

CUORE & Salute



Forse Jim Fixx aveva ragione?

N. 3-4 MARZO-APRILE 2014

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/PM/07/2013

Una pubblicazione del:



Centro per la Lotta contro
l'Infarto

ANNO XXXII

ANNO

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 **PRIMARE** in UNO degli spazi sottostanti)

Scegliere dal volontariato, dalle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, dalle associazioni di promozione sociale, dalle associazioni e fondazioni

Finanziamento dell'attività scientifica e della università

FIRMA: 

FIRMA: _____

Codice fiscale del beneficiario (volontario): **977020090581**

Codice fiscale del beneficiario (volontario): _____

Finanziamento dell'attività sanitaria

FIRMA: _____

FIRMA: _____

Codice fiscale del beneficiario (volontario): _____

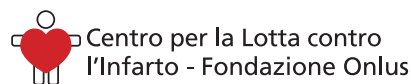
Codice fiscale del beneficiario (volontario): _____

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 destinate 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.**



Capire per prevenire

www.centrolottainfarto.it

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.



La scienza: il nostro cuore pulsante.

La ricerca scientifica è al centro di tutto il nostro lavoro.

Il nostro network d'eccellenza ogni giorno sfida alcune delle malattie più rare e gravi del pianeta, creando farmaci innovativi che migliorano la qualità della vita dei pazienti.



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 & 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 ringraziano la BAYER HEALTHCARE e la ST. JUDE MEDICAL per il sostegno dato alla nostra Fondazione.

n. 3-4 sommario 2014

www.centrolottainfarto.it
cuoreesalute@centrolottainfarto.it

Direttore Responsabile
Franco Fontanini

Direttore Scientifico
Filippo Stazi

Vice Direttori
Eligio Piccolo
Francesco Prati

Coordinamento Editoriale
Marina Andreani

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

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 XXXII
n. 3-4 Marzo-Aprile 2014
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

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



Dal Congresso Conoscere e Curare il Cuore 2014

Jogging, statine e mortalità cardiovascolare.

Forse Jim Fixx aveva ragione?

68

Intervista di Filippo Stazi a Pier Luigi Temporelli

• La graffetta che salva il cuore, anche di Liz Taylor [E.P.]

74

Le medicine dell'infartuato

Filippo Stazi

75

• La vita dopo il trapianto. D'Ambrosio raggiunge gli 83 [E.P.]

79

Personaggi da non dimenticare

Perché non rileggiamo Pitigrilli?

Franco Fontanini

80

Quadri & Salute

86

Filippo Stazi

Stili di vita

Guarir dal ridere

Bruno Domenichelli

88

• La frutta previene l'aneurisma [E.P.]

92

Nuove linee guida per la terapia ipocolesterolemizzante

93

Vito Cagli

Qualche secondo di buon umore

96

La palla di Tiche

Thor Heyerdahl, l'uomo del Kon-Tiki

Paola Giovetti

97

Musica e poesia si cercano in Chopin e Leopardi

101

Eligio Piccolo

• L'autopsia virtuale [E.P.]

104

• Quanto è onesta la ricerca? [F. S.]

105

Lettere a Cuore e Salute

106

- Ancora sulle variazioni della pressione, Vito Cagli

- Extrasistoli e fibrillazione atriale 1, Eligio Piccolo

- Extrasistoli sopraventricolari e fibrillazione atriale 2, Vito Cagli



p. 75



p. 82



p. 97

Quaderno a Quadretti Franco Fontanini

111

*La donna sceglie a naso l'uomo giusto
Spermatozoi come l'oro*

Stop alla morte improvvisa

Chi semina raccoglie Filippo Stazi

115

- *Le buone notizie*
- *Le notizie che non vogliamo più leggere*

Lampedusa vuol dire...

Cosa resterà di questa tragedia quando la commozione sarà passata? Fabrizio Molina

117

**Proprietà antineoplastiche dell'aspirina:
la storia prosegue...** Alberto Dolara

119

• *Cadono rovinosamente i "Cowboys" della Marlboro [E.P.]*

121

News

Aggiornamenti cardiologici Filippo Stazi

122

Pillole di saggia follia

"Aun Aprendo": il canto dell'ottimismo Bruno Domenichelli

124

Aforismi

126

Pregghiera di Sir Robert Hutchinson

“ Dalla smania di voler far troppo;
dall'eccessivo entusiasmo per le novità
e dal disprezzo per ciò che è vecchio;
dall'anteporre le nozioni alla saggezza,
la scienza all'arte e l'intelligenza al buon senso;
dal trattare i pazienti come casi
e dal rendere la cura più penosa della stessa malattia,
guardaci, o Signore! ”

DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2014



Jogging, statine e mortalità cardiovascolare. Forse Jim Fixx aveva ragione ?



di **Pier Luigi Temporelli**,
Fondazione Salvatore Maugeri, IRCCS
Istituto Scientifico, Veruno (NO)

Intervista di **Filippo Stazi**

Dott. Temporelli perché fare attività fisica?

Potrei rispondere citando James Fuller (più noto come Jimmy) Fixx nel suo best seller “The complete book of running”, “Corro perché è bello, mi rende ottimista, più calmo, meno ansioso, perché riesco a concentrarmi più a lungo nel lavoro e perché ho conquistato un miglior controllo della mia vita”. Di fatto, già oltre 2000 anni prima lo stesso Ippocrate nel suo “Regime” raccomandava con lungimiranza l’attività fisica: “... Non si può mantenersi in salute basandosi soltanto sul tipo di alimentazione, ma a questa bisogna affiancare anche degli esercizi fisici”. Oggi noi sappiamo, supportati da una ampia evidenza scientifica, che una regolare attività fisica sottomassimale nel contesto di uno stile di vita corretto riduce in modo significativo la mortalità e la probabilità di eventi cardiocerebrovascolari, sia in prevenzione primaria che secondaria. In aggiunta, è scientificamente provato che l’esercizio fisico è in grado di ridurre l’incidenza di altre patologie, tra cui diabete, osteoporosi, depressione, tumore della mammella e tumore del colon. Giustamente l’esercizio fisico è stato definito una straordinaria terapia cardiovascolare, a bassissimo costo e con pochissimi

mi effetti collaterali. Purtroppo, nonostante queste forti evidenze la sedentarietà rimane una diffusa abitudine nel mondo occidentale.

Ci parli della dilagante piaga dell'inattività fisica.

I dati disponibili suggeriscono che il 31% della popolazione mondiale non soddisfa le raccomandazioni di minima per l'attività fisica e, nel 2009, la prevalenza globale di inattività è stata del 17%. Nonostante le promettenti tendenze positive dell'attività fisica nel tempo libero in alcuni paesi, la prevalenza di attività fisica trasporto-correlata e in ambito lavorativo è globalmente in calo. Anche in Italia, dati dell'istituto Superiore di Sanità e di registri di società di settore confermano che la popolazione adulta ha una scarsa abitudine alla regolare attività fisica. Quadro ancor più allarmante, un'indagine condotta in ambito scolastico documenta un'inaccettabile prevalenza di sovrappeso e obesità nei bambini della scuola primaria, dovuta ad uno stile di vita scorretto nel quale gioca un ruolo primario la sedentarietà.

La necessità di contrastare l'inattività fisica a livello mondiale è amplificata dal rischio in termine di salute che conferisce. È stato infatti recentemente dimostrato che il 6-10% di tutti i decessi da malattie non trasmissibili in tutto il mondo possono essere attribuiti ad inattività fisica e questa percentuale è ancora più alta per malattie specifiche (ad esempio, 30% per cardiopatia ischemica). Nel 2007, circa 5,5 milioni di decessi nel mondo da malattie non tra-

smisibili potevano teoricamente essere evitati se le persone che erano inattive fossero invece state sufficientemente attive.

Inoltre, la morbilità associata alle patologie legate all'inattività esercita un notevole onere sulle società e sui sistemi sanitari dei vari paesi.

Come si può promuovere un nuovo approccio mentale all'attività fisica?

Parlare di attività fisica non vuol dire parlare di sport in generale né di un particolare esercizio fisico. Vuol dire parlare del rapporto tra gli esseri umani e il loro ambiente e di come migliorare il benessere umano attraverso il rafforzamento di tale rapporto. Vuol dire ricominciare (o continuare per chi non ha mai smesso) ad usare il nostro corpo nel modo per cui è stato progettato, che è quello di camminare spesso, correre a volte, ed essere fisicamente attivi in tutte le nostre esperienze quotidiane, cioè al lavoro, a casa, negli spostamenti da e per i luoghi che frequentiamo, o durante il tempo libero. Purtroppo, a differenza di altri fattori di rischio di malattie non trasmissibili quali tabacco e alcol, l'importanza dell'attività fisica è stata solo marginalmente riconosciuta e non è stato finora correttamente approcciato il problema a livello di popolazione non solo nelle nazioni a basso o medio reddito ma anche in molti paesi occidentali, tra cui l'Italia.

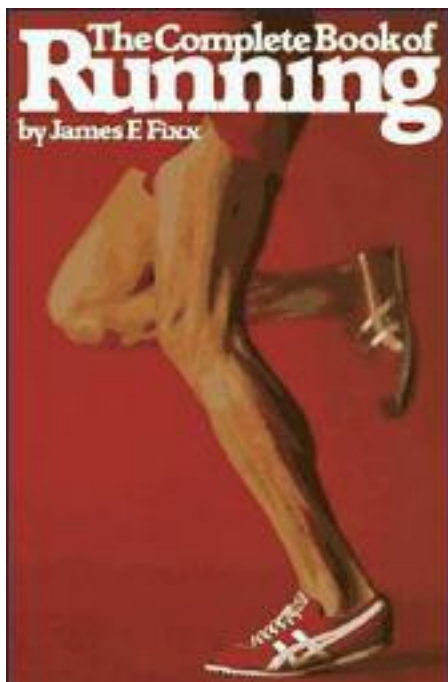
L'attività fisica è spesso percepita solo come strumento per controllare l'obesità e pertanto l'inattività è considerata come un fattore di rischio minore o secondario. Inoltre è ben noto che i benefici dell'attività fisica sono di vasta portata e si estendono ben

oltre la sola salute. Essere fisicamente attivi dà un importante contributo al benessere fisico e mentale. I risultati positivi comprendono una migliore qualità della vita, miglioramento del sonno, riduzione dello stress fino a maggior socializzazione. Inoltre, la promozione di modalità attive di spostamento attraverso l'attività fisica, quali ad esempio andare a piedi o in bicicletta, sono salutari per l'ambiente, il che, a sua volta, ha un impatto positivo sulla salute.

È giusto considerare l'attività fisica alla stregua di un farmaco cardiovascolare?

Senz'altro, anche se per molti anni i medici in generale ed i cardiologi in particolare sono stati fortemente influenzati da errate congetture secondo le quali andava raccomandato un prolungato riposo alla maggior parte dei loro pazienti. All'inizio degli anni '80, un celebre studio dell'università

di Harvard su 17.000 allievi seguiti dal 1916 al 1950 ha però mostrato come la curva di rischio cardiovascolare diminuisca all'aumentare dell'esercizio fisico praticato fino ad avere un minimo con 6-8 ore settimanali; all'ulteriore aumento dell'attività fisica il rischio di morte torna leggermente a salire. Lo studio di Harvard è stato una pietra miliare perché ha convinto la classe medica che non solo è consigliabile fare attività fisica ma è addirittura necessario. Di conseguenza negli ultimi decenni si è assistito ad una rivoluzione culturale ed una regolare attività fisica "moderata" viene ora prescritta non solo per la prevenzione di cardiopatia ischemica ma anche come componente fondamentale della terapia dopo infarto miocardico, angioplastica, bypass aorto-coronarico e addirittura scompenso cardiaco stabile. Studi epidemiologici, clinici e di laboratorio hanno fornito evidenze definitive sulla capacità dell'attività fisica di migliorare le prestazioni fisiche da un lato e di ridurre la morbilità e mortalità cardiovascolare e totale dall'altro. L'attività fisica, infatti, riduce significativamente il rischio di sviluppare malattie croniche quali l'obesità, il diabete, le cardiovasculopatie aterosclerotiche, l'osteoporosi, alcune neoplasie e la depressione. Per tali ragioni, l'esercizio fisico si propone come mezzo preventivo e terapeutico fisiologico, economico ed efficace in numerose condizioni cliniche. Nelle persone anziane, infine, sostiene l'autonomia funzionale aiutandole a mantenere una vita indipendente e riducendo il rischio di cadute e fratture. L'attività fisica ha pertanto dimostrato



capacità di prevenzione e cura proprio per quelle malattie che rappresentano, almeno nei paesi industrializzati, le principali cause di morbilità e mortalità.

Quali sono gli effetti fisiologici dell'attività fisica?

L'attività fisica ha effetti diretti ed indiretti sul sistema cardiovascolare: entrambi possono potenziare la capacità funzionale e ridurre la probabilità di eventi cardiovascolari. I benefici indiretti includono la riduzione dei fattori di rischio, il rafforzamento della muscolatura scheletrica, e i cambiamenti di alcuni stili di vita scorretti, in particolare attraverso la riduzione dello stress. In particolare, l'adozione di regolare attività fisica incoraggia altri cambiamenti nello stile di vita, che a loro volta inducono riduzione dei fattori di rischio cardiovascolare. I benefici diretti includono riduzione della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa a riposo e da sforzo, un potenziamento del tono venoso periferico, un'espansione del volume plasmatico e un incremento della contrattilità cardiaca. È stato documentato anche un incremento del flusso coronarico e della soglia di induzione di fibrillazione atriale. La riduzione della frequenza cardiaca a riposo è forse l'effetto più evidente di una regolare attività fisica. I meccanismi che veicolano tale effetto sono l'aumento del tono parasimpatico e della gittata sistolica. Anche la pressione arteriosa a riposo e da sforzo si riduce dopo regolare attività fisica, per una riduzione del post carico che induce un aumento della frazione d'eiezione e della gittata sistolica. L'in-

cremento della contrattilità cardiaca aumenta il consumo d'ossigeno miocardico ma riduce nello stesso tempo le dimensioni ventricolari attraverso una riduzione della tensione parietale, facilitando in tal modo la perfusione di zone critiche del miocardio. Dopo training fisico, è stato dimostrato un incremento della gittata sistolica fino al 20%, grazie al miglioramento del pre-carico e alla riduzione del post-carico.

Qual è il rapporto rischio/beneficio dell'attività fisica?

Sulla base delle forti evidenze a favore l'attività fisica sottomassimale viene attualmente proposta in tutti i programmi di prevenzione cardiovascolare, sia primaria che secondaria. In alcuni contesti è stato obiettato che, a fronte di effetti positivi, l'attività fisica può comportare anche alcuni rischi, in particolare a carico dell'apparato cardiovascolare, in quanto l'esercizio fisico se praticato ad elevata intensità può rappresentare il trigger di eventi acuti cardiovascolari, quali infarto miocardico, angina pectoris e morte improvvisa. Inoltre l'attività fisica, soprattutto se caratterizzata da un elevato impegno cardiovascolare, potenzialmente potrebbe essere responsabile di un'evoluzione sfavorevole del quadro clinico di alcune cardiopatie (quali la cardiomiopatia ipertrofica, la displasia aritmogena del ventricolo destro e talune valvulopatie) e di alcune patologie aritmiche (quali la fibrillazione atriale). Pertanto, ogni individuo adulto che si appresti ad iniziare una attività fisica ad intensità medio-elevata, tanto più se precedentemente se-

dentario, cardiopatico noto o con multipli fattori di rischio cardiovascolare, dovrebbe essere sottoposto preventivamente ad una attenta valutazione medica con la raccolta di alcuni semplici dati clinici (anamnesi, obiettività, ECG a riposo) ed eventuale approfondimento in casi selezionati (ecocardiogramma, test ergometrico) per verificare l'esistenza di cardiopatie clinicamente silenti nei soggetti apparentemente sani e stratificare il rischio associato alla pratica dell'attività fisica in caso di cardiopatia accertata, attivando gli interventi terapeutici eventualmente necessari. Va tuttavia fortemente ribadito che il livello minimo di attività fisica (efficace come strumento di salute cardiovascolare) raccomandato da tutte le società scientifiche e da tutte le Linee Guida (es. camminare a passo spedito 30 minuti al giorno 3/5 giorni a settimana) è di intensità tale da non richiedere nella stragrande maggioranza dei casi nessun approfondimento specifico rispetto a quanto già accertato sia in prevenzione primaria che secondaria.

Attività fisica, statine o entrambi?

I risultati di diversi studi clinici hanno dimostrato inequivocabilmente che il trattamento con statine riduce sostanzialmente la morbilità e la mortalità dei soggetti con malattia coronarica. Studi su ampie popolazioni hanno inoltre provato che il trattamento con statine offre benefici anche per i soggetti ad alto rischio cardiovascolare senza malattia coronarica accertata. Gli stessi esperti in tema di lipidi hanno però sottolineato l'assoluta im-

portanza del cambiamento dello stile di vita per la riduzione del rischio cardiovascolare: uno stile di vita sano, che include regolare attività fisica sottomassimale, viene anche da loro promosso come una componente essenziale per la prevenzione e la gestione della malattia coronarica. In sintesi, da un lato i benefici delle statine nella riduzione del rischio cardiovascolare sono ampiamente dimostrati da diversi trial clinici di grosse dimensioni e dall'altro i dati di ampi studi epidemiologici hanno dimostrato una forte associazione inversa tra attività fisica e rischio di mortalità sia nei soggetti sani sia in quelli con malattie cardiovascolari. Per valutare gli effetti combinati dell'attività fisica e della terapia con statine sul rischio di mortalità, un recente studio ha identificato un gruppo di pazienti dislipidemici tra coloro che si erano sottoposti ad una prova da sforzo presso due centri dei Veterans Affairs tra il 1986 e il 2011 e seguiti in follow-up per circa 10 anni. Gli autori hanno identificato lo stato di forma di ogni paziente sulla base degli equivalenti metabolici (MET) che erano in grado di compiere. L'endpoint primario era la mortalità per qualsiasi causa, aggiustata in base a età, indice di massa corporea (BMI), etnia, sesso, storia di malattia cardiovascolare, terapia farmacologica e fattori di rischio cardiovascolare. Lo studio ha dimostrato che i pazienti che prendevano le statine ed erano fisicamente "in forma" avevano una riduzione del 70% del rischio di decesso durante il follow-up rispetto a quelli che pure assumevano gli ipolipemizzanti ma erano

meno "in forma". L'attività fisica di per sé ha mostrato un effetto indipendente sul rischio di mortalità anche nei pazienti che non prendevano le statine, riducendo il rischio di decesso durante il follow-up del 47%. In conclusione la combinazione del trattamento con statine e dell'aumento dell'attività fisica si traduce in un rischio di mortalità sostanzialmente inferiore a quello dei due interventi presi singolarmente, rafforzando l'importanza dell'attività fisica anche per gli individui affetti da dislipidemia già in trattamento con statine. Un'ulteriore conferma, quindi, del valore aggiunto dell'attività fisica anche in soggetti trattati farmacologicamente al meglio delle evidenze scientifiche disponibili. Di fatto, il commento editoriale all'articolo sostiene che la prescrizione dell'attività fi-

sica deve essere posta sullo stesso piano di quella dei farmaci, rispetto alla quale ha il vantaggio di essere meno costosa e meno rischiosa.

Quale messaggio conclusivo vogliamo lasciare ai nostri lettori?

La conclusione del nostro discorso è che fare esercizio fisico dovrebbe diventare per tutti una sana abitudine quotidiana. Per ottenere davvero questo risultato sono necessari sforzi congiunti da parte di pazienti, medici, società e governi per poter affrontare in modo efficace il problema dell'inattività fisica e del suo impatto sfavorevole sulla salute globale. Dobbiamo insomma tutti far nostro lo slogan coniato dalla italianissima Technogym "Let's move for a better world".

SOSTIENI la FONDAZIONE

Il Presidente Francesco Prati ringrazia i Relatori e Moderatori che in occasione del Congresso "Conoscere e Curare il Cuore 2014" hanno donato il loro contributo al Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus:

Fulvio Camerini
Alessandro Distante
Fiorenzo Gaita
Cesare Greco
Mario Motolese
Gian Francesco Mureddu
Carlo Pappone
Eligio Piccolo
Filippo Stazi
Francesco Versaci



La graffetta che salva il cuore, anche quello di Liz Taylor

Benché sia stata ideata da un italiano ha dovuto prendersi il nome inglese di *clip*, più corto, più onomatopeico e con un passaporto migliore per la sua diffusione. Consiste in una vera e propria graffetta, simile a quella usata per unire i fogli di carta, che viene applicata nella nostra valvola mitrale quando i suoi lembi si divaricano troppo lasciando andare indietro una parte del sangue destinato in avanti. Il nome di tale valvola è stato consacrato dagli anatomici per la somiglianza con la mitra vescovile, essendo formata come questa da due fogli aperti che nella mitrale si devono unire durante la funzione di valvola. L'anomalia che li lascia troppo divaricati, si da dover intervenire o con la chirurgia a cuore aperto oppure con quella prodigiosa *clip* applicata mediante un semplice catetere, può dipendere alcune volte da una sua degenerazione, in altre da una contrazione sbagliata del ventricolo sinistro, dovuta a un precedente infarto o a una malattia che lo dilata.

La graffetta, come ho detto, fu pensata e realizzata da un italiano, Ottavio Alfieri del San Raffaele di Milano. Che non è un ingegnere come l'inventore del pacemaker o un fisico-chimico come Holter che costruì la macchina per registrare l'elettrocardiogramma durante molte ore e nemmeno un cardiologo, quale l'ideatore del palloncino per dilatare le coronarie ma addirittura un cardiocirurgo e che cardiocirurgo! Scusatemi ma devo spiegare perché mi sia scappato l'"addirittura". Si tratta di una piccola malizia che noi medici abbiamo nel nostro retropensiero da oltre un secolo, da quando il chirurgo divenuto sempre più bravo grazie all'anestesia e alle nuove tecniche ha guardato l'internista con una certa superiorità e questi dopo altrettanti meravigliosi progressi ha sentenziato che la chirurgia è destinata a scomparire con l'avanzare della medicina interna.

Oggi l'intervento di Alfieri è diventato, come dicono gli esperti, percutaneo, ossia senza bisogno del bisturi, attuato da un catetere introdotto attraverso un ago e guidato nell'interno del cuore fino alla valvola, dove si agganciano con la *clip* i bordi separati. Non è certo una soluzione terapeutica per tutti i malati di mitrale. Molti vanno meglio con una valvola nuova o con una ricostruzione chirurgica più accurata. Tuttavia, poiché la malformazione colpisce spesso persone anziane, talvolta affette da altre malattie, l'intervento radicale a cuore

aperto potrebbe essere troppo rischioso e quindi la soluzione di Alfieri, che praticamente non ha rischi, può diventare un porto di salvezza sicuro. Lo ha confermato la stessa Elizabeth Taylor, la Liz dei nostri sogni giovanili, che sottoposta a questo piccolo intervento e avutone grande beneficio chiese chi avesse ideato questa *clip* meravigliosa. La informarono che era un cardiocirurgo italiano, ancora vivente, giovane e attivo: "ditegli che lo amo" fu la immediata risposta.

E. P.



Le medicine dell'infartuato

di Filippo Stazi

“Uffa Dottore, ma è sicuro che io debba prendere tutte queste medicine?” oppure “Ma così il fegato mi si rovina in poche settimane!” o ancora “Sa Dottore io sono un po'contrario alle medicine, non ne ho mai presa una in vita mia...!” Queste sono solo alcune delle più comuni frasi che si sentono dire dai pazienti al momento della dimissione dall'ospedale dopo un infarto miocardico. Purtroppo se è vero che le medicine non devono essere prese quando non è necessario è altrettanto certo che quando ve ne è l'indicazione devono essere assunte, poche o tante che siano. Come dicono a Roma “quanno ce vò, ce vò!” Inoltre la leggenda metropolitana dell'effetto dannoso sul fegato delle medicine non è chiaro da dove abbia avuto origine. Sicuramente esistono delle medicine che hanno un effetto tossico sul fegato ma tale dannosità non è propria di ogni farmaco ed a ben vedere, anche altri organi possono soffrire dell'azione dei farmaci. L'unico però di cui apparentemente ci si preoccupa è sempre e solo il fegato.

Pur con tutti i rischi delle generalizzazioni ci sono delle medicine che fanno parte del minimo sindacale che viene prescritto a pressoché ogni paziente che abbia avuto un infarto miocardico. Prima di tutto l'aspirina, che è un antiaggregante cioè un farmaco che riduce l'azione procoagulante di quegli elementi corpuscolati che fanno parte del sangue e che si chiamano piastrine. Le piastrine sono responsabili della pri-



ma fase di quella complessa cascata di reazioni che porta alla formazione dei coaguli e quindi la loro inibizione riduce il rischio della formazione di trombi all'interno delle coronarie. Nelle fasi acute di un infarto l'aspirina riduce di molto la mortalità se viene assunta il prima possibile dopo l'inizio della sintomatologia dolorosa e quindi è la prima cosa che si consiglia ai pazienti in caso di sospetto infarto. Anche la somministrazione cronica, a tempo indeterminato, dell'aspirina in pazienti che hanno già avuto problemi delle coronarie ha ridotto di molto sia la morbilità che la mortalità per cardiopatia ischemica.

Sempre più spesso l'aspirina non è l'unico antiaggregante che viene consigliato al paziente. Infatti nel caso che il paziente sia stato sottoposto ad angioplastica coronarica con impianto di stent è necessario il ricorso ad una duplice antiaggregazione. Gli stent, infatti, sono dei corpi estranei posizionati nelle coronarie ed in quanto tali possono costituire delle sedi preferenziali per la formazione dei coaguli. Questi coaguli, chiamati trombi, possono causare una chiusura improvvisa dell'arteria in cui si formano con conseguenze cliniche sempre molto gravi ed a volte anche mortali. Il rischio di tali eventi può essere ridotto con la somministrazione per un tempo variabile a seconda del tipo di stent di una doppia antiaggregazione in cui oltre all'aspirina viene associato un altro farmaco con maggiore effetto inibitorio sulla funzione delle piastrine che tradizionalmente era il *clopidogrel* ma che ora è più frequentemente il *prasugrel* o il *ticagrelor*. La durata ottimale

di tale duplice terapia non è ancora stabilita e rappresenta uno dei temi più dibattuti nei convegni cardiologici. Chiaramente questo cocktail antiaggregante molto forte ci facilita le cose in quello che ci serve, riducendo la possibilità che si formino dei coaguli all'interno delle coronarie ma tiene il sangue sciolto anche quando noi non lo vorremmo, ossia quando c'è un'emorragia, per cui il potenziale rischio di sanguinamento aumenta di molto con questi farmaci soprattutto come conseguenza di lesioni a livello del rivestimento interno dello stomaco.

Un altro farmaco che farà inevitabilmente parte dell'armadietto delle medicine del paziente che ha avuto un infarto miocardico è una statina. Il vero nome di queste medicine è pressoché impronunciabile, inibitori dell'idrossimetilglutarilcoenzima A reductasi, la loro funzione è invece piuttosto semplice: abbassano i valori del colesterolo sia di quello totale che di quello cattivo ed aumentano invece, sia pure di poco, i valori del colesterolo buono. Il loro effetto si è dimostrato in tutti i tipi di pazienti che abbiano avuto un infarto e si manifesta con una riduzione sia della mortalità (chi prende le statine, cioè, vive mediamente più a lungo di chi non le prende) che delle recidive infartuali. L'effetto è indipendente da quelli che sono i valori basali, spontanei, di colesterolo del paziente. L'effetto benefico, positivo, delle statine è cioè presente sia nei soggetti con colesterolo alto che in quelli con colesterolemia nella norma sebbene, chiaramente, l'effetto sia maggiore in coloro che hanno livelli di



colesterolo più elevati. L'unica cosa che non è ancora completamente chiara riguardo all'uso delle statine è il come abbiano questi effetti positivi o meglio non è ancora completamente stabilito se questi effetti positivi siano esclusivamente dovuti all'abbassamento del colesterolo o se non dipendano anche da altri effetti, cosiddetti pleiotropici. Tali effetti al momento non sono del tutto accertati ma potrebbero contribuire, oltre al semplice abbassamento dei valori di colesterolo, che di per sé già non è poco, al miglioramento della prognosi di questi pazienti.

Infine, la terza classe di farmaci che il paziente infartuato deve sicuramente assumere, a meno che non abbia delle controindicazioni specifiche al riguardo, è costituita dai cosiddetti ACE inibitori. Anche in questo caso il nome completo non è di facile memorizzazione: inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina. Sono farmaci nati inizialmente per la cura dell'ipertensione arteriosa che poi hanno invece dimostrato di avere un ruolo molto importante anche nei pazienti con pregresso infarto miocardico. Si è infatti appurato che la somministrazione cronica di questi farmaci previene o quantomeno riduce la sfavorevole tendenza del cuore che ha avu-

to un infarto a dilatarsi e sfiancarsi. Gli ACE inibitori sono farmaci molto ben tollerati che presentano un unico vero effetto collaterale che purtroppo è abbastanza frequente: la comparsa di una spiacevole e persistente tosse secca che a volte riduce significativamente la qualità della vita. In questi casi è possibile sostituire gli ACE inibitori con altri farmaci a loro affini, più costosi, che hanno gli stessi effetti e gli stessi benefici, ma che non hanno il problema della tosse. Tali farmaci sono gli inibitori recettoriali dell'angiotensina II più sinteticamente chiamati sartani o sartanici.

Molti dei pazienti, anche se non tutti, si vedranno poi prescrivere dei beta-bloccanti, farmaci che sono nell'armamentario dei cardiologi da tantissimi anni ma che ciò nonostante rimangono ancora oggi insostituibili e con indicazione all'impiego in quasi tutti i settori della cardiologia. Servono infatti per il trattamento delle aritmie, sia ventricolari che sopraventricolari, sono indicati nella terapia dell'ipertensione arteriosa, trovano impiego in caso di tachicardia, si usano nella cura della cardiopatia ischemica e, ultima perla che hanno aggiunto ormai da circa quindici anni al loro prestigioso curriculum, hanno mostrato di avere un ruolo importantissimo anche nella terapia dello scompenso cardiaco, cioè di quella condizione in cui il cuore è stanco e pigro e non riesce più a contrarsi come dovrebbe. Il paziente che ha avuto un infarto miocardico avrà quindi indicazione ad assumere anche il beta-bloccante qualora presenti una patologia concomitante tra quelle che abbiamo detto: è un iperteso, è

un tachicardico, ha storia di aritmie, presenta una ridotta funzione contrattile del ventricolo sinistro o ha una malattia delle coronarie che non è stata completamente trattata con procedure di rivascolarizzazione. I maschietti hanno in genere molta ritrosia ad assumere questo farmaco perché tra i suoi effetti collaterali vi è la possibile comparsa di disfunzione erettile. La disfunzione erettile in realtà è spesso causata dalla patologia vascolare e non è semplicemente effetto del farmaco e qualora invece dipenda effettivamente dalla medicina è comunque transitoria e reversibile. La terapia beta-bloccante quindi non espone il paziente a un rischio di disfunzione erettile definitiva ed è pertanto sensato, alla luce degli effetti favorevoli che questi farmaci hanno sulla prognosi cardiovascolare, assumere tali farmaci quando indicati, eventualmente sospendendoli solo in caso di comparsa dell'effetto collaterale. Non è cioè giustificato non iniziare neanche la terapia per paura della possibile comparsa della disfunzione erettile. L'unica vera controindicazione all'uso del beta-bloccante è la presenza di un'asma bronchiale allergico in quanto il farmaco può esacerbare le crisi di insufficienza respiratoria dovute a questa malattia.

Altro farmaco che si assume dopo un infarto, molto frequentemente qualora sia prescritta la terapia con l'aspirina e sempre in caso di duplice antiaggregazione, è il cosiddetto gastroprotettore. Tale farmaco appartiene ad una famiglia piuttosto ampia di prodotti che vanno assunti la mattina a digiuno e che generalmente il paziente ac-

cetta ben volentieri essendo sostanzialmente privi di effetti collaterali.

Vi è poi una serie di altre medicine che possono essere prescritte in presenza di condizioni particolari. Se il paziente ha una riduzione della funzione contrattile del ventricolo sinistro tale da indurre la comparsa di sintomi quali gambe gonfie, affanno, facile stancabilità, verrà in genere associato un cosiddetto diuretico dell'ansa, in genere la furosemide. I diuretici sono purtroppo sostanze odiatissime dai pazienti e non senza ragione in quanto, come il loro stesso nome suggerisce, inducono un aumento della diuresi. Questo effetto, che non è un effetto collaterale ma l'azione voluta del farmaco, interferisce con la normale attività quotidiana. Per tale motivo i pazienti più o meno inconsapevolmente tendono a dimenticare o ridurre il dosaggio del diuretico. Si ritiene infatti che la principale causa di peggioramento dello scompenso cardiaco sia proprio l'autonoma riduzione o sospensione della terapia diuretica.

In determinate tipologie di pazienti oltre al diuretico dell'ansa viene associato anche un altro tipo di diuretico, aldactone, venactone, eplerenone o canreonato di potassio. Questo farmaco ha in realtà una blanda azione diuretica ma ha il positivo effetto di ridurre la perdita urinaria del potassio che è invece indotta dalla furosemide. Si è però soprattutto visto che in soggetti con uno scompenso cardiaco abbastanza importante questa tipologia di medicina è capace di ridurre la fibrosi miocardica ossia la sostituzione del tessuto muscolare cardiaco con tessuto cicatriziale e, ciò facendo, di mi-

gliorare la sopravvivenza dei pazienti. Altri farmaci che il nostro amico infartuato potrà vedersi prescritti comprendono gli antiaritmici, soprattutto il cordarone, e gli anticoagulanti orali. Questi ultimi trovano indicazione nel caso che l'infarto sia stato esteso ed abbia ridotto di molto la funzione contrattile del cuore. In questa condizione, infatti, il sangue, meno sollecitato dalla contrazione cardiaca, tende a ristagnare all'interno delle camere ventricolari e quindi, conseguentemente, a coagulare. Si può perciò essere formato un trombo o coagulo all'interno del ventricolo sinistro per

la cui dissoluzione è necessario il ricorso alla terapia anticoagulante orale il cui acronimo TAO le dà una parvenza di nobiltà filosofica orientale.

Infine potranno essere prescritti farmaci antiipertensivi di varie classi se, nonostante tutto il resto della terapia che viene somministrata al paziente specificatamente per la cura dell'infarto, la pressione del soggetto si dovesse mantenere ancora elevata.

Alla domanda iniziale "Uffa Dottore, ma è sicuro che io debba prendere tutte queste medicine?" la risposta purtroppo non può che essere "Sì!".

La vita dopo il trapianto. D'Ambrosio raggiunge gli 83

La chirurgia del trapianto cardiaco è stata indubbiamente una pietra miliare della medicina e degna del grande entusiasmo che suscitò in quel lontano 1977, benché le prime esperienze, prive dei farmaci antirigetto, avessero concesso poca vita ai pazienti che accettavano quella grande prova. Oggi chi ha ottenuto un cuore nuovo ha buone probabilità di una sopravvivenza lunga e sana. I problemi sono altri, soprattutto le liste di attesa e la compatibilità fra l'organo ricevuto e le caratteristiche immunitarie del ricevente. Le statistiche ci informano che il 10% chiude la sua vita durante l'attesa, che un altro 10% non supera il primo anno dopo il trapianto ma che il 50% sopravvive oltre 10 anni. Abbiamo raccontato su questa rivista la grande "avventura" dello scrittore Ugo Riccarelli che dopo una vita di stenti per una grave malattia polmonare ottenne di viverne un'altra felice e creativa dopo che gli cambiarono cuore e polmoni. Ricordo un amico e collega che sopravvisse 20 anni dopo l'intervento che Gallucci gli fece a Padova quando aveva 60 anni e che gli consentì perfino di vincere numerose coppe nel Golf. È di oggi la notizia che Gerardo D'Ambrosio si è spento a 83 anni, 22 dei quali successivi al trapianto eseguito a Pavia da Viganò, che gli ha consentito una vita di grandi responsabilità quale Procuratore della Repubblica a Milano e Senatore dopo il pensionamento. Un altro illustre politico napoletano oggi 75enne vive ed è sempre attivo grazie al bisturi di Viganò, che sette anni fa gli ha aperto il torace e sostituito il cuore. Forse un'ulteriore prova di quanto i politici siano coriacei.



E.P.

Perché non rileggiamo Pitigrilli?

di Franco Fontanini

Pitigrilli, il cui vero nome era Dino Segre, appartenente ad un'agiata famiglia ebraica torinese quando a Torino si parlava francese, venne battezzato dalla madre cattolica senza che il padre lo sapesse, subito dopo la nascita, nel 1883.

Lo pseudonimo un po' frivolo, venne scelto da lui e forse non gli giovò molto, veniva dall'elegante pelliccia materna di petit gris, la sua preferita.

Su di lui ebbe influenza anche l'essere cresciuto in un collegio dei barnabiti dove aveva imparato il latino, a servire la messa e a dire le bugie. Studiò medicina, fino all'esame di patologia chirurgica, quando gli ordinarono di togliere la caramella dall'occhio: non la tolse e rinunciò a diventare medico.

Era convinto che i genitori mandassero i ragazzi a scuola perché non sapevano cosa farne in casa e si laureò in legge, perché un titolo accademico era di rigore, ma si appassionò alle lettere. Pubblicò qua e là diverse novelle, si rivelò subito elegante e raffinato nello scrivere e nel parlare come nel vestire, e mostrava già la colta spregiudicatezza che diverrà caratteristica dei suoi libri.

L'amico Tullio Giordana, direttore del "Mattino" gli propose: "È morto il nostro corrispondente da Parigi, vuoi andare a sostituirlo?"

Pitigrilli non cercava niente di meglio. Lo stesso Giordana in pochi giorni gli insegnò le regole fondamentali.

Prima di ogni altra cosa la brevità, oggi completamente



Pitigrilli

disattesa da giornalisti e letterati. Ricordati che non c'è articolo che non ci possa guadagnare ad essere ridotto alla metà della prima stesura e se questa metà può essere ridotta ancora della metà, tanto meglio.

Affinché tenesse bene a mente l'insegnamento gli ribadì: "Immagina di dover telegrafare l'articolo in Australia a tue spese, cinque scellini a parola. Cancella quindi tutte le parole che non valgano cinque scellini, vedrai come diverrà bello" e concluse il corso di tre giorni ricordandogli che George Clemenceau, prima di diventare Presidente del Consiglio, era stato direttore de "L'Aurore" e ad ogni collaboratore che assumeva diceva sempre, come un ordine: "Scriva nome, verbo e complemento diretto, qualora le venisse voglia di scrivere un complemento indiretto, venga a parlarmi". Pitigrilli fece tesoro di questi sintetici insegnamenti e li applicò ad ogni suo scritto, soprattutto ai romanzi, inventando una forma letteraria senza precedenti.

In pochi giorni era diventato giornalista e in pochi anni divenne il romanziere più letto d'Italia.

I suoi lettori erano una legione, senza tener conto degli adolescenti e delle signorine ai quali era proibito e che lo leggevano di nascosto, né degli adulti presuntuosi che negavano di leggerlo giudicando Pitigrilli una lettura indegna per loro.

La critica era divisa fra ammiratori e denigratori. Il duce, quando seppe del successo che stava ottenendo in Germania e in Inghilterra, affermò di essere un suo estimatore con una sola riserva: era un grande letterato francese che scriveva in ita-

liano. Prima di lui l'aveva detto Lorenzo Gagli quando lesse le sue prime novelle, affermando che possedeva moltissimo talento, vivacità, vivissimo spirito specialmente nei dialoghi e una "velocità parigina" invidiabile.

Questo giudizio di partenza resterà immutato in tutto ciò che Pitigrilli scrisse per tutta la sua vita.

Persistevano numerosi i suoi avversari che definivano i suoi romanzi turpi e immorali, anche se la spregiudicatezza era limitata ai titoli e la lettura era adatta a tutti. Amava la linearità, la semplicità e la chiarezza a cui l'aveva avviato il suo primo maestro. Il suo principio più radicato era la piacevolezza della lettura rapida: se volete dire che piove scrivete che piove, convincimento che aveva espresso fin dalle elementari quando gli venne dato per tema di descrivere una bella giornata di primavera e lui, scandalizzando la sconvolta maestra, scrisse: "È una bella giornata di primavera, non riesco a descriverla meglio". Fu la prima manifestazione della sua caparbia e della sua provocatoria sfrontatezza. Era stringato anche nella vita: quando lasciò la prima moglie, a giustificazione le scrisse un biglietto: "certi uomini nascono mariti, io no".

Ad alcune signore che gli avevano chiesto come era diventato scrittore rispose: "come si diventa cocotte, dapprima si fa per la gioia nostra, poi per divertimento, finché non si trova qualcuno che paga il nostro lavoro e si continua a pagamento".

L'accusa più frequente fra le tante era d'essere un libertino, come uomo e come ro-

manziere. La Furlan, sua prima moglie, prima donna avvocato d'Italia, intelligentissima, garantiva che non conosceva brutte parole, la più osé era "seno". Sebbene criticasse i confronti abusati, diceva che la famiglia era un insieme di persone che si sopportano sempre più a fatica, ma testimoniava che all'arrivo della maturità si sente il desiderio di piantare chiodi nelle pareti della propria stanza, di apprezzare l'odore del caffè, la musica della macchina da scrivere e il desiderio di un bambino che andasse a servire la messa dai domenicani come aveva fatto lui da ragazzo.

La Furlan lo definiva anche un grande umorista, un aristocratico intellettuale, uno psicologo sofisticato, un filosofo, un moralista nonché un concentrato di filosofia crudele esposta in modo sorridente, uno dei pochissimi veri umoristi in circolazione, divertente e profondo, dotato di una sensibilità straordinaria e di una tecnica molto personale.

Per Amalia Guglielminetti, per qualche tempo sua amante, alla quale aveva dedicato "Cocaina" e che a suo dire era la più bella donna del mondo "dalle fredde mani, i grandi occhi cerchiati di blu e i seni rivolti all'insù come i fiori degli ippocastani", era l'unico vero umorista d'Italia, il solo scrittore ironico che criticando divertiva e infondeva saggezza, anche se il suo umorismo era talvolta un po' troppo amaro e corrosivo.

"Cocaina" venne frettolosamente giudicato un romanzo sconvolgente, mentre era solamente a forti tinte, privo di veleni, ricco di boutades anche crudeli perché non poteva essere che così; il nostro secolo è quel-



lo che è, un secolo di degradazione in cui l'umanità è ridotta a cercare conforto nella cocaina, antico veleno boliviano, come compenso all'insufficienza della vita reale, un libro del 1921 ancora più attuale che mai. La stampa fascista che a lungo l'aveva chiamato "abominevole imbrattacarte ad alta tiratura", cambiò l'insulto in "qualunquista" sempre con un significato spregiativo, che stupiva un po' da parte di persone che avevano sul petto la scritta "me ne frego". Nel 1948, in coincidenza con l'uscita de "La Piscina di Siloe", ci fu una svolta nella vita dell'efebo biondo come lo chiamavano con disprezzo i fascisti, la conversione al cattolicesimo, maturata dopo un'annosa gestazione, che incise a fondo sul suo modo di pensare e di agire, variamente giudicata. Siloe si trova alla periferia di Gerusalemme, alla base della collina di Sion, dove arrivano acque attraverso un canale scavato nella roccia oltre duemila anni fa che formano una piscina ancor oggi aperta, dove un uomo nato cieco incontrò Gesù che compì il miracolo di rendergli la vista. Ne "La Piscina di Siloe", Pitigrilli raccontò il suo incontro con Gesù come nel miracolo, in modo semplice come sempre, anche se gli

costò molta fatica che fu comunque premiata dalla vendita di oltre centomila copie in un anno.

“La piscina di Siloe”, il racconto della sua conversione al cattolicesimo e del modo in cui incontrò Dio, è forse il suo libro più importante che influì anche sul suo modo di pensare e di agire. Un libro arduo per un teologo orecchiante, come lui stesso lo definiva, scritto con estrema semplicità, spesso con timidezza, con toni bassi e la costante paura di incorrere in errori, cosciente di scrivere cose più grandi di lui, alle quali nessun vescovo avrebbe dato l'imprimatur e, soprattutto senza la pretesa di convincere nessun lettore. È un libro ancor oggi assai citato.

Non era mai noioso, preferiva scrivere ciò che lo divertiva o gli stava a cuore, con un successo internazionale che lo compensava di tutti i persistenti giudizi negativi di molti italiani.

Pitigrilli si tenne sempre lontano dalle polemiche riconoscendo che era troppo pre-

tendere la comprensione di colleghi che vendevano sì e no qualche centinaio di copie e dei critici reclutati fra i respinti nella letteratura.

Di sé disse solamente di preferire novelle e romanzi in cui gli uomini usavano camice di seta e le donne facevano il bagno ogni mattina, mentre lo interessavano ben poco gli uomini scamiciati che annaffiavano l'orto e giocavano a carte. “Rifuggo anche dalla volgarità, dai luoghi comuni, dalle frasi fatte e dall'ironia greve”.

L'appassionavano i problemi della biologia, della fisiologia, della chimica e della fisica, per niente la *consecutio temporum* e la letteratura latina.

Nella sua vita turbinosa, ricca di successi, è rimasta una zona d'ombra, mai completamente chiarita: l'accusa di essere stato per qualche tempo informatore dell'OVRA, la polizia fascista, che lui negò sempre. Nessuno fra coloro che lo conoscevano bene lo ritenne capace di delazioni e di viltà. All'uscita dal tribunale in cui era stato assolto, passando davanti ad alcuni suoi accusatori che contestavano la sentenza, con ostentata comprensione disse: “Portate pazienza, sarà per la prossima volta”.

La prima moglie con la quale era in cattivi rapporti, dette una spiegazione attendibile: “È un vile, un pauroso che per tema dei fascisti può aver fatto qualche ammissione non del tutto vera”.

Già prima di divenire scrittore, quando stava spiegando la grammatica e le coniugazioni di un verbo irregolare e disusato di una lingua morta e sentiva il rombo di un aeroplano, faceva spalancare la finestra perché i ra-



gazzi si affacciassero ad osservare il miracolo molto più lirico di un verso di Pindaro o di una terzina dantesca, e fossero felici come lui di vivere in questo secolo che ha creato un'estasiante sensazione nuova, volare.

Nel 1921, quando c'erano già molti che condividevano il suo modo di pensare e di scrivere, Alberto Bertolini scrisse: "Pitigrilli non è un libellista né un pornografo, ma possiede una bella vena di umorismo, un po' troppo corrosivo a volte, ma quadrato e solido certamente".

I suoi dispregi, le sue beffe, i suoi dubbi, le sue negazioni, anche se espresse in maniera giocondamente satirica, allegramente paradossale, hanno in fondo un malcelato sapore di amarezza che le rende toccanti.

La più recente rivalutazione di Pitigrilli è di Umberto Eco.

Un altro clamoroso successo di Pitigrilli fu il settimanale *Grandi Firme* che modernizzò i periodici del tempo, liberandoli del provincialismo, specialmente quelli femminili, anticipò i rotocalchi e venne imitato in tutto il mondo.

Contribuì alla popolarità del giornale la splendida ragazza di copertina inventata da un giovanotto barese, pittore autodidatta, arrivato a Milano per disegnare i cartelloni della pubblicità autarchica e che venne più volte censurato dai fascisti specialmente quelli che non vedevano di buon occhio l'avanzata del femminismo che speravano di antagonizzare con le massaie rurali.

Purtroppo lo straordinario disegnatore, Gino Boccasile morì prematuramente, appena in tempo per acquisire una meritissima celebrità confermata dal successo



di due mostre e dall'ammissione nell'autorevole *Dictionnaire des Peintres di Benazet*. Boccasile, che non voleva modelle, inventò una nuova donna, con splendide gambe tornite e calze con la riga in rilievo, seno prorompente, sorriso ammaliante e intelligenza adeguata.

Si definiva pittore ottimista perché vedeva la vita nel suo lato più suggestivo e diceva che la cosa più apprezzabile nella donna, dopo l'anima, sono le gambe.

Senza di me, confessava, le donne non sarebbero così affascinanti, fiorenti, e non esprimerebbero tanta gioia.

Inventò una donna mai vista in precedenza, dall'incedere slanciato, la bocca invitante, fondoschiena "melodioso", che aveva ben poco in comune con l'erotismo dei *Van Beyras*, dei *Beardsley*, dei *Rops* e soprattutto niente a che vedere coi pornografi venuti dopo di lui.

Boccasile era pulito, è stato un protagonista, il sognante illustratore di una giovinezza mai esistita nella realtà. Il ricordo delle gambe della signorina *Grandi Firme* simbolizza una giovinezza ormai lontana, piena di promesse, purtroppo estinta.

Il nuovo settimanale, guardato all'inizio con

un po' di diffidenza, divenne rapidamente ambito da tutti i letterati compreso Moravia. Di Pitigrilli è rimasta famosa la sua rubrica di corrispondenza, della quale riportiamo un esempio che ci sembra molto illustrativo, ripescato da Enzo Biagi. Un'insegnante sulla quarantina gli aveva scritto: "Un mio collega che mi piace, mi ha invitato a casa sua per ascoltare novità di-

scografiche. Andrei volentieri, ma temo che mi nasconda qualche secondo fine. Cosa debbo fare?" Risposta: "La trovata di quel tipo è diabolica, ma lei è di una furbizia...." Certo che sarebbe bello ritrovare esposti nelle librerie "I vegetariani dell'amore", la "Dolicocefala bionda" per non dire della "Storia di Cristo" la cui lettura potrebbe ritornare attuale.

AFORISMI di Pitigrilli

- Non datemi consigli, so sbagliare da me.
- Quando un commendatore ti dice: Non mi chiami commendatore, non ci tengo, prova a chiamarlo cavaliere.
- Se è vero che nell'evoluzione umana i capelli sono destinati a scomparire, i calvi sono dei precursori.
- Accusare è il modo abituale di difendersi delle donne che hanno torto.
- Conversazione: gara dell'interrompersi a vicenda.
- Se il cammello potesse parlare darebbe del gobbo al dromedario.
- Con nessuno siamo impudicamente bugiardi come con noi stessi.
- Riconoscenza: sentimento di colui che ha ancora qualcosa da chiedervi.
- Se nella conversazione un tuo aforisma o tratto di spirito o paradosso cade nel silenzio come un'insulsaggine, aggiungi: "come disse un filosofo persiano o un poeta cinese", allora la tua frase sarà raccolta, gustata e riportata.
- I critici sono persone che seggono alla tavola degli artisti senza che nessuno li abbia invitati e fanno gli schizzinosi ad ogni portata, fin quando nel tovagliolo non trovano un biglietto di banca.
- Capisco il bacio al lebbroso, ma non la stretta di mano all'imbecille.
- Quando l'umorismo dovrebbe esserci e non c'è, diventa fine umorismo.
- Si chiamano statue quei blocchi di marmo lavorato o di bronzo fuso che servono a rendere ridicoli gli uomini meritevoli di venerazione.
- La prefazione di un libro è quella cosa che si scrive dopo, si stampa prima e non si legge né prima né dopo.
- Altruismo: siamo fatti gli uni per gli altri, lo dicono gli altri.
- Se vedi un uomo andare sotto una carrozza, non trattenerlo, perché invece di ringraziarti, ti può rimproverare di avergli stazionato la giacca.
- La sincerità è un atto regressivo, è un ritorno alla natura, allo stato selvaggio, come andare scalzi o prendere cibo con le mani. Cinquemila anni di civiltà debbono insegnare di usare le scarpe, le posate e le bugie.
- Falsa modestia. Ma la modestia è sempre falsa.
- Mano fredda, cuore caldo. Anche in francese si dice così, anche in russo, anche in arabo. Questo dimostra che l'imbecillità è universale.

Gli aforismi sono stati ripresi da novelle e romanzi di Pitigrilli.

QUADRI & SALUTE

di Filippo Stazi



The doctor, Luke Fildes, 1887
Il quadro è esposto in una sala della
Tate Gallery di Londra.

Sir Luke Fildes nasce a Liverpool nel 1843 ed eredita dalla nonna l'attenzione per i poveri, che rappresentano i personaggi principali dei suoi primi lavori. Nel 1887 è già un pittore affermato quando riceve da Henry Tate la commissione di un quadro per la National Gallery of British Art. La commissione non specificava il soggetto e Fildes, influenzato dalla morte del proprio figlio, decise di fare un quadro chiamato THE DOCTOR. Nel 1877 Fildes aveva infatti perduto un bambino ed era rimasto particolarmente colpito dall'umanità che il medico curante, di nome Murray, aveva mostrato in quell'occasione. Il dipinto è quindi una sorta di ringraziamento nei suoi confronti. "The Doctor" fu esposto per la prima volta nel 1891 ed il successo fu immediato. Leggenda vuole che la moglie del pittore non riuscì per molti giorni ad accostarsi a guardare il quadro a causa della grande folla di visitatori.

Il dipinto si articola su due piani, uniti dalla figura della bambina malata, deposta su un letto di fortuna. La luce dell'alba che penetra dalla finestra fa supporre che la bambina sia stata vegliata per tutta la notte. In secondo piano, illuminata dalla luce che proviene dalla finestra, si staglia la figura del padre, in piedi, preoccupato e sofferente ma al contempo intento a cercare di consolare, posandole una mano sulla spalla, la madre, disperata ed accasciata sul tavolino. In primo piano si trovano invece il dottore e la bambina. Il medico, curvo in avanti e con la mano destra appoggiata sulla coscia, sembra dinamicamente proteso verso la malata, il braccio sinistro intento a sorreggere il volto suggerisce invece staticità. Questo contrasto tra dinamicità e staticità è amplificato dallo sguardo, mirato alla bambina ma al contempo perplesso. Traspare la consapevolezza e l'arezza del medico di non poter fare niente di più per curare la malata ... Un'altra interpretazione del dipinto vede invece, nella posizione centrale del dottore e in quella periferica dei familiari, una ripresentazione dell'impostazione medico-centrica e paternalistica della medicina dell'epoca. Il medico è il depositario della conoscenza, il paziente e i suoi cari lo seguono passivamente.



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



ST. JUDE MEDICAL
MORE CONTROL. LESS RISK.

Guarir dal ridere

di Bruno Domenichelli



“Il riso fa buon sangue”. Non è solo un detto popolare. Lo sostengono anche filosofi, antropologi e scrittori. Anche la Bibbia afferma che: “Un cuore allegro è una buona medicina” (Pr 17,22). Più recentemente anche i medici si sono impegnati nell’indagare i rapporti fra il ridere e lo stato di salute.

Di giullari e buffoni sono piene le Corti del medioevo e del rinascimento; i signori dell’epoca avevano già capito che l’allegria a tavola favorisce una buona digestione. Nella *Bisbetica domata*, Shakespeare invita all’allegria perché evita mille danni e allunga la vita. Nel Decamerone, Boccaccio, mostra di ritenere che la comicità possa contrastare la morte e tenere lontana la peste. Le risate di Carnevale evocano riti ancestrali di fertilità e di abbondanza. Ma di riso si può anche morire. Il *riso sardonico* era quello delle antiche genti sarde, le cui usanze prescrivevano risate rituali durante il sacrificio dei vecchi, quando questi venivano uccisi perché non più autosufficienti. Per di più sembra che l’obbligo di ridere fosse esteso anche alle vittime.

L’ironia della satira, da Aristofane a Pasquino, è stata da sempre valido antidoto alla frustrazione dei poveri e dei sottomessi. Terapia antistress su scala sociale?



Personnage, Joan Miró, 1967
 “Prendo in giro i miei personaggi. Prendo in giro l’uomo, questa marionetta che è impossibile prendere sul serio” (J. Miró)

Alcune teorie sullo stress (ora ridimensionate) hanno ipotizzato il ruolo della personalità di tipo A nel predisporre alle malattie cardiovascolari. Sembravano infatti candidati all'infarto individui competitivi, aggressivi, ambiziosi, ostili, irosi, perfezionisti, spasmodicamente tesi al successo sociale. A ben pensare, la capacità di vedere il lato umoristico della vita e una buona dose di autoironia si presentano come ottimi e specifici antidoti contro tutte le caratteristiche dei soggetti di tipo A. Perché allora non sfruttare l'umorismo anche per prevenire le malattie di cuore?

“L'umorismo aiuta a sdrammatizzare i problemi, a vedere la vita in modo positivo, a superare con una battuta momenti difficili... Ridere è una medicina ideale: non è cattiva da ingoiare..., è gratuita, non ha effetti collaterali negativi” (D. Francescato).

Ridere, se non altro, migliora la *qualità della vita*. Meglio di ogni discorso teorico val-

gono le parole illuminanti di un giovane professionista, impegnato tutta la vita a *“fare la persona seria”*: le riferisce nel suo libro *“Ridere è una cosa seria”* Donata Francescato, studiosa degli effetti dell'umorismo: *“Io sono una persona che tende a preoccuparsi e a prendere la vita sul serio. Però, quando sono in compagnia del mio amico Manuel, che è una testa di cavolo che pensa solo a godersi la vita, anch'io a poco a poco mi rilasso, perché lui mi fa ridere, di me e delle mie ansie... Lui riesce a trovare cose di cui ridere che io da solo non scoprirei mai, possiede insomma la capacità di inventarsi la gioia... Dopo mezz'ora che sto con Manuel... mi sento in forma, più leggero, respiro meglio, ho più energia”*.

I fisiologi avrebbero dimostrato che una buona risata stimola le endorfine e aumenta le difese immunitarie, migliorando così potenzialmente la resistenza contro molte malattie, da quelle infettive a quelle tumora-



Cirque, Fernand Léger, 1950

Guarir dal ridere. Forse non è impossibile. Purché si sia convinti che sorriso ed autoironia aiutano a superare meglio le situazioni difficili della vita e a “inventare” un po' della gioia necessaria per illuminare la tristezza delle giornate più buie.



La risata, Umberto Boccioni, particolare 1911

Una buona risata, suffragata da pensieri positivi, migliora l'equilibrio fra vago e simpatico, rilassa i muscoli e riduce l'ansia. E comunque contribuisce a migliorare la qualità della vita.

li. Una grossa risata, suffragata da pensieri positivi, migliora inoltre l'equilibrio fra vago e simpatico, rilassa i muscoli e riduce l'ansia. Una risata aumenta transitoriamente la pressione arteriosa, che però poi scende sotto i livelli iniziali, effetti analoghi a quelli di un buon esercizio fisico che, come noto, ha sul cuore un effetto positivo. Negli ultimi anni la ricerca psicosomatica sembra aver dimostrato che l'ottimismo, oltre a costituire una buona ricetta antistress, possa contribuire ad allungare la vita. Faremo il punto su queste ricerche sul prossimo numero di Cuore & Salute. Consapevoli degli effetti positivi sulla salute del buon umore, molti ospedali hanno

adottato diverse forme di *comico-terapia*. Medici-clown o clown di professione sono attivi anche in Italia, in ospedali pediatrici. Ridendo, i bambini riescono a superare ansie e paure e sono quindi più disponibili alle cure. "Guarir dal ridere" non è più quindi solo uno slogan, ma una concreta possibilità. L'importante è essere convinti che la ricetta sia valida anche nella vita quotidiana e per tutte le età, affinché ognuno di noi, con un sorriso e un po' di autoironia, impari ad affrontare meglio le situazioni difficili della vita e a "inventarsi" un po' della gioia necessaria per illuminare la tristezza delle giornate più buie.

Esplorare la vita



Realizzare i sogni

Science For A Better Life



Ci sono già sette miliardi di individui che vivono sul nostro pianeta e il numero continua a crescere di duecentoventimila unità ogni giorno. Come si può garantire l'alimentazione a un numero sempre maggiore di persone senza arrecare danni all'ambiente?

Come si può accrescere il benessere di ognuno e prevenire le malattie? Come sviluppare materiali nuovi che aiutino a conservare le risorse? La ricerca Bayer contribuisce a fornire soluzioni migliori a tali problematiche. La società è costituita da tre aree di business: Salute, Agricoltura e Materiali Innovativi. Campi nei quali Bayer è già un leader globale e la cui importanza per il futuro dell'umanità cresce ogni giorno.

www.bayer.it



Bayer:

HealthCare

CropScience

MaterialScience

La frutta previene l'aneurisma

Stiamo parlando della forma più frequente a una certa età, quella dell'aorta addominale, che i magri riescono a diagnosticarsela anche da soli osservando una pulsazione strana dell'addome, un po' sopra o un po' sotto l'ombelico. L'aneurisma è una specie di sfiancamento della parete della nostra arteria principale causata dall'arteriosclerosi, simile a certi bozzi dei copertoni di bicicletta che si osservavano un tempo. Il pericolo è naturalmente la loro rottura, che obbliga il ciclista dal meccanico e il paziente a una chirurgia d'urgenza, per cui si fa di tutto per prevenirla misurando con il Doppler l'evoluzione del suo calibro. Se supera certi valori lo specialista può arrestarne l'evoluzione rinforzando la parete dell'aorta malata con uno stent, quasi in day hospital.



Ma che ci azzecca la frutta con questa patologia tutta anatomica? Lo si dovrebbe domandare a un gruppo di svedesi, capeggiati dal dottor Otto Stackelberg, i quali hanno seguito per 13 anni circa 80 mila soggetti dai 46 agli 84 anni per valutare cosa facilitasse la comparsa dell'aneurisma addominale in 1.086 di loro, il 20% dei quali con rottura. Una risposta precisa non la danno, ma fatto sta che dalla loro accurata analisi risulta che né il fumo, né la pressione alta, né l'obesità,

né il diabete, né il colesterolo, né l'alcol avevano un'influenza significativa, solo l'abitudine di mangiare poca frutta facilitava questo piccolo/grande disastro anatomico. Gli autori, si capisce, non si abbandonano al fatalismo, anzi ci inondano di spiegazioni sulle proprietà dei componenti della frutta nel proteggere i nostri vasi, o meglio la loro parete interna nei complicatissimi processi ossidativi. Noi mediterranei, che secondo i commentatori politici siamo sempre alla frutta, dovremmo essere avvantaggiati, e speriamo che le statistiche lo dimostrino. Ci resta però una perplessità, come mai solo i frutti e non gli altri vegetali, come precisano quei ricercatori, hanno questa prerogativa?

E.P.

Nuove linee guida per la terapia ipocolesterolemizzante

di Vito Cagli



La determinazione della colesterolemia resta, a distanza di più di mezzo secolo, un pilastro nell'ambito della prevenzione delle malattie cardiovascolari. Grazie allo studio iniziato nel 1948 sulla popolazione di Framingham (USA), a partire dal 1957 si poteva considerare acquisito il dato che ad una più elevata concentrazione plasmatica del colesterolo corrispondeva un numero maggiore di morti cardiovascolari. Questo fatto comportava due conseguenze entrambe di grande importanza, sia pure sotto aspetti diversi. La prima conseguenza era che bisognava trovare il modo di abbassare la colesterolemia, nell'ipotesi (allora, per quanto ragionevole, era soltanto un'ipotesi) che questo potesse servire a ridurre il numero di malattie come l'ictus cerebrale o l'infarto del miocardio. L'esperienza successiva, a partire dal *Seven Countries Study*, organizzato e coordinato da Ancel Keys tra il 1958 e il 1964 dimostrò come alla "dieta mediterranea" si associasse una più bassa colesterolemia e con essa un minor numero di eventi cardiovascolari di natura arteriosclerotica.

La seconda conseguenza dello studio di Framingham fu un nuovo modo di fissare i valori normali della colesterolemia: non più con criterio esclusivamente statistico, ma in rapporto con il rischio cardiovascolare. Ciò che si voleva, insomma, era definire quale fosse la concentrazione di colesterolo nel sangue capace di assicurare la minore probabilità di andare incontro ad eventi cardiovascolari potenzialmente letali, quali l'infarto del miocardio o l'ictus cerebrale.



Processo al colesterolo

Nel corso degli anni abbiamo assistito all'emanazione di linee guida che indicavano come ottimali valori di colesterolo totale e di colesterolo LDL (quello correntemente indicato come colesterolo "cattivo") via via sempre più bassi e di colesterolo HDL (quello correntemente indicato come colesterolo "buono") via via sempre più alti. Le ultime linee guida pubblicate il 12 Novembre 2013 su *Circulation dall'American College of Cardiology*, congiuntamente all'*American Heart Association* assumono come base non le ricerche epidemiologiche sulla popolazione, ma alcuni studi di intervento con la somministrazione di statine, un gruppo di farmaci fondamentali per abbassare la colesterolemia.

I dati derivati dal materiale esaminato in queste nuove linee guida hanno condotto all'individuazione di quattro gruppi di soggetti tra 21 e 75 anni (nulla ci viene detto su soggetti più anziani) in cui l'impiego di dosi moderate o elevate di statine è seguito da una riduzione delle malattie cardiovascolari di natura arteriosclerotica e può quindi considerarsi vantaggioso.

I quattro gruppi di cui sopra sono i seguenti.

- 1) Individui in cui siano presenti malattie cardiovascolari di natura arteriosclerotica (delle arterie coronariche, dell'aorta, delle arterie cerebrali, delle arterie periferiche).
- 2) Individui con valori di LDL colesterolo eguali o superiori a mg 190/dl e non secondari ad altre cause, come per esempio l'assunzione di taluni farmaci, ostruzione biliare, sindrome nefrosica ecc.

- 3) Individui di età compresa tra 40 e 75 anni esenti da malattie cardiovascolari di natura arteriosclerotica, ma affetti da diabete e con LDL colesterolo compreso tra 70 e 189 mg/dl.

- 4) Individui esenti da malattie cardiovascolari di natura arteriosclerotica e da diabete, di età compresa tra 40 e 75 anni e con LDL colesterolo tra 70 e 189, i quali abbiano un rischio eguale o superiore a 7.5% di andare incontro ad un evento cardiovascolare entro 10 anni, calcolato in base al valore dei fattori di rischio per le malattie cardiovascolari di natura arteriosclerotica (valore del colesterolo totale e del colesterolo HDL, valore della pressione arteriosa, abitudine al fumo presenza di diabete).

Soltanto nel gruppo 2 il valore della colesterolemia diviene, da solo, il determinante per l'inizio della terapia con statine, che negli altri gruppi viene indicata per la presenza di malattie di natura arteriosclerotica o per la presenza di fattori di rischio cardiovascolari o di diabete, anche con valori normali di colesterolo.

Inoltre, poiché i trial in base a cui le linee guida sono state costruite erano effettuati impiegando dosi fisse di statine non è stato possibile fissare livelli ottimali di colesterolo da raggiungere con la terapia.

Quanto all'impiego dei farmaci, le raccomandazioni fornite si limitano ad indicare una scelta tra un trattamento con dosi elevate di statina, che dovrebbe produrre una riduzione dei valori di colesterolemia di almeno il 50% e un trattamento con dosi moderate, capace di produrre una dimi-

Circulation

JOURNAL OF THE AMERICAN HEART ASSOCIATION

2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines

Neil J. Stone, Jennifer Robinson, Alice H. Lichtstein, C. Noel Bairey Merz, Conrad B. Blam, Melinda J. Sandford Schwartz, Susan T. Shern, Sidney C. Smith, Jr, Kamal Watson and Peter W.F. Robert H. Edel, Anne C. Goldberg, David Gordon, Daniel Levy, Donald M. Lloyd-Jones, Patrick
Winters

Circulation published online November 12, 2013;

Circulation is published by the American Heart Association, 7272 Greenville Avenue, Dallas, TX 75241

Copyright © 2013 American Heart Association, Inc. All rights reserved.

Print ISSN: 0009-7322. Online ISSN: 1524-4539

nuzione tra il 30 e il 50%, dosi che sono diverse per i diversi tipi di statine e che non riteniamo di dover qui riportare. La scelta di cui sopra dovrebbe essere effettuata sulla base del rischio cardiovascolare a 10 anni più o meno elevato.

Un *Editoriale di Lancet*, pubblicato online in data 19 Novembre 2013 ha avanzato riserve sul modo in cui nelle nuove linee guida è stato calcolato il rischio cardiovascolare, un modo che porterebbe alla conseguenza secondo cui un terzo della popolazione adulta americana dovrebbe essere trattato con statine. Si osserva inoltre che se, com'è universalmente accettato, tra i fattori maggiori di rischio cardiovascolare vanno annoverati il fumo e l'ipertensione, in presenza di questi vale meglio sospendere il fumo e curare l'ipertensione che non prescrivere statine. Questa riserva è ben presente anche agli estensori delle linee guida, ma rischia di venir oscurata se il medico non impiega una sufficiente dose di elasticità e di buon senso.

Non è qui il luogo di approfondire più di tanto queste critiche. Desideriamo, invece, ribadire l'utilità delle statine come farmaci ipocolesterolemizzanti, attivi nella prevenzione delle malattie cardiovascolari di natura arteriosclerotica e sottolineare come da queste nuove linee guida emerga l'indicazione al loro impiego in rapporto

non soltanto al valore della colesterolemia totale, LDL e HDL, ma alla presenza di malattie cardiovascolari di natura arteriosclerotica o di diabete o anche all'importanza dei fattori di rischio cardiovascolari presenti. Una valutazione che dovrebbe sconsigliare l'autoprescrizione delle statine, riservandone, invece, l'impiego ad una ponderata valutazione del medico.

Abbiamo cercato di riassumere gli aspetti salienti di queste linee guida che occupano ben 83 pagine della rivista su cui sono pubblicate. Vorremmo concludere, anche in accordo con le osservazioni dell'*Editoriale di Lancet* sopra citato, osservando come non sia certo facile assumere tra i criteri per l'inizio e la condotta della terapia ipocolesterolemizzante con statine un preciso calcolo del rischio cardiovascolare, anche per l'esistenza di diverse tabelle di rischio. Ma il concetto di una valutazione più ampia della sola determinazione di colesterolo totale, LDL e HDL ci sembra debba essere accolto con favore e possa entrare più largamente nella pratica medica, anche come richiamo alla sempre più trascurata valutazione globale dei pazienti.

Qualche secondo di buonumore

Domestico fedele

Un uomo d'affari deve recarsi per qualche giorno all'estero per un viaggio di lavoro, convoca il buon Said, suo fidato domestico e gli spiega la situazione:

“Vedi io devo andare all'estero per qualche giorno, mi raccomando che tutto fili liscio qui e per qualsiasi problema chiamami.”

“Sì signore no preoccupare”

Dopo qualche giorno l'uomo d'affari, non sentendo notizie, chiama Said:

“Ciao, Said come va?”

“Tutto male!”

“Perché cos'è successo?”

“Rotto manico di vanga”

“Ma Said, porco cane, mi hai quasi fatto prendere un colpo, mi dici che va male e poi si è solo rotto il manico della vanga!?”

Poi preso dal rimorso pensa che Said potrebbe prendersela a male e allora cerca di conciliare: “Com'è successo?”

“Niente, sotterravo cane”

“Ma come, il mio cane che amavo come un figlio, ma com'è successo?”

“Caduto piscina!”

“Ma Said, è un Terranova, il cane bagnino, come può essere annegato in piscina?”

“No acqua in piscina e lui caduto morto”

“Ma come, non c'era l'acqua in piscina, abbiamo fatto la settimana scorsa la pulizia e messo l'acqua per l'estate!”

“Sì ma acqua usata pompieri per spegnere incendio”

“Incendio, ma quale incendio Said?”

“Preso fuoco la casa!”

“La mia casa, ma com'è successo?”

“Camera ardente sua madre, c'era candela vicino tenda, tutto bruciato.”

“La camera ardente, è morta la mia mamma? Ma se abbiamo festeggiato l'altro giorno il suo 70° compleanno ed era piena di energia!”

“Sì, ma ieri notte sua madre no riuscire a dormire, andata a chiedere aiuto a sua moglie, ma l'ha vista in camera con suo migliore amico ed è morta d'infarto.”

“Ma come Said mia moglie mi tradisce col mio migliore amico? Ma Said resto via 4 giorni e la mia vita è sfasciata, ma non c'è proprio nulla di positivo?”

“Sì capo, ricorda che altra settimana lei fatto test per AIDS?”

“Sì.”

“Ecco,... quello POSITIVO!”



Non importa, la trattengo

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.*

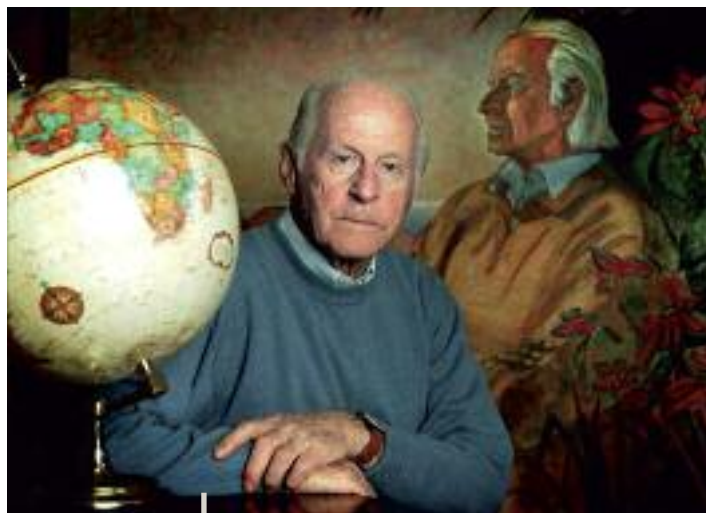
Thor Heyerdahl, l'uomo del Kon-Tiki

di **Paola Giovetti**



La sua patria norvegese gli ha dedicato a Oslo un apposito museo, dove si possono ammirare le due barche, il *Kon-Tiki* e il *Ra*, sulle quali compì le sue due più leggendarie imprese. La terza barca, il *Tigris*, la diede personalmente alle fiamme a Gibuti per protestare, lui ambientalista e pacifista, contro le guerre che dilaniavano il Corno d'Africa.

Thor Heyerdahl nacque nel 1914 a Larvik, in Norvegia, dimostrò fin da bambino un grande interesse per la zoologia e la geografia e si laureò in scienze biologiche all'università di Oslo. Sposato ad appena 22 anni con una compagna di università, trascorse con lei un anno intero in una capanna su un'isola polinesiana, procurandosi il cibo dalla natura e studiando la flora e la fauna locali. Da questa prima moglie ebbe due figli maschi, dalla seconda tre figlie femmine: entrambi i matrimoni finirono con un divorzio, di cui Heyerdahl si addossò ogni colpa. Un terzo matri-



Thor Heyerdahl

monio fu nel 1991 con Jacqueline Beer, nata nel 1932, con la quale visse a Tenerife e in Italia, dedicandosi ai suoi molteplici interessi geografici e archeologici.

Heyerdahl divenne famoso nel 1947 quando a bordo di una zattera di legno di balsa che aveva costruito lui stesso, battezzata *Kon-Tiki*, partì con cinque compagni dalle coste del Perù veleggiando per 8000 km nell'Oceano Pacifico e raggiungendo - contro ogni previsione di chi riteneva quell'impresa follia pura - le isole Tuamotu nella Polinesia Francese. Scopo: dimostrare che i popoli antichi potevano aver compiuto lunghi viaggi per mare, creando contatti tra culture separate da grandissime distanze. Si era creato questa convinzione sulla base di antiche narrazioni e disegni dei *Conquistadores* e anche ascoltando le leggende locali che suggerivano contatti tra il Sud America e la Polinesia. Il viaggio durò 101

giorni e dimostrò che era possibile che un'imbarcazione primitiva attraversasse a vela il Pacifico. L'impresa ebbe un risalto internazionale immenso e il libro che Heyerdahl scrisse "La spedizione del *Kon-Tiki*" fu tradotto in 70 lingue: i proventi servirono a finanziare le successive imprese.

La seconda spedizione fu quella del *Ra* e si svolse in due tappe, nel 1969 e nel 1970. Questa volta Heyerdahl attraversò l'Oceano Atlantico, partendo dal Marocco e arrivando alle Barbados. L'ispirazione gli era venuta da disegni e modellini di barche degli antichi egiziani. Il primo *Ra* (nome del dio egiziano del sole), replica fedele delle antiche imbarcazioni egiziane, fu costruito con papiro del lago Tana (Etiopia) da un costruttore di barche del lago Ciad. Della spedizione facevano parte, oltre a Heyerdahl stesso, un americano, un russo, un messicano, un egiziano, un abitante del Ciad e Carlo Mauri, il grande esploratore

italiano che ripercorse l'itinerario di Marco Polo, conquistò il Sarmiento nella Terra del Fuoco, il Gasharbrun IV nel Karacorum e partecipò a innumerevoli spedizioni scientifico-alpinistiche nell'Artide. La scelta di una équipe internazionale, composta da gente diversissima per razza e religione, era tesa a dimostrare che è possibile vivere e lavorare insieme pacificamente nonostante le grandi differenze. E a questo principio Heyerdahl si attenne sempre.



Kon-Tiki



Lapide a Colla Micheri

Il primo *Ra* non ebbe fortuna (a causa di una modifica della prua introdotta dal costruttore contro il parere di Heyerdahl) e dovette essere abbandonato poche centinaia di miglia prima delle isole caraibiche. L'anno dopo un nuovo *Ra* fu costruito sulle rive del lago Titicaca in Bolivia e questa volta la spedizione fu condotta felicemente a termine in 57 giorni. All'arrivo alle Barbados il *Ra* fu accolto da una folla entusiasta capitanata dallo stesso Presidente della Repubblica: Heyerdahl aveva dimostrato che con una imbarcazione costruita con concetti e materiali vecchi di 5000 anni era stato possibile varcare l'Oceano. Terza grande impresa fu quella del *Tigris*: questa volta Heyerdahl voleva dimostrare che Mesopotamia e Valle dell'Indo potevano aver avuto contatti. Il *Tigris*, imbarcazione di giunco, replica di una imbarcazione sumerica di 4000 anni a.c., fu costruito in Iraq, partì dal Golfo Persico con undici uomini a bor-

do tra cui ancora il nostro Carlo Mauri, raggiunse la Valle dell'Indo, si diresse poi verso il Mar Rosso e dopo cinque mesi di navigazione arrivò a Gibuti, dove, come abbiamo detto, l'imbarcazione fu incendiata dallo stesso Heyerdahl che ne diede notizia con una lettera aperta alle Nazioni Unite. Queste tre legendarie spedizioni, che alimentarono in modo straordinario l'interesse internazionale per la geografia e l'archeologia, non furono certo le sole cui Heyerdahl si dedicò: campagne di scavi all'isola di Pasqua, alle Maldive, in Perù si susseguirono negli anni. Ben undici lauree *ad honorem* gli furono conferite negli anni da università europee e americane. Heyerdahl è morto nel 2002, a 87 anni, per un tumore cerebrale. Quando gli fu comunicata la diagnosi, si preparò a morire rifiutando cibo e farmaci. Ebbe un funerale di Stato nella cattedrale di Oslo e le sue ceneri riposano nel giardino della sua casa di Colla Micheri, in Liguria, dove da tempo si era stabilito.

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



- **Francesco Ammendola** di Impruneta -Tavarnuzze
- **Augusto Antonietti** di Saronno
- **Marcello Argenti** di Roma
- **Vincenzo Arienzo** di Castellammare di Stabia
- **Giovanni Baldi** di Quarrata
- **Antonio Bassan** di Vigodarzere
- **Antonia Bassi** di Ceglie Messapica
- **Lino Beber** di Pergine Valsugana
- **Riccarda Beltrami** di Cortina d'Ampezzo
- **Roberto Berardelli** di Roma
- **Raffaele Bernardini** di Roma
- **Giuseppe Borghi** di Bologna
- **Giampaolo Brangi** di Brescia
- **Michele Bucci** di Treviso
- **Guglielmo Buglioni** di Roma
- **Lorenzo Buonincontri** di Capraia e Limite
- **Gilberto Caburlotto** di Padova
- **Nicola Calabrese** di Bari
- **Anna Lisa Calosi** di Bagno a Ripoli
- **Sabino Cardone** di Latina
- **Mario Carrai** di Lido di Camaiore
- **Ofelia Luisa Cecchi Vassallo** di Mogliano Veneto
- **Marcella Pompei Centro Anziani Trigatoria** di Roma
- **Gabriella e Laura Cirillo** di Verona
- **Vittorio Coccorello** di Roma
- **Arturo Coghe** di Cagliari
- **Enrico Conte** di Milano
- **Alberto Costantini** di Roma
- **Alessandro D'Ambrosi** di Ferrara
- **Francesco D'Anna** di Roma
- **Mario De Leonardis** di Pescara
- **Biagio De Pasquale** di Roma
- **Iolanda Deantoni** di Roma
- **Domenico Del Mauro** di Latina
- **Aldo Del Monaco** di Roma
- **Giovanni Di Ciò** di Martinsicuro
- **Giovanni Di Giampietro** di Anagni
- **Floriano Duva** di Trieste
- **Luigi Faenza** di Eboli
- **Farmacia Ubaldo Stazi** di Galliciano nel Lazio
- **Daniilo Ferrante** di Roma
- **Renato Fiorini** di Mestre
- **Concetto Giuseppe Fortugno** di Locri
- **Alfonso Galassi** di Modena
- **Antonio Gennari** di Marigliano
- **Anna Gentile** di Sestri Levante
- **Stefano Ghetti** di Carpi
- **Alessandro e M. Pia Girardo** di Roma
- **Andrea Giudice** di Roma
- **Dario Granata** di Milano
- **Luigi Greco** di Lecce
- **Antonio Imperatrice** di Bari
- **Roberto Lauro** di Bogliasco
- **Giancarlo Lavezzaro** di Torino
- **Paolo Levoni** di Castellucchio
- **Gino Lucca** di Ghemme
- **Pietro Maccaglia** di Terni
- **Angelo Maggi** di Corbetta
- **Cesare Masci** di Roma
- **Vittorio Mascia** di Bari
- **Mario Mazzetti** di Roma
- **Alessandro Merighi** di Carpi
- **Enrico Minosso** di Mestre
- **Emmanuel Miraglia** di Roma
- **Giorgio Molino** di S. Antonino di Susa
- **Lino Mondinari** di Milano
- **Giuseppe Narici** di Anguillara Sabazia
- **Anna Maria Narici** di Roma
- **Andrea Natale** di Caserta
- **Norma Olivari** di Milano
- **Luigi Oliveto** di Maratea
- **Enrico Onofrj** di Roma
- **Mario Orio** di Venezia
- **Alberto Palavisini** di Fucecchio
- **Fernando Pannella** di Ciampino
- **Piergiorgio Paton** di Portogruaro
- **Eugenio Petz** di Trieste
- **Giovanni Pomponi** di Roma
- **Gabriele Possanzini** di Fossombrone
- **Giorgio Pozzi** di Roma
- **Giorgio Rabitti** di Roma
- **Fernanda e Gino Riva** di Varese
- **Paolo Rossano** di Napoli
- **Alessandro Rossi** di Roma
- **Marisa Sabadelli** di Pistoia
- **Armando Sabbatini** di Falconara Marittima
- **Sache Srl** di Roma
- **Fausto Santeusanio** di Perugia
- **Tina Segulin** di Trieste
- **Farmacia Ubaldo Stazi** di Galliciano nel Lazio
- **Maria Teresa Strumendo** di Roma
- **Andrea Tonelli** di Bologna
- **Paolo Viglierchio** di Savona
- **Cesare Zaccaria** di Anzio
- **Maria Zanini Piotti** di Milano
- **Martino e Sandra Zubiani** di Roma

Musica e poesia si cercano in Chopin e Leopardi

di Eligio Piccolo



Non si conobbero e forse nemmeno si ascoltarono a distanza. Non mi risulta infatti che il poeta italiano seguisse con particolare interesse la musica del suo tempo, né che l'autore dei preludi avesse letto, magari in compagnia della novellista George Sand, i Canti del grande “romantico” di Recanati. Che romantico disdegnava di esserlo, almeno nel senso che vi si dava nell'età moderna, età della ragione, non ispiratrice, ma per lui nemica di ogni grandezza e bellezza, e quindi anche della poesia. La quale, diceva, è la capacità di recuperare il bello e il diletto, non di affrontare tematiche realistiche e narrative. La stessa reazione, d'altra parte, che aveva sempre ispirato il musicista polacco, alieno a qualsiasi riferimento ai temi extra-musicali, alle costruzioni concertistiche, sinfoniche e operistiche; per rimanere invece assolutamente libero di intrecciare quelle note e quegli accordi, ricchi di colore e di passioni, nelle loro varie forme di valzer, mazurche, polacche, notturni, preludi, e altre ancora. Mentre Leopardi nel suo Zibaldone parla della musica come “linguaggio dell'infinito e dell'infanzia”, in contrapposizione al mondo moderno decadente.

Entrambi furono solisti e solitari. Cercavano con entusiasmo e con sofferenza il contatto degli altri, della natura, degli ideali patriottici, l'uno nel pensiero struggente della sua Varsavia caduta sotto il dominio dei russi, l'altro di un'Italia che “siede in terra negletta e sconsolata”. Però tutti e due cercavano soprattutto sé stessi, Leopardi dedicandovi una



Giacomo Leopardi

poesia che, dopo una sconsolata perdita di ogni speranza, concludeva con “l'infinita vanità del tutto”; mentre Chopin sembra rispondergli con i suoni aspri e cupi di un famoso Preludio, il n. 2 e nel più ascoltato Studio Opera 10, la Tristezza. Qualcuno, per primo, aveva intuito questa corrispondenza virtuale fra i due geni dell'ottocento, era Nietzsche che scriveva: “L'ultimo dei musicisti più recenti, il polacco Chopin, l'unico a cui si addece l'epiteto di inimitabile, ha contemplato e adorato tutta la bellezza della poesia leopardiana prima di suscitare la sua musica così toccante”. E infatti Leopardi nello Zibaldone sembra confermarlo: “Ho inteso suscitare in chi legga o ascolti i miei versi gli stessi effetti assegnati al suono e al canto e a tutto ciò che spetta all'udito”.



La tomba di Chopin a Parigi

Alcuni vedono addirittura nella loro arte singolare e solitaria un'anticipazione di quella attuale, del nostro novecento, l'uno con le sue poesie che abbandonano gli schemi metrici e gli elementi narrativi, cercando invece nel libero verso gli effetti della rima o dell'assonanza solo nel momento in cui queste possono eccitare il patetico e la profondità dei sentimenti, come un canto; l'altro, Chopin, componendo, come diceva Baudelaire, una “musica leggera e appassionata simile a un brillante uccello che volteggia sugli orrori dell'abisso”. Mentre, per rimanere tra gli artisti di grande sensibilità, Garcia Lorca lo penserà in un suo valzer, nel quale vi intreccia un dialogo triste fra due amanti che si respingono, dandoci alla fine questa immagine: “*El jardin es de ensueno. La inquietud agita el aire y deshoja flores...*” (Il giardino è di sogno. L'inquietudine muove l'aria e spoglia i fiori dai petali...). Interessante e in un certo senso paradossale appare infine il giudizio di Maurice Ravel, che definisce Chopin “un grande slavo, italiano di educazione. Ma cos'è che rende così simili due persone, certamente dotate e geniali, entrambe esordienti come *enfant prodige*, ma che nascono e si educano in terre così diverse, l'uno proiettato in un ambito internazionale e vivendo principalmente nella città più culturale dell'epoca, Parigi; l'altro, che nasce nobile in un paesino provinciale, in quel “natio borgo selvaggio, intra una gente zotica, vil”? Certamente li unisce la sofferenza fisica, che logora entrambi nelle vie respiratorie, con il cuore polmonare nel “gobbo” di Recanati, con la tisi progressiva nel delicato pianista polacco. Tut-

ti e due termineranno la loro esistenza all'età di 39 anni e in solitudine, così come in solitudine avevano costruito la loro arte. Durante i 50 anni in cui si embricarono le vite di questi due geni, un altro genio sconvolse il mondo politico e ne cambiò i riferimenti, Napoleone, ma passò come se quel turbinio storico (“di quel sicuro un fulmine tenea dietro il baleno”) avesse ancor più rinserrato e isolato il loro piccolo-grande mondo dell'arte.

Per me, adolescente, innamorato di “A Silvia” e delle “Ricordanze”, mentre ero degente in ospedale per un'infezione e ascoltavo dalla radio Chopin interpretato da Rubinstein, pensavo a quella loro breve vita, non come una coincidenza, bensì come un tratto distintivo di certe genialità. E ho continuato poi a farlo per tutti gli anni della mia vita di medico, durante i quali non sono riuscito a staccarmi, né a stancarmi, dei “canti” dell'uno e dei suoni dell'altro. Quando chiesi a Cabrera, un famoso maestro di elettrocardiografia e uomo colto, che si diletta nel suonare Chopin al piano, quale fosse il segreto di quella musica così coinvolgente e non spiegabile con il sentimentalismo romantico, mi disse: “sono i suoi accordi, costruiti come fossero espressione di tanti strumenti insieme, una vera orchestra”. Una risposta che, aldilà delle stupende sensazioni musicali, voleva farmi capire anche la complessità tecnica che il genio polacco era stato capace di inventarsi, riuscendo a fare del piano non un solista, ma un coro. Mi rimaneva però e mi rimane ancora insoluto il perché di certe personalità che sublimano i contrasti sentimentali, delle sofferenze fisiche e della pre-

visione di una vita breve nel condizionare la loro arte, rendendola così vera e unica per sé stessi e per gli altri. Come se quei contrasti fossero stati in qualche modo determinanti nel liberarli da altri interessi meno nobili, come la ricerca del successo e della gloria.

Ritornando al connubio lirico di questi due grandi della poesia e della musica va sottolineata la brevità delle loro forme, poesie e composizioni, che non è mancanza di profondità o peggio diletterismo, ma estrema sintesi di immagini, di sentimento e di costruzione tecnica. I Notturmi che sono le sonate più fantasiose di Chopin, oscillanti fra l'elegiaco e il drammatico, sembrano in consonanza con Leopardi quando dice: “le parole notte, notturno, le descrizioni della notte, ecc, sono poeticissime perché la notte confondendo gli oggetti, l'animo non ne concepisce che un'immagine vaga, indistinta, incompleta, sì di essa che di quanto essa contiene”. Altre due particolari emozioni si ritrovano spesso nei due artisti, il ricordo e la nostalgia, che in Chopin, specialmente nelle *Poloneses*, riflettono un misto di saudade patriottica e di tormenti personali; mentre Leopardi vi dedica una delle sue poesie più belle, che inizia con “Vaghe stelle dell'Orsa, io non credea tornare ancor per uso a contemplarvi” e termina con “la rimembranza acerba”, del tutto personale, ma che si riverbera, come le note del pianista, nell'animo di ognuno. Anche il famoso pessimismo leopardiano, che traspare in tantissimi suoi Canti, può essere correlato a molte composizioni chopiniane, specie la Sonata opera 35, che comprende in sé la

marcia funebre, e gli ultimi notturni. A conclusione di questo suggestivo, ma forse azzardato, parallelismo tra Leopardi e Chopin non può sfuggire il fatto che il primo abbia voluto dare alle sue composizioni poetiche il nome di Canti, che è un giusto riconoscimento al loro colore, alla fantasia, alla cadenza dei versi, ai sentimenti che suscitano e alla composizione breve, tutte caratteristiche che ricordano le poesie dei lirici greci accompagnate dalla ce-

tra. Molti anni fa conobbi un chitarrista calabrese che si diletta a tradurre in canzoni le poesie di Leopardi con un discreto risultato. Ma rimane celebre la recitazione di Arnaldo Foà della poesia "A Silvia" accompagnata al piano da Andrea Costa. Chissà se a qualcuno verrà l'idea di recitare altre poesie di Giacomo Leopardi, magari accompagnate al piano con le note di Frederic Chopin. Potrebbe essere la prova del nove di quella loro sintonia a distanza.

L'autopsia virtuale

Saranno contenti gli oppositori di sempre, quelli cui fa ribrezzo il solo pensiero che un loro caro venga sezionato da morto in ogni sua parte, senza riguardi per il cuore e il cervello, le sedi di tanti nobili riferimenti. Ma lo saranno anche coloro la cui religione pone certe riserve, e forse perfino i medici cui spetta l'ingrato compito di rovistare tra visceri e membra alla ricerca della causa di un decesso improvviso, naturale o provocato.

Un tempo, quando i primi anatomici pubblicarono questi studi che ci facevano conoscere come funzionava il nostro corpo e poi scoprire le cause delle malattie che ne avevano stabilito la fine, la curiosità e l'interesse scientifico erano al massimo grado; oggi l'autopsia è diventata una routine, certamente non priva di interesse culturale, didattico e medico, ma che impegna tempo, personale e strutture, oltre l'ingrato compito di convincere i parenti a dare l'assenso. E giustamente qualcuno ha cominciato a pensare che forse la moderna tecnologia, quella che è capace di sezionare il nostro corpo in fette radiologiche (TAC) o con la risonanza magnetica (RMN), è anche capace di farci vedere post-mortem ciò che è successo prima. Detto-fatto e già stanno



uscendo pubblicazioni nelle quali, confrontando la TAC-RMN con la tradizionale autopsia, se ne vede una forte corrispondenza. Rimanendo nel campo delle malattie di cuore e della temuta morte improvvisa, si sono osservate non solo le molte anomalie gravi e le compromissioni coronariche, ma anche l'epoca di insorgenza di un infarto. Qualcuno in passato si è divertito, si fa per dire, ad autopsiare perfino le mummie egizie e di altre antichità per scoprirne la causa di morte. Oggi lo si è fatto con la TAC, la quale ha rivelato che i faraoni e gli alti dignitari, la cui età media era piuttosto bassa, avevano già i segni di malattie arteriosclerotiche sia nelle coronarie che nei vasi che vanno al cervello e alle gambe.

Ancora una volta questa nuova "luce" ci è venuta dall'oriente, dal Giappone nel 1985, con la proposta ancora in abbozzo di un *autopsy imaging*, poi rielaborata dagli svizzeri con il neologismo di *virtopsy*. Oggi, in epoca di risultati attendibili, si preferisce ai nomi di fantasia quello di *post-mortem imaging* (riscontro postmorte), che sta riscuotendo l'interesse sia del medico in generale che di quello forense. Peccato che il commissario Montalbano debba sostituire il suo simpatico perito-settore con un anonimo radiologo.

E.P.

Quanto è onesta la ricerca?

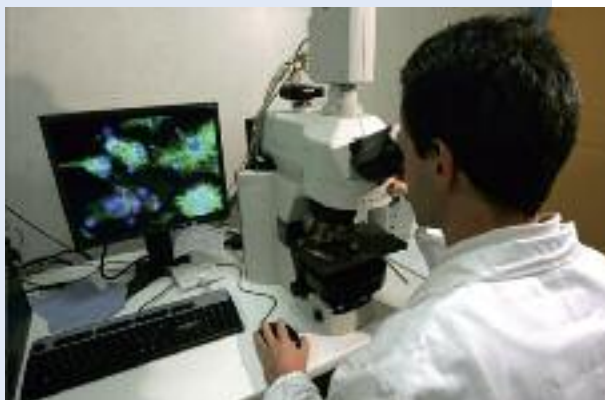
La buona cura dei malati dipende dalla bravura dei loro medici, dalla loro preparazione, dalla loro assiduità nello studio, dal loro rigore. I medici clinici però in fondo non sono altro che degli esecutori, degli applicatori, si limitano a mettere in pratica quello che altri hanno scoperto e creato. Questi oscuri personaggi che non avranno mai la riconoscenza del singolo malato sono i ricercatori, spesso medici, a volte biologi, scienziati sempre, che all'interno dei loro laboratori hanno dedicato la vita alla lotta alle malattie. Si deve ad essi il grande progresso della medicina, si deve ad essi l'allungamento ed il miglioramento della qualità di vita di tutti noi. Nell'immaginario collettivo il ricercatore è visto come una figura animata solo dallo spirito di conoscenza, schiva, disinteressata al denaro. Una sorta di angelo schierato a favore dell'umanità.

L'immaginario non necessariamente coincide con la realtà. Amareggia ma, in fondo, non sorprende apprendere che anche la ricerca è in realtà afflitta dai vizi tipici dell'essere umano.

Le conseguenze di una ricerca condotta male, con poco rigore, con pratiche discutibili o a volte francamente disonesta, sono però estremamente gravi e vanno dal rischio di fondare l'operato dei medici su presupposti sbagliati, a quello di gettare discredito su tutti gli studi, anche quelli rigorosamente condotti. Il problema della ricerca poco scientifica effettivamente esiste

come ci suggeriscono numerosi indicatori emersi di recente. Il primo dato meritevole d'attenzione è che la frode è risultata essere la prima causa di ritiro dalle riviste scientifiche di articoli di scienze naturali o biomediche. Secondo una ricerca pubblicata su *Proceedings of the National Academy of Science* circa il 43% degli articoli è stato infatti annullato perché conteneva dati fittizi o manipolati. Il 14% è stato cancellato perché lo studio era apparso in più di una pubblicazione e nel 10% dei casi invece lo studio è stato rimosso per il sospetto di plagio. Colpisce che dal 1975 ad oggi il numero degli studi ritirati per il sospetto di frode sia aumentato di circa 10 volte.

Evidenze simili risultano da un altro studio pubblicato sulla rivista *PLOS Medicine* che sostiene che dal 2 al 14% degli scienziati potrebbe aver falsificato o fabbricato i dati delle proprie ricerche e che il 33% degli stessi potrebbe essere colpevole di discutibili pratiche di ricerca. Anche un altro monitoraggio sulla qualità delle ricerche effettuato da membri dell'*US National Institutes of Health* è giunto alla stessa conclusione. Quest'ultima ricerca evidenzia inoltre che nelle nazioni ad alto reddito sono state nel corso degli anni messe in atto delle politiche di controllo e di verifica mirate a snidare le condotte scorrette nel mondo della ricerca scientifica, grazie anche alla stesura di regolamenti etici, di linee guida professionali ed alla supervisione da parte di organismi nazionali, ma che tutto ciò è ancora insufficiente per considerare debellato il rischio di dati falsi. Quanto detto non deve essere assolutamente visto come un invito a non prestare fede a quanto emerge nelle pubblicazioni scientifiche ma un'esortazione ad affidarsi a fonti scrupolosamente testate e di riconosciuto prestigio. È esperienza comune, ad esempio, di quanto il web sia ormai diventato fonte d'informazione per tutti. Il 30% degli italiani infatti secondo alcuni studi usa internet come prima fonte d'informazione sulla salute. Ogni forma di diffusione della conoscenza è sempre bene accolta ma non ci stancheremo mai di ricordare che non tutte le fonti hanno la stessa veridicità e che tutto ciò che viene riportato deve essere sempre vagliato con criticità e possibilmente con il consiglio di professionisti esperti del settore.



F. S.

Lettere a Cuore e Salute

D. Ancora sulle variazioni della pressione

Gentile Cuore e Salute,
ho 70 anni e da 30 prendo, per controllare la pressione, Lovibon 5 mg al mattino e Loartan 50 mg alla sera. Avrei un quesito da porVi: due/tre volte all'anno la pressione, senza spiegabili motivi, sale per due o tre giorni per poi tornare ai normali livelli previsti.
Dove sta "l'arcano"? Quali potrebbero essere i motivi?
Distinti saluti.

Gianluigi O., Verona

R.

Gentile Sig. Gianluigi,
anzitutto mi complimento con Lei per la sua costanza nel seguire la terapia, anche se devo rilevare che il Losartan venne sintetizzato da Timmermans nel 1991 e quindi soltanto 23 anni or sono.
E ancora devo complimentarmi perché ottenere dalla terapia una pressione arteriosa entro i "normali livelli previsti" per non meno di 356 giorni all'anno è comunque un risultato eccellente.
Dunque, il nostro interlocutore può stare tranquillo e continuare la terapia che così a lungo gli ha dato risultati tanto buoni.
Ma egli ha una curiosità: vorrebbe sapere quali siano le cause che determinano, in quei pochi giorni di cui si è detto, un aumento dei valori pressori. Cercheremo di avvicinarci ad una risposta, senza pretendere di più poiché il problema della variabilità della pressione arteriosa è tra quelli di più difficile soluzione anche quando si conosca qualche elemento in più rispetto a quelli assai scarni che ci vengono forniti, primo fra



tutti l'entità dei segnalati aumenti della pressione.

Consideriamo anzitutto la variabilità legata a fattori estrinseci e qui possiamo elencare:

- il calo della pressione durante il sonno;
- l'aumento legato al fumo di sigaretta, al caffè, ai vasocostrittori nasali od oculari nell'ora precedente alla misurazione;
- la misurazione eseguita dopo esercizio fisico intenso;
- l'ambiente freddo in cui la misurazione viene effettuata;
- la presenza di altre persone che parlano o formulano delle richieste o, comunque, disturbano la quiete.

Vi è poi la variabilità della pressione non legata a fattori esterni, quella che possiamo definire come "intrinseca", spesso parallela ma opposta alle variazioni in più o in meno della frequenza cardiaca e associata anche a variazioni del ritmo respiratorio. Di grande importanza è l'intervento dei barocettori che hanno sede nella parete delle arterie carotidi e che intervengono anche in rapporto con il variare della frequenza cardiaca. Sono altresì molto importanti la maggiore o minore attivazione del sistema simpatico e di quello renina-angiotensina-aldosterone su cui influisce l'apporto di sodio (sale da cucina, cibi molto salati, ma anche assunzione di bicarbonato di sodio per combattere l'iper-acidità gastrica) né va dimenticato il ruolo di alcuni centri encefalici (soprattutto a sede nel midollo allungato) che possono influire sulla pressione arteriosa sia nel senso dell'aumento sia nel senso della diminuzione. Come vede i meccanismi che influenzano i nostri valori pressori sono molteplici e complicati, tanto che clinicamente non è facile riuscire a individuarne l'intervento nelle singole differenti circostanze.

Ma ora che le ho fornito qualche suggerimento potrà lei stesso cercare di identificare quello o quelli che le possono sembrare i più probabili. Non rammaricandosi troppo se non troverà la risposta giusta; al più in quei pochi giorni di rialzo pressorio, con il consenso del suo medico curante, potrà aggiungere alla terapia in atto una compressa di diuretico (per esempio idroclorotiazide mg 25).

Vito Cagli

D. Extrasistoli e fibrillazione atriale 1

Cari amici di Cuore & Salute, scusate, sarò forse per la mia emotività ma io sono alquanto preoccupata delle extrasistoli che sento da qualche anno, come fossero dei sobbalzi e talvolta mi paiono delle punture al petto. Il mio medico e anche il cardiologo mi hanno rassicurata ma hanno voluto che facessi l'Holter oltre ai vari elettrocardiogrammi e le hanno definite sopraventricolari. Non so cosa vogliano dire, ma intanto mi hanno consigliato l'aspirina e di stare attenta se per caso diventano, come dicono loro, complesse, cioè diventano tachicardie. Dicono che sono innocenti e che devo convivere perché le medicine per eliminarle mi farebbero più male che bene. Il cardiologo però mi ha anche detto che devo stare attenta a possibili fibrillazioni che alla mia età, ho solo 45 anni, potrebbero comunque verificarsi. Gli ho precisato che non mi sento punto tranquilla con codesti discorsi perché una mia zia ha avuto un lungo calvario di fibrillazioni e scosse. Lui ha sorriso, ma non m'ha per nulla tranquillizzata. Mi potreste per cortesia chiarire un pochino le idee? Grazie molte e finché campo continuerò a leggervi.

Maria Grazia B., Pisa

R. Gentile Maria Grazia, stia tranquilla, sono perfettamente d'accordo con i suoi bravi medici e con le loro rassicurazioni: le sue extrasistoli non sono una malattia, ma, se mi consente il termine un po' banale, un disturbo, frequenti anche alla sua giovane età e perfino prima. Tutto vero quello che le hanno detto: sono benigne perché nascono in quella parte alta del cuore, gli atri, dove non si verificano le malattie più preoccupanti, come l'infarto, le



cardiomiopatie o le miocarditi, le quali colpiscono invece i ventricoli e possono sviluppare aritmie pericolose. Benigne ma non completamente innocenti, come ha dovuto precisarle il cardiologo, poiché se diventassero troppo frequenti, ma soprattutto si associassero a certe complicazioni o concause, come la pressione alta, il diabete, lo scompenso di cuore, l'ictus e l'età oltre i 70 anni, e tanto più queste concause fossero presenti, vi è, teoricamente e statisticamente, il rischio che tali battiti irregolari, ossia le extrasistoli sopraventricolari, possano innescare la fibrillazione atriale. Come vede siamo nell'ipotetico più assoluto, che nel suo caso poi non ha alcuna rilevanza medica. Tuttavia, bene ha fatto il suo medico a prescrivere l'aspirina, che, se la tollera bene, serve a proteggerla nel caso che qualcuna di quelle complicazioni si verificasse. Corretta pure la rinuncia ai farmaci antiaritmici che, oltre ad essere poco efficaci in questi casi, sono spesso un rattoppo peggiore del buco. E soprattutto non pensi alla sua sventurata zia perché oggi la fibrillazione non fa più paura e può essere risolta in mille modi senza rinunciare a una vita normale. Con i più cordiali saluti.

Eligio Piccolo

D. Extrasistoli sopraventricolari e fibrillazione atriale 2

Gentile Cuore & Salute,
a fine anno 2010 veniva citato uno studio in cui si rilevava come la presenza di extrasistoli sopraventricolari aumenti fino a oltre due volte il rischio di fibrillazione atriale, pur in assenza di cardiopatia o di altre gravi condizioni patologiche e veniva richiamata una maggiore attenzione nei confronti di eventuali fattori causali. È possibile conoscere quali siano tali fattori causali e quale l'eventuale trattamento? Grazie e buon lavoro.

Gianluigi F., Veroli (FR)

R. Gentile Sig. Gianluigi,
la comparsa di extrasistoli sopraventricolari in cuore sano e in assenza di patologie extracardiache non trova, nel maggior numero dei casi, una causa documentabile. Va comunque osservato che nel citato articolo di Z. Binici et al (*Circulation* 2010;121:1904) si fa riferimento a soggetti tra 55 e 75 anni - quindi non proprio giovani - e ad aumento della probabilità della comparsa di fibrillazione atriale che è in rapporto con il numero delle



extrasistoli per ora e all'eventuale presenza di "scariche" di extrasistoli.

Indipendentemente dal citato articolo, le condizioni che vengono più spesso indicate come scatenanti per le extrasistoli sono l'eccessiva replezione dello stomaco (pasti abbondanti, abuso di bevande gassate), ed anche la posizione

clinostatica, a causa del sollevamento del diaframma con conseguente modificazione della posizione del cuore che può determinarsi nelle situazioni sopra ricordate.

Anche il fumo di tabacco e l'abuso di caffè possono essere seguiti dalla comparsa di extrasistoli e così pure gli stress fisici o emozionali.

L'eliminazione di queste condizioni predisponenti può essere utile, ma non assicura in tutti i casi la scomparsa delle extrasistoli.

Cordiali saluti.

Vito Cagli

Quaderno a Quadretti



di Franco Fontanini

La donna sceglie a naso l'uomo giusto

Da tempo immemorabile si dice che una persona, generalmente un uomo, ha il naso per gli affari, anche se non esiste alcuna prova che sia vero.

Del naso della donna si dice che è irresistibile, probabilmente è vero, basti ricordare Cleopatra il cui naso fu il più celebre e sensuale della storia, ma tutto sarebbe conseguente agli odori emanati dal nostro corpo.

In Francia, patria degli aromi, molti medici effettuano ancor oggi preventivamente "l'analisi olfattiva" degli ammalati per cogliere quelli che possono orientare verso la diagnosi. Permane la convinzione che ogni organo del nostro corpo emani un odore specifico che cambia quando si ammala per-

mettendo così di riconoscere la TBC, le ulcere, la febbre tifoide, le epatopatie e persino alcune turbe psichiche come l'ansia che rendeva nauseante la traspirazione delle ascelle e le fobie che rendevano fetide le flautolenze.





Accademia del Concerto fiorita in Firenze sotto la protezione della Real Casa dei Medici nel Secolo XVII.

Le persone in buona salute e buone d'animo non emanano cattivi odori, molti santi addirittura profumavano. Santa Teresa d'Avila odorava di gelsomino e di iris, San Gaetano di arancio, Santa Liduina di cannella.

L'odore dell'uomo maturo, specie se villosa è acre, intenso, ricorda il muschio ed evoca vigoria fisica e virilità. Molti secoli fa si riteneva che gli aromi emessi, in particolare gli ormoni, si riversavano nel sangue che li trasportava agli organi bersaglio. Gli ormoni maschili venivano chiamati "aura seminalis".

L'odore delle donne era tenue e dolciastro, si riteneva che le mestruazioni "spurgo degli odori", provocassero le putrefazioni

per cui la donna mestrata non poteva cucinare intingoli, né salse, né sughi, credenza arrivata fino a noi. Il muschio è sempre stato considerato un aroma afrodisiaco, Emile Zola scrisse che la donna vi fa ricorso di nascosto per rapporti orgiastici. La depressione privava il corpo di ogni odore, l'intensificarsi dei cattivi odori indicava peggioramento, l'attenuarsi l'approssimarsi della guarigione.

Gli odori rivelavano anche la residenza, la professione, la razza, la classe sociale; Flaubert asseriva di non riuscire a dormire dopo aver respirato in un omnibus popolare. Tutte le città emanavano fetori, Parigi in tutti i tempi è sempre stata la più maleodorante d'Europa.

Le terapie del passato erano ovviamente molto limitate, per contrastare la perdita di vitalità veniva prescritto all'ammalato di trascorrere alcune giornate in una stalla con giovani giumenti, ad un aristocratico di restare a lungo a letto a contatto con fanciulle nude, agli anziani l'aspirare l'aria emanata dal respiro di bambini

Nella corte di Luigi XV, il "Beneamato", per tutelare la buona salute, ogni giorno veniva diffuso nell'aria un profumo diverso, il più efficace veniva considerato l'*acqua della marescialla*.

Lo studio degli odori e dei loro rapporti con la malattia divenne intenso nell'ottocento quando fu pubblicato in Francia il primo trattato sull'argomento: "Memoria sugli odori esalati come sintomo di salute e di malattia", ma, per la verità, le prime ricerche sono dovute a studiosi italiani guidati da Lorenzo Magalotti, il "primo odorista", un let-

terato dottissimo con interessi scientifici, segretario dell'*Accademia del Cimento*, con la collaborazione di Bernardini Ramazzini e di Ulisse Aldrovrandi, il quale catalogò alcune decine di aromi e sessualità, dopo che erano state evidenziate nella donna le analogie fra il comportamento della mucosa genitale e quella nasale.

Particolarmente studiati furono i rapporti fra odori e sessualità, dopo di che le giovani tedesche cominciarono a dire di "non poter annusare un uomo" per far capire che quell'uomo non andava loro a genio. Queste nozioni condizionarono molte scelte matrimoniali perché gli odori del maschio giovane sono intensi e si concentrano nella regione inguinale. Per capirlo non era necessario annusare l'uomo, ma bastava una maglietta indossata dall'uomo per un paio di giorni e di notti. La donna che faceva uso di anticoncezionali ormonali perdeva questa proprietà che veniva invece esaltata da alcuni profumi.

Recentemente è stato individuato anche nei neonati un odore particolare che resiste a bagnetti e lavaggi per circa due mesi, di composizione non ancora conosciuta, ma nel quale sono state riscontrate alcune molecole presenti nel liquido amniotico e nella loro cute. Alcuni psicologi l'hanno trovato anche nei pigiama ed hanno potuto rilevare che possiede, nei primi tempi dopo il parto, un effetto stimolante dei circuiti nervosi delle cellule del piacere e del benessere psicologico.

Le donne tedesche molte delle quali rifiutavano un uomo perché non provavano alcun piacere ad annusarlo, potrebbero es-

sere considerate le inconsapevoli antesignane delle asserzioni degli immunologi che da tempo sostengono che molte donne possono scegliere il loro partner dall'odore, grazie al cosiddetto complesso maggiore di istocompatibilità.

Secondo alcune teorie immunologiche i geni del complesso di istocompatibilità avrebbero la funzione di codificare le proteine del sistema immunitario. Quanto più queste sono variate in una coppia che si riproduce, tanto più efficiente è il sistema immunitario e aumentano le probabilità di generare prole sana, al contrario di quanto accade nelle coppie con elevata percentuale di MHC eguale. Da quest'ultime, infatti, nascono spesso neonati sottopeso, sono più frequenti gli aborti spontanei e le malattie fetali poiché è stato provato che gli organi riproduttivi femminili riconoscono il corredo genetico dell'embrione e rifiutano la gravidanza, secondo lo stesso principio che regola il rigetto degli organi trapiantati. Alla fine dell'ottocento un collaboratore di Freud rilevò la regolare periodicità di 29.5 giorni, di alcuni eventi nasali contemporanei al ciclo mestruale, rigonfiamento e arrossamento della mucosa nasale e di quella genitale che iniziava a sanguinare. Successivamente venne confermato che entrambi erano dovuti agli estrogeni.

Le donne anosmiche che avvertono scarsamente gli odori, presentano uno scarso sviluppo delle ovaie con follicoli immaturi, come gli uomini anosmici che hanno testicoli piccoli e producono pochi spermatozoi. Ripetute osservazioni avrebbero rivelato che molte donne sarebbero in grado di ri-

conoscere mediante l'olfatto l'uomo con MHC complementare e istintivamente preferiscono dei partners geneticamente diversi, per cui potrebbe non essere senza fondamento l'antica affermazione che le donne riconoscono a naso l'uomo giusto.

Spermatozoi come l'oro

Sperma indicava già nell'alto Medioevo il liquido contenente gli spermatozoi, è probabile che risalga ad Omero e dette il nome ai mezzi di riproduzione dei vegetali, degli animali e degli uomini.



È un liquido biancastro, gelatinoso, sgradevole del quale le signorine in passato dovevano ignorare la natura e che per la Federazione di sessuologia sta diventando sempre più scarso. Nella seconda metà del '900 la fertilità dell'uomo è calata in media del quarantacinque per cento, e il presidente dottor Pardo da anni dice che prossimamente lo spermatozoo fresco avrà il valore dell'oro. In India esistono da anni le banche dello sperma.

La quantità di sperma prodotta è calata di oltre il cinquanta per cento.

Se gli studi in corso non daranno i risultati attesi, non è lontano il tempo in cui i figli si otterranno soprattutto con la fecondazione artificiale in vitro, per non sprecare una sola goccia di liquido seminale.

In pochi decenni si è passati dallo studio dei mezzi anticoncezionali a quello della ricerca dei mezzi per accrescere la produzione degli spermatozoi e delle fecondazioni in laboratorio.

Chi semina raccoglie

di Filippo Stazi

Uno studio americano recentemente pubblicato ci fornisce interessanti motivi di riflessione. Gli autori hanno infatti confrontato il rischio di arresto cardiaco in centri sportivi tradizionali con quello che si verifica in strutture alternative quali ad esempio sale di bowling, piste di pattinaggio sul ghiaccio e campi da tennis al coperto. Il primo risultato di rilievo è che l'arresto cardiaco è più frequente nei secondi che nei primi, probabilmente per il migliore livello di salute di chi fa attività sportiva regolare rispetto a chi vi si dedica solo occasionalmente. Ancora più interessante è però il dato che mostra che chi è vittima di un arresto cardiaco in un centro sportivo tradizionale ha una maggiore probabilità di sopravvivere rispetto a chi sperimenta la stessa condizione altrove. Ci piace pensare che questi risultati siano il frutto degli sforzi profusi nelle campagne di prevenzione delle malattie cardiovascolari nonché della maggiore conoscenza delle manovre di rianimazione che si sta diffondendo nei centri sportivi.



Le buone notizie

Veneto. A Venezia inaugurato nuovo punto Primo Soccorso e attivata rete con 50 defibrillatori



11 FEB - Prende il via nella Ulss 12 Veneziana il progetto 'Salute in Rete', composto da due punti di primo intervento, una

diffusione capillare di defibrillatori in città, un sito web che tiene collegato l'utente alla rete sanitaria informandolo con un sistema georeferenziato sull'ubicazione di tutti i siti di erogazione sanitaria.

Tre sono stati gli eventi che hanno caratterizzato l'avvio del nuovo progetto. L'inaugurazione del nuovo punto di Primo Soccorso a Piazzale Roma, realizzato nelle adiacenze del garage comunale, che si affianca a quello già attivo in Piazza San Marco. La consegna simbolica di 50 defibrillatori collocati in ambienti pubblici selezionati, luoghi sensibili, musei e alberghi (Venezia viene così battezzata "città cardioprotetta"). La presentazione del sito web www.healthvenice.com, già attivo e realizzato in 5 lingue (italiano, inglese, spagnolo, russo, cinese e mandarino), georeferenziato al punto che da qualsiasi smartphone o tablet turisti e residenti possono essere indirizzati verso il punto di assistenza sanitaria di cui hanno bisogno.

Le notizie che non vogliamo più leggere

TRAGEDIA

Lutto alla mezza maratona Roma-Ostia



Lutto alla 40esima edizione della mezza maratona Roma-Ostia. Un partecipante all'evento sportivo è deceduto al termine della gara colto da "infarto". Fabrizio B., 44enne, era riuscito ad arrivare al traguardo ma, non appena oltrepassato il nastro, si è sentito male.

Lampedusa vuol dire...

Cosa resterà di questa tragedia quando la commozione sarà passata?

di **Fabrizio Molina**
*Presidente dell'Associazione
"Nessun luogo è lontano"*

La tragedia di Lampedusa ha sconvolto i cuori e le menti di moltissimi tra noi in Italia e all'estero. Intendiamoci, i cretini che hanno detto e scritto sui social network che faremmo meglio ad occuparci degli italiani sono sempre la maggioranza, ma è una plebaglia più isolata, più afona, più irretita dalla propria imbecillità.

Cosa ci insegna Lampedusa? Lo dicono molti analisti in questi giorni; c'è poca Europa, poca policy migratoria, quasi nessuna capacità di capire che il decremento inarrestabile delle nascite in Europa ha bisogno di buone politiche di integrazione; intendendo per buone, né razziste né buoniste. Giuste, se possibile.

Soprattutto ha ragione chi, da Napolitano in giù, dice che Lampedusa è soprattutto una storia di assenza di norme e di politiche per i rifugiati e richiedenti asilo. Dal pentolone dove sono stati messi a cuocere i mille motivi del migrare come fosse uno soltanto, a Lampedusa è uscita la più indigesta e prevedibile delle pietanze. È certamente vero che l'assenza di politiche europee sulle migrazioni e sull'asilo rende Lampedusa una tragedia annunciata come le inondazioni in Campania dove si è cementato ovunque: non sappiamo quando la tragedia avverrà ma sappiamo che avverrà e dovremmo sapere anche che ce la siamo fatta con le nostre mani.



Ma mettere in mezzo l'Europa e la sua spocchiosa burocrazia che ha infinite colpe, non salva l'Italia dalla responsabilità sulle leggi non fatte (asilo) e quelle che sarebbe stato meglio non fare (Bossi - Fini). E non salva del tutto nessuna parte politica, perché la Turco - Napolitano digrignava meno i denti, non schiumava rabbia e razzismo cieco ma non andava bene lo stesso.

Ma le troppe Lampedusa che sono accadute ci dicono anche che occorre riprogettare la convivenza dalle fondamenta, avere la capacità di governare il presente mentre si mettono le basi per il futuro. Futuro che vuol dire soprattutto promuovere politiche per la scuola e le aggregazioni educative, l'integrazione e l'educazione dei giovani perché è su loro che si deve puntare perché i nostri popoli e le classi dirigenti del futuro siano, in materia migratoria, più preparati, meno razzisti, meno ignoranti, meno preda di ancestrali paure.

Non si può ignorare la terribile crisi economica che rende difficile per lo Stato e le amministrazioni territoriali trovare soldi da investire in politiche attive per l'educazione e la cittadinanza, ma occorre capire che se l'intervento sociale si limita alla prima accoglienza e spoglia la progettazione di politiche per l'integrazione di soldi, certezze e professionalità, non si riuscirà a mettere in circolo nelle vene della società il sangue nuovo di giovani che sappiano capire, distinguere, scegliere.

Dobbiamo avere la consapevolezza che le cri-

si economiche possono passare e a ripresa manifestarsi, ma una o due generazioni di giovani lasciati senza cultura ed educazione civile, creano un arretramento sociale di decenni e un vuoto incolmabile.

Scrivo a pochi giorni da un mio altro articolo su Lampedusa, che ha raccolto, come giusto che sia, qualche buon giudizio e qualche critica. Per i giudizi positivi e talora affettuosi, spesso scritti da persone a me del tutto ignote, ringrazio fraternamente. Ma è ad una critica in particolare che voglio rispondere; quella che mi dice che le parole non bastano più. È vero, è giusto. Né può bastare rispondere che, con "nessun luogo è lontano", da quindici anni ci occupiamo di giovani, di ragazze e ragazzi provenienti da ogni latitudine e che a loro cerchiamo di insegnare i fondamentali della società in cui crediamo, fatta di eguali, di aspirazione alla libertà nella giustizia, nell'uguaglianza, nella pace. Tanto siamo fuori moda, noi di "nessun luogo...", da credere al primato della parità di genere, alla impossibilità di usare la religione come presupposto di supremazia. Perché la fede è servizio non prevalenza, men che meno prepotenza. A questo crediamo e questo abbiamo insegnato agli oltre duemila giovani passati da noi in questi anni. Ma ha ragione il mio lettore, non basta ancora, dopo Lampedusa non può più bastare. Il suggerimento e la critica sono accettate, la sfida anche. Abbiamo deciso di provare a fare di più.

Proprietà antineoplastiche dell'aspirina: la storia prosegue...

di Alberto Dolara



“Dal 6 marzo del 1899 (data del brevetto dell’acido acetilsalicilico col nome di aspirina da parte della Bayer) sono trascorsi 110 anni, ma nulla lascia presagire che sia vicino il momento in cui sarà scritta l’ultima pagina dell’affascinante storia dell’aspirina”. La previsione, formulata da Filippo Stazi al termine del suo articolo “110 anni di aspirina” comparso su Cuore & Salute nel luglio-settembre 2010 si è rivelata esatta. Studi recenti attribuiscono a questo antico medicamento un’azione positiva contro le malattie neoplastiche oltre a quella ormai nota nella prevenzione e terapia delle malattie cardiovascolari. Le ricadute di queste ricerche nella pratica clinica meritano considerazione, anche per la coesistenza di patologie multiple dovute all’allungamento della vita. L’osservazione che agenti antitrombotici inducevano una riduzione delle metastasi attraverso una riduzione delle piastrine risale in realtà ad oltre 40 anni fa; ciò fece supporre che anche l’aspirina potesse essere un agente antitumorale attraverso un identico meccanismo. Le ricerche evidenziarono una significativa riduzione delle metastasi da fibrosarcoma negli animali da esperimento dopo il trattamento col farmaco e un rischio significativamente più basso di sviluppare il carcinoma del colon retto venne riscontrato da un primo studio clinico del 1988.

Due trials di grandi dimensioni, aventi come scopo la prevenzione primaria di eventi cardiovascolari e pubblicati rispettivamente nel 1998 e nel 2005, il Physicians’ Health Study e lo Womens’ Health Study, non confermarono tuttavia



questi risultati: nel primo 325 mg di aspirina erano stati somministrati a giorni alterni a 22.071 uomini per oltre 5 anni e nel secondo 100 mg di aspirina, sempre a giorni alterni, a 39.876 donne per oltre 10 anni. Dopo 10-12 anni di follow-up l'uso dell'aspirina non risultava associato ad un ridotto rischio di cancro colo-rettale o a riduzione dell'incidenza globale o della mortalità per tumore. In quel periodo venne anche abbandonata per la loro tossicità la somministrazione di alcuni inibitori selettivi degli enzimi ciclo-ossigenasi inattivati dall'aspirina e ritenuti coinvolti nello sviluppo e nella diffusione delle malignità.

Negli anni seguenti i risultati negativi dei trials sopracitati sono stati attribuiti principalmente all'assunzione discontinua dell'aspirina ed alla focalizzazione su endpoint cardiovascolari e ora il ruolo dell'aspirina nella prevenzione e nella terapia antitumorale emerge nuovamente da numerosi studi clinici ed epidemiologici. In uno dei più recenti (*Rothwell PM et al. Short-term effects of daily aspirin on cancer incidence, mortality and non-vascular deaths: analysis of the time course of risks and benefits in randomized controlled trials. Lancet 2012;379:1602-12*) sono stati esaminati 51 trials randomizzati, con oltre 70mila partecipanti, che avevano assunto ogni giorno aspirina o altri agenti antiaggreganti per la prevenzione primaria o secondaria delle malattie cardiovascolari per oltre 10 anni. La mortalità per neoplasie risultava ridotta nel lungo termine del 15% e gli effetti positivi riguardavano soprattutto i tumori del tratto gastrointestinale, ma anche quelli del seno, pro-

stata e polmone con una riduzione del rischio di metastasi sia al momento della diagnosi che al successivo sviluppo della neoplasia. La nota tossicità del farmaco nel determinare sanguinamenti maggiori risultava evidente nel breve termine, ma diminuiva successivamente. Pertanto per la maggior parte dei soggetti trattati il rapporto rischio/beneficio risultava decisamente in favore di un'azione antitumorale positiva e la continuità dell'assunzione di aspirina è ritenuta un fattore determinante nell'azione antineoplastica. La ricerca scientifica, come è noto, apre nuove prospettive, ma evidenzia nuovi problemi: mentre non sembrano persistere dubbi sull'efficacia preventiva e curativa dell'aspirina in popolazioni selezionate come quella dei pazienti a rischio elevato di neoplasie (poliposi adenomatosa familiare o sindrome di Lynch, predisposizione ereditaria al cancro del colon retto ed altri tumori), ci si interroga se sia prematuro considerarla un agente preventivo nella profilassi primaria delle neoplasie nella popolazione a basso rischio. Non si conosce ancora con precisione quale sia la dose minima efficace, e non sono completamente chiariti i meccanismi con i quali l'aspirina effettua l'azione antitumorale. Sono pertanto necessarie ulteriori ricerche in questa direzione per ottenere informazioni sulla dose ottimale del farmaco e sulla terapia combinata con gli altri farmaci antineoplastici.

In cardiologia la somministrazione giornaliera di aspirina nei pazienti a rischio elevato potrebbe comunque ottenere un duplice risultato: ridurre, come è ormai dimostrato, le complicazioni cardiovascolari, ma anche

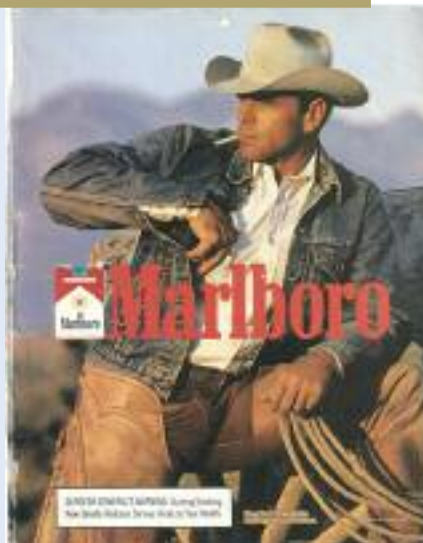
l'incidenza di eventuali neoplasie. Ovviamente clinici e cardiologi dovranno tenere conto delle incertezze tuttora esistenti riguardo ai vari fattori di rischio cardiovascolare ed alla dose minima efficace del farmaco, puntualizzate nei due articoli "Aspirina, marcia indietro" ed "Aspirina sì, aspirina no", di Eligio Piccolo e Francesco Prati, pubblicati su Cuore & Salute nel 2010. Vi è inoltre il rischio di complicazioni maggiori del trattamento nei pazienti anziani e sono note le interazioni negative dell'aspirina con altri farmaci quali gli anticoagulanti orali, clopidogrel, gli antinfiammatori non steroidei, i cortisonici a dosi elevate, ma anche con ACE inibitori e betabloccanti. Sono segnalate controindicazioni della somministrazione del farmaco nei pazienti con scompenso cardiaco e persistono le difficoltà nell'individuare i pazienti "resistenti" al trat-

tamento con aspirina, ciò che può indurre ad una falsa sensazione della sua azione protettiva.

Due considerazioni finali riguardano il costo del farmaco ed una sua eventuale "competizione" con le altre misure preventive sia delle malattie cardiovascolari che di quelle neoplastiche. Se infatti il costo dell'aspirina è basso quello delle eventuali complicazioni del trattamento non è trascurabile e questo aspetto deve essere valutato dalle istituzioni pubbliche nelle misure di prevenzione primaria. D'altra parte l'assunzione di aspirina è una misura semplice e vi è il rischio, trattandosi di una scelta facile, che possa essere percepita come un sostituto dei comportamenti preventivi ormai di dimostrata efficacia come le variazioni dello stile di vita e l'eliminazione di fattori ambientali negativi.

Cadono rovinosamente i "cowboys" della Marlboro

Non sanno più come prenderne atto i promotori della Philip Morris, o meglio se ne rendono conto, ma cercano di nascondere la "beffa" che gli ha colpiti, e ripetutamente. I loro "Marlboro Men", infatti, gli uomini veri, quelli che non devono chiedere mai, dal fisico forgiato sui loro cavalli scattanti o sulle zattere lungo le rapide dei torrenti più sassosi, *los hombres de voz dura* come direbbe Lorca, con nel taschino in bella evidenza un pacchetto di Marlboro, sono tutti deceduti, non cadendo da cavallo o affogati nelle acque impetuose, ma di cancro polmonare o di enfisema grave. Così come il rapporto Terry aveva avvisato fin nel 1964. L'ultimo di questi superman, Eric Lowson della California, a differenza dei predecessori si era reso conto del rischio e aveva intrapreso a fare il testimonial per una campagna antifumo, ma troppo tardi per lui.



E.P.

Aggiornamenti cardiologici

di Filippo Stazi



Colchicina e pericardite acuta: L'efficacia della colchicina nel trattamento delle recidive di pericardite è noto da tempo mentre non ci sono dati sull'uso di tale farmaco durante il primo episodio di malattia e per la prevenzione delle recidive. Per colmare tale lacuna 240 soggetti con pericardite acuta trattati con aspirina o ibuprofene sono stati randomizzati a ricevere (n = 120) o meno (n = 120) la colchicina al dosaggio di 0.5 mg due volte al giorno per 3 mesi in caso di peso corporeo > 70 kg o di 0.5 mg in monosomministrazione giornaliera in presenza di un peso ≤ 70 kg. L'end point dello studio (pericardite incessante o recidivante) si è verificato in 20 pazienti (16.7%) del gruppo colchicina e in 45 membri (37.5%) del gruppo placebo (p < 0.001). La colchicina riduceva la persistenza a 72 ore dei sintomi (19,2% vs 40%, p = 0.001), il numero di recidive per paziente (0.21 vs 0.52, p = 0.001) e il tasso di ospedalizzazione (5 vs 14.2%, p = 0.02). Il farmaco in esame, inoltre, riduceva la riospedalizzazione a 1 settimana (58.3% vs 85%, p < 0.001) rispetto al placebo. Gli effetti collaterali erano simili nei due gruppi. Tali dati sembrano quindi supportare l'uso della colchicina in aggiunta alla convenzionale terapia antinfiammatoria anche durante il primo episodio di pericardite acuta. (*New Engl J Med* 2013; 369: 1522-1528)

Durata della duplice terapia antiaggregante dopo impianto di stent medicato: La durata ottimale della duplice terapia antiaggregante è oggetto di accanito dibattito da ormai molti anni. In questo trial coreano 5.045 pazienti trattati con stent a rilascio di farmaco (DES) e liberi da eventi cardiovascolari o emorragici nei 12 mesi successivi all'impianto, sono stati randomizzati a proseguire l'associazione di aspirina e clopidogrel (n = 2.531) o la sola aspirina (n = 2.514). Al termine dei successivi 24 mesi l'endpoint primario (la combinazione di morte cardiaca, infarto o stroke) non presentava differenze significative tra i due gruppi (2,6% e, rispettivamente, 2,4%). In pazienti che dopo il primo anno dal posizionamento di un DES non hanno presentato complicazioni, i risultati dello studio non supportano quindi l'ulteriore proseguimento della duplice terapia antiaggregante. (*Circulation* 2014; 129: 304-312)

Il revival dello studio elettrofisiologico: Lo studio elettrofisiologico endocavitario (SEF) è stato ormai in gran parte soppiantato nell'indicazione ad impianto di defibrillatore dalla semplice valutazione clinica ed ecocardiografica dei pazienti. Questo studio però ha mirato a dimostrare la capacità della negatività del SEF di individuare una popolazione che, nonostante la disfunzione ventricolare sinistra, può fare a meno del defibrillatore. A tal fine gli autori hanno sottoposto a SEF pazienti con infarto con soprasslivellamento ST (STEMI) trattati con angioplastica primaria e con evidenza ecocardiografica precoce di FE \leq 40%. I soggetti con FE $>$ 40% sono stati considerati come controlli. Un defibrillatore è stato impiantato nello 0,1% dei controlli, nel 4% dei pazienti con SEF negativo e nel 90% dei soggetti con positività del SEF. A distanza di 3 anni il 91,8% dei controlli ed il 93,4% dei pazienti con SEF negativo erano vivi e liberi da TV/FV contro il 62,7% dei soggetti con SEF positivo. La conclusione degli autori era che pazienti con STEMI rivascolarizzati e con severa compromissione della funzione contrattile, in caso di non inducibilità al SEF hanno una buona prognosi anche senza l'impianto di un defibrillatore. (*Circulation* 2014; 129: 848-854)

I risultati a 3 anni del Symplicity: Sono stati pubblicati i risultati di lungo periodo dello studio Symplicity sull'efficacia e la sicurezza della denervazione renale con ablazione a radiofrequenza nel trattamento dei pazienti con ipertensione resistente alla terapia farmacologica. Per essere inclusi nello studio i pazienti dovevano avere una sistolica \geq 160 mmHg nonostante l'assunzione di almeno 3 farmaci, di cui uno un diuretico, a dosaggio pieno. 88 pazienti dei 153 inizialmente arruolati sono stati seguiti per 36 mesi. La pressione che a inizio studio era in media 175/98 veniva ridotta di 32 mmHg, la sistolica, e 14,4 mmHg, la diastolica e il 93% dei pazienti presentava una riduzione di almeno 10 mmHg della sistolica. Nello stesso periodo si sono osservati tre decessi indipendenti dalla procedura di denervazione e la comparsa di una stenosi dell'arteria renale che ha richiesto uno stenting. I dati mostrano quindi che l'efficacia e la sicurezza della procedura si mantengono anche nel lungo periodo. (*The Lancet* 2014; 383: 622-629)

“Aun aprendo”: il canto dell’ottimismo

di Bruno Domenichelli

Ottantaduenne, Francisco Goya ci trasmette di sé un autoritratto che è immagine impietosa di decrepitezza senile; icona senza speranza della tristezza di un uomo dalla vitalità ormai spenta.

Ma le parole che Goya traccia sullo sfondo del disegno ci sorprendono e sospendono ogni giudizio: “*Aun aprendo*”: ho ancora qualcosa da apprendere dalla vita.

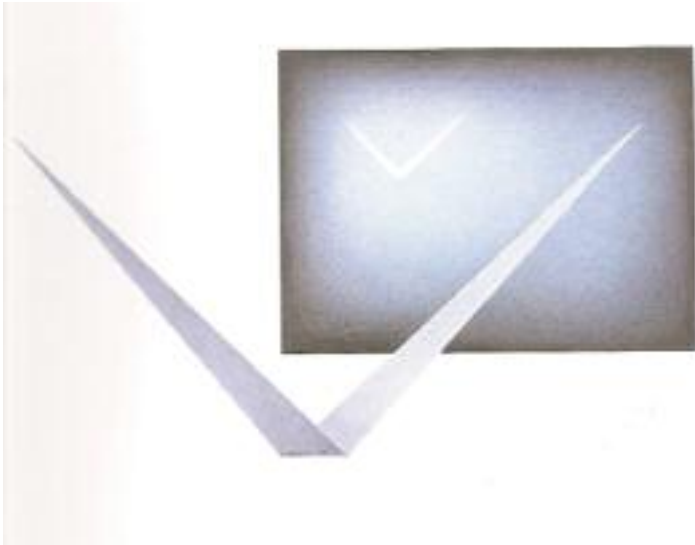
Vaneggiare folle di un vecchio? Patetico farneticare senile di un uomo che l’arteriosclerosi incombente rende incapace di accorgersi che il progressivo spegnersi della vitalità del corpo lo rende sensorialmente incapace di entrare in sintonia col mondo? Incapacità di arrendersi all’evidenza dolorosa della legge del tempo e di accettare l’ineluttabilità del destino entropico di ogni creatura biologica? Illusoria compensazione esistenziale?

La geriatria ben conosce i limiti di autocritica che caratterizzano talora il giudizio del vecchio: limiti che possono dare ragione alle parole di Goya.

Ma l’affermazione di Goya può essere letta anche in modo assai diverso: come messaggio lucido e follemente saggio di realistico ottimismo esistenziale da parte di un uomo che, nonostante i limiti imposti dalla vecchiaia, non ha cessato di sentirsi saldamente collocato “*sul cuor della terra*”. La semplice capacità di pensare e addirittura di “*apprendere ancora*”, riscatta lo spegnersi della sua fisicità e restituisce intatta all’artista la sua dignità di uomo e la speranza di potersi ancora sentire “*trafitto*” dal “*raggio di sole*” della conoscenza.



Aun aprendo, Francisco Goya. (1824-1828)
Madrid. Museo del Prado



Lo Spirito Assