresto cardiaco extraospedaliero e stroke ischemico non cardioembolico) si è verificato nel 5,3% dei soggetti randomizzati a colchicina e nel 16% dei pazienti del gruppo placebo ( $p < 0.001$ ). I dati sono senz'altro interessanti anche se altre conferme sono necessarie prima di introdurre la colchicina tra i farmaci da utilizzare in prevenzione secondaria. (*J Am Coll Cardiol* 2013; 61: 404-410)

**I 5 anni del SYNTAX TRIAL:** il Syntax trial, che ha confrontato la rivascolarizzazione chirurgica e quella percutanea in pazienti con malattia coronarica trivasale o del tronco comune, ha presentato i dati relativi al prolungamento del follow up a 5 anni. Caratteristica del trial era che i pazienti venivano valutati congiuntamente da un cardiocirurgo e da un emodinamista e solo coloro che risultavano trattabili con entrambe le tipologie di rivascolarizzazione entravano nella randomizzazione. Le procedure percutanee si avvalevano degli stent medicati di prima generazione a rilascio di paclitaxel. L'end point dello studio era la combinazione degli eventi avversi maggiori cardiaci e cardiovascolari (MACCE). Al termine dei 5 anni i MACCE si sono verificati nel 26,9% degli 877 pazienti randomizzati a chirurgia e nel 37,3% dei soggetti trattati per via percutanea ( $p < 0,001$ ). Sia l'incidenza d'infarto (3,8% vs 9,7%,  $p < 0,0001$ ) che di nuova rivascolarizzazione (13,7% vs 25,9%,  $p < 0,0001$ ) erano significativamente minori dopo by-pass. Non si sono invece osservate differenze significative in termini di mortalità totale e stroke. Nei pazienti con lesioni coronariche meno complesse (bassi valori di syntax score) i MACCE sono risultati sovrapponibili nei due gruppi (28,6% vs 32,1%,  $p = 0,43$ ) mentre in quelli con punteggio intermedio o elevato l'intervento chirurgico riduceva significativamente la comparsa dell'end point (26,8% vs 44%,  $p < 0,0001$ ). La conclusione degli autori è che la rivascolarizzazione chirurgica rimane il trattamento di prima scelta per i pazienti con malattia trivasale o del tronco comune che presentano lesioni complesse. La rivascolarizzazione percutanea può comunque essere una valida alternativa alla terapia chirurgica in pazienti con lesioni semplici. (*The Lancet* 2013; 381: 629-638)

# Quel giorno la Morte trovò la porta aperta

di Ezio Vizzeri



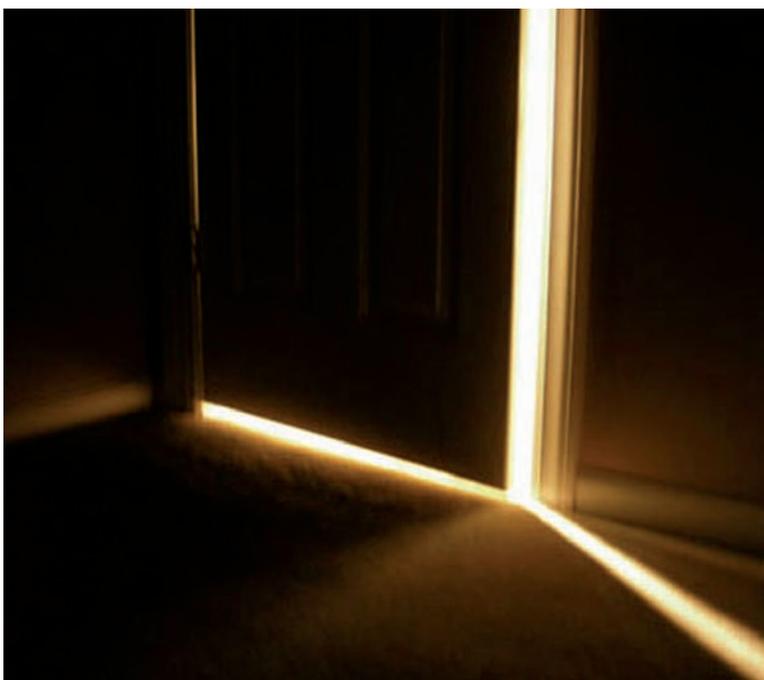
Laureatomi nel 1959, dopo due anni trascorsi in provincia come medico condotto in un paese di duemila anime, sospendendo la mia specialità appena iniziata in cardiologia, mi riaffacciavo nel 1963 al mondo universitario di Torino.

Con i miei risparmi e con aiuti famigliari riuscii ad acquistare un piccolo studio in una zona un tempo periferica ma ormai in via di espansione ed incremento demografico ed iniziare la mia attività mutualistica.

All'epoca anche se impegnati in qualche specialità universitaria oppure assistenti ospedalieri tutti i giovani medici e non solo quelli giovani occupavano parte della loro giornata lavorativa in questa attività mutualistica generica. Per molti era l'unica possibilità di guadagno. Molti ricorderanno ancora il motto che appariva come il manifesto di un'epoca e di certa professione, quello delle tre Emme: Mutua, Macchina, Moglie.

La mia giornata comprendeva una mattinata trascorsa alle Molinette in Cardiologia dove ero inquadrato in un gruppo di quattro medici, di cui uno con funzione di capo, che avevano la gestione di sei letti (tre uomini e tre donne) e quella dell'allora nascente emodinamica, che al momento eseguiva solo cateterismi venosi.

Il pomeriggio era dedicato al mio studio mutualistico che nei primi due



anni di quell'attività era logicamente assai poco frequentato. In serate stabilite ci si trovava per programmare qualche comunicazione o qualche ricerca pubblicabile.

Trovavo anche il tempo, la domenica, per coltivare la mia passione per il calcio, che alimentavo con la creazione, quasi da solo, di una squadra iscritta al più infimo campionato della città.

È alla fine dell'ambulatorio, quando ormai ho vicino a me l'ultima visita, che ricevo una telefonata di un paziente che con voce sofferente ma chiara mi dice di essere stato colto da un dolore al petto che non cessa né diminuisce e mi lascia l'indirizzo di casa, annunciandomi anche che è solo e che perciò, sdraiandosi nel letto, mi lascerà la porta di casa aperta e socchiusa. Non ho neanche il tempo di rendermi conto della situazione e di invitarlo a chiamare un'ambulanza. È la prima volta che sento il suo nome e l'indirizzo non mi dice nulla.

Licenziata la mia ultima paziente, chiudo lo studio (sono solo, senza assistente) e mi avvio verso l'auto. La strada (via Gorizia, la conosco) non è lontana da quella del mio studio (via Barletta). Il posto per parcheggiare non c'è, lascio l'auto in doppia fila (mi ha detto piano rialzato per cui anche se qualcuno si lamenterà, sentirò i richiami acustici della protesta).

Salgo al volo i pochi scalini e sono davanti all'ingresso. La porta è socchiusa, entro mentre ad alta voce pronuncio: permesso. Non sento risposta neppure al rumore causato dalla chiusura della porta.

L'alloggio è piccolo, appena sufficiente per due persone ed immerso in una penombra, rotta da una lama di luce fioca come può essere quella di un abat-jour su un comodino da notte, filtrante attraverso una porta semiaperta quasi di fronte a me. Mi avvicino guidato dalla luce, continuando a lanciare il mio "permesso" e mi affaccio alla camera. È una camera che il letto occupa quasi interamente. Il mio paziente, 60-65 anni, completamente vestito con pantofole e giacca da camera, è seduto sul letto con le gambe accavallate, una coscia appoggiata e sostenuta dall'altra, le braccia inerti lungo il corpo, gli occhi aperti senza espressione in un viso senza vita ma incredibilmente alto, in un equilibrio quasi impossibile, sostenuto come il tronco da un cumulo di cuscini bene assestati dietro la schiena.

Mi appare come un manichino o come una scultura con allegata targhetta "uomo seduto con gambe incrociate" che a volte si vede decorare la panchina di un giardino pubblico. Superata la prima emozione cerco i segni di vitalità: assenti.

Non tento una rianimazione impossibile: troppo tempo è trascorso dalla telefonata. Tasto la sua pelle per valutare la temperatura, osservo quella posizione frutto di un equilibrio assurdo e irrazionale in questa realtà.

Sono sempre solo. Chiamo la Polizia. Stendo il referto mentre l'aspetto.

Sono in auto. Penso a quell'uomo in atteggiamento di attesa alla fine di una giornata: quasi una metafora della vita. Per chi rimane aperta quella porta?

# E le stelle stanno a guardare

di Luciano Sterpellone



Diversamente da molti scrittori “non professionisti”, nemmeno dopo i primi clamorosi successi il dottor Archibald Joseph Cronin ha mai inteso proporre uno stile letterario proprio e fantasioso, preferendo riferirsi ad esperienze personali e dirette, dalle quali prendere spunto per affrontare problemi di più ampio respiro. Egli vive il proprio romanzo già prima di scriverlo; e milioni di lettori lo sentono subito un “amico” che parla il loro stesso linguaggio, che solleva e discute tematiche umane e sociali e ne prospetta le possibili soluzioni.

Nato a Cardross (Scozia) il 18 luglio 1896 da una famiglia disagiata, il giovane si iscrive alla facoltà di Medicina di Glasgow,

ove si distingue anche come atleta e calciatore.

Ma dopo appena due anni, con la I guerra mondiale, viene inviato come “Surgeon Sub-Lieutenant” sul cacciatorpediniere *Melampus* nelle acque dei mari del Nord. Sarà lui l'eroe medico del romanzo *La via di Shannon*.

Terminato il conflitto, impegna anche l'orologio e la catena d'oro ereditati dal padre per riprendere gli





studi, conseguendo il dottorato nel '25 con la tesi *sulla storia degli aneurismi*. Tra i banchi universitari ha conosciuto una bella ragazza dagli occhi neri e dai capelli fulvi Agnes Mary Gibson anche lei prossima a diventare medico, intenzionata a trasferirsi in Uganda come missionaria: la convincerà sposandola (31 agosto 1921) a desistere dall'idea. Agnes si rivelerà un'ottima moglie (tre figli) e preziosa collaboratrice.

Sinora il neo-dottore non ha mai mostrato grande passione per la letteratura e punta tutto sulla professione; si imbarca come ufficiale medico a bordo della *Rawalpindar* diretta in India: ma d'improvviso si verificano a bordo alcuni casi di vaiolo. Per non allarmare i passeggeri, che pensano solo a divertirsi, il giovane medico riesce per tutto il viaggio a tenere nascosta la vicenda, pur prendendo ogni precauzione per evitare il contagio: racconterà tutto ciò con grande semplicità e spiccato senso della cronaca, senza mettersi in luce o crearsi meriti che sa di non avere: una "fedeltà" alla realtà dei fatti, un misto di realismo e umanità, che non mancheranno di conquistare i lettori.

Dopo le esperienze sui mari, il dottor Cronin ottiene un posto di medico sulla terraferma: a Tredegar, una cittadina mineraria del Galles del Sud. Il suo arrivo tra le nebbie dense di fuliggine, la terra impregnata di carbone e l'urlo delle sirene, coincide con un drammatico intervento d'urgenza, l'amputazione di una gamba a un minatore sepolto da una frana in una galleria. La dura esperienza in miniera matura nel giovane medico una nuova "co-

scienza sociale" verso i problemi che gravano sui lavoratori, a quel tempo lasciati in condizioni di vita, di lavoro e di assistenza decisamente pietose. I due rapporti inviati alle Autorità sui danni irreparabili delle polveri di carbone ai polmoni (*pneumoconiosi*), e sulla quasi totale carenza di pronto-soccorso nelle miniere sono così crudi e sconvolgenti da scuotere finalmente le torpide coscienze delle Autorità preposte alla salute pubblica: per prima cosa lo nominano Ispettore delle miniere in Gran Bretagna. E su queste esperienze Cronin baserà tra qualche anno i suoi romanzi più famosi: *E le stelle stanno a guardare* (1935) e *La Cittadella* (1937), nei quali denuncia senza mezzi termini la realtà sociale, le carenze assistenziali, le ingiustizie, la scarsa efficienza della Medicina del tempo.

Tra il 1926 e il '30, il dottor Cronin si trasferisce a Londra per dedicarsi interamente alla professione privata. Ma la delusione sarà grande: a parte il clima e lo smog, la casa è piccola e fredda e al suo studio in Westbourne Grove arrivano "pochi pazienti con pochi quattrini"... Tutto prelude a un futuro non proprio brillante..., finché d'improvviso (siamo nel 1930) sopravviene un



fatto nuovo: lo scrittore viene colto da forti dolori allo stomaco: ulcera peptica. Non gli resta che seguire le sole “cure” dell’epoca: antiacidi, dieta e riposo. Privilegia quest’ultimo e si rifugia nel tranquillo paesino di Inveraray, sulle Highlands scozzesi.

Quale migliore occasione per cominciare a scrivere qualcosa sulle proprie esperienze professionali? Detto fatto: il medico si trasforma rapidamente in scrittore *full time*. Decide di scrivere un romanzo e inizia a lavorare giorno e notte con un ritmo così frenetico e ossessivo da sconcertare anche i familiari. In tre mesi chiude l’ultima frase e rilegge quel che ha scritto: preso dallo sconforto, getta il tutto nella spazzatura. Poi ci ripensa, dà una “lavata” ai fogli, li asciuga nel forno della cucina, li rilegge, taglia, cancella, aggiunge... Pensa anche al titolo: *Hatter’s Castle* (Il Castello del cappellaio). Ora è finalmente soddisfatto: mette il tutto in una scatola, la lega con una cordicella e l’invia all’indirizzo di uno sconosciuto editore (Gollancz) di cui ha letto il nome sul calendario. E attende (senza tanta fiducia) una risposta.

La risposta non tarda ad arrivare, accompagnata da un graditissimo assegno di 50 sterline. Bel colpo: il libro verrà ristampato più volte, tradotto in ventuno lingue, ridotto a dramma da Edward Knobiok e a film

dalla Paramount. È una pioggia di sterline; e con essa una bella casa confortevole, con tanto di camerieri, bambinaie e un’auto fiammante davanti al portone...

Ma è la fine della professione: “Decisamente appesi lo stetoscopio e misi via la borsa: avevo finito di fare il medico”. Non dimentica però l’impegno sociale concepito e maturato negli anni delle miniere a contatto quotidiano con il dramma esistenziale dei minatori: la creazione del Tredegar Cottage Hospital nel Galles - per sua iniziativa costituirà il punto di partenza dell’istituzione (prima in Europa) del Servizio Sanitario Nazionale in Gran Bretagna.

Il successo, si sa, stimola la fantasia. Sarà da allora un flusso continuo di nuovi titoli tuttora familiari: *Gran Canaria*, *Caleidoscopio*, *Anni verdi*, *Angeli della notte...*, nei quali Cronin racconta le proprie esperienze di medico mai perdendo di vista il lato umano e sociale della Medicina.

Un successo che, si è detto, lo ha indotto a lasciare la professione, non senza rammarico però per chi come lui aveva sognato che il proprio nome divenisse grande “non perché compariva a grandi caratteri sulla targa dello studio”. Nel 1939 l’ormai celebre medico-scrittore si trasferisce negli Stati Uniti, dove solo nel 1958 venderà ben sette milioni di copie. Tornato in Europa, si stabilisce definitivamente a Montreaux, sul Lago di Ginevra: vi trascorrerà gli ultimi venticinque anni di vita, continuando a scrivere sino agli ottanta. Colpito da una broncopolmonite chiuderà gli occhi il 6 gennaio 1981. Nel cielo del Lago ...le stelle stanno mute a guardare.

# Big Bang

di Bruno Domenichelli

*Un lampo immenso squarciò il nulla e l'energia si dilatò a dismisura invadendo uno spazio inesistente.*

*La voragine dell'assoluto indistinto si spalancò, inghiottendo l'eco dell'immane esplosione.*

*E il Tempo dilagò.*

*Poi, insensibilmente, nel lento sprofondare dei millenni il fragore si placò sull'onda di un silenzio sterminato.*

*E l'energia si addensò in semi fosforescenti di materia, finalmente danzanti insieme, nei vortici caoticamente ordinati di nebulose ai confini dello spazio.*

*E come i grilli nascosti nel cavo della notte, che ad uno ad uno accordano i violini prima del canto, a poco a poco risuonarono ovunque cellule musicali elementari, scintille consonanti disseminate nel cielo.*

*Fu allora che l'universo cominciò il suo canto, assiderato dialogo di stelle incastonate nel profondo nero, dinamicamente immobili nel perfetto, ellittico equilibrio di una rete invisibile, intessuta di vicendevoli attrazioni.*

*E dalle stelle emersero primordiali sinfonie. E lo Spazio dialogò col Tempo. E il cuore diffuso della materia pulsò all'unisono con un diapason che dettava i ritmi di arcane consonanze.*

*Immerso in questo cielo stellato risonante di lontanissimi echi ho riudito, stanotte il primo, inaccessibile, ansante respiro dell'universo.*



*Un lampo immenso squarciò il nulla ... e l'energia si addensò in semi fosforescenti di materia*



*... come i grilli, nel cavo della notte ... che uno ad uno accordano i violini prima del canto*



*E lo Spazio dialogò col Tempo... all'unisono con un diapason che dettava i ritmi di arcane consonanze.*

# aforismi

Non c'è niente di così umiliante come vedere gli sciocchi riuscire nelle imprese in cui noi siamo falliti.

> **G. Flaubert**

Non importa quanto costa qualcosa, ma quanto è grande lo sconto.

> **Anonimo**

La cosa che più piace in una donna è che non è l'unica.

> **G. Moruzzi**

Quando l'uomo non ha più freddo, fame e paura è contento.

> **E. Flaiano**

Istintivamente si diffida dei meriti altrui. Si sospetta che una buona parte sia da attribuire alla loro vanità.

> **M. Missale**

Gli amici stanno al vostro fianco fino all'ultima lira, vostra, s'intende.

> **G. Veneziani**

Il più grave difetto dei libri moderni è di impedirci di leggere quelli antichi.

> **J. Joubert**

La chiarezza è la prova dell'onestà del politico.

> **F. Fontanini**

La prima metà della vita ci viene rovinata dai genitori, la seconda dai figli.

> **C. Darrow**

Una rendita sufficiente è indispensabile alla pratica delle virtù.

> **G. B. Shaw**

Il successo di un piatto, spesso più che dal sapore dipende da come viene presentato e da chi lo serve, lo stesso accade per le idee politiche.

> **L. Longanesi**

La generosità è un mezzo efficace per combattere la meschinità, soprattutto la nostra.

> **M. Missale**

Molte parole, come certe donne, migliorano o peggiorano secondo chi le usa.

> **F. Fontanini**

Il modo migliore per conoscere il carattere di un gatto è sollevarlo per la coda.

> **Detto popolare.**

Un libro piccolo è meno apprezzato di un libro grosso anche da chi non legge nessuno dei due.

> **F. Fontanini**

Rispettate i giovani, avranno molto da soffrire

> **M. Maccari**

Non si sa chi ha ragione, ma bisogna sapere a chi darla

> **Block**

Si giudicano i fatti, ma sono le intenzioni che contano.

> **G. Mosca**

Facciamo finta di divertirci per consolarci l'un con l'altro

> **E. Flaiano**

Uno stupido colto è più stupido di uno sciocco ignorante.

> **F. Molière**

# Sostenete e diffondete Cuore e Salute

**Cuore e Salute** viene inviata gratuitamente agli iscritti al **Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus**.

- ☺ La quota minima annuale di iscrizione alla Fondazione in qualità di Aderente è di € 20.00.
- ☺ Con un contributo di € 30.00 gli *Aderenti* alla Fondazione, possono richiedere il volume degli Atti del Congresso *Conoscere e Curare il Cuore* o gli Atti online.
- ☺ Coloro che desiderano offrire **Cuore e Salute** ai loro amici, debbono fornire l'indirizzo del destinatario unitamente al versamento della quota d'iscrizione. Sarà cura della segreteria informare dell'avvenuto omaggio (\*).



## MODULO PER ISCRIVERSI ALLA FONDAZIONE O PER ISCRIVERE UN AMICO

DESIDERO:  ISCRIVERMI  RINNOVARE L'ISCRIZIONE  ISCRIVERE UN AMICO AL

CENTRO PER LA LOTTA CONTRO L'INFARTO - FONDAZIONE ONLUS

COGNOME ..... NOME .....

CODICE FISCALE .....

VIA ..... CAP ..... CITTÀ .....

PROV. .... NATO A ..... IL .....

E-MAIL ..... CELL .....

(\* nominativo di chi offre *Cuore e Salute* .....

IL VERSAMENTO DELLA QUOTA DEVE ESSERE INTESTATO AL "CENTRO PER LA LOTTA CONTRO L'INFARTO - FONDAZIONE ONLUS" E PUÒ ESSERE INVIATO TRAMITE:

VERSAMENTO SU C/C POSTALE N°64284003

BONIFICO BANCARIO IBAN IT 56 Y 01005 03213 000000012506

c/o BANCA NAZIONALE DEL LAVORO - AG.13 - V.LE BRUNO BUOZZI 54, ROMA

ASSEGNO NON TRASFERIBILE

CARTA DI CREDITO CIRCUITO VISA (COMUNICANDO NUMERO E SCADENZA).

## AI NOSTRI LETTORI

Il *Centro per la Lotta contro l'Infarto* è una *Fondazione Onlus*, pertanto ogni erogazione liberale costituisce onere detraibile fiscalmente da parte di chi effettua il versamento ai sensi dell'Art. 15 DPR 917/1986.

Tutela della Privacy: I suoi dati personali sono presenti nel database del *Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus*. Sono stati raccolti, gestiti manualmente ed elettronicamente con la massima riservatezza ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 per informarla sulle attività della Fondazione, istituzionali e connesse, anche attraverso altri qualificati soggetti. In ogni momento lei potrà chiederne la modifica e l'eventuale cancellazione scrivendo al nostro responsabile dati: *Centro per la Lotta contro l'Infarto Fondazione Onlus - Viale Bruno Buozzi, 60 - 00197 Roma*.

# 5X1 ❤️ ❤️ ❤️

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

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

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

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

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

Sostegno del volontariato, delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale, delle associazioni e fondazioni

Finanziamento della ricerca scientifica e della università

FIRMA:  FIRMA: \_\_\_\_\_

Codice fiscale del beneficiario (eventuale): **977020090581** Codice fiscale del beneficiario (eventuale): \_\_\_\_\_

Finanziamento della ricerca sanitaria

Atività sociali svolte dal comune di residenza del contribuente

FIRMA: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

Codice fiscale del beneficiario (eventuale): \_\_\_\_\_

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

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

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

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

**5X1** 

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

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

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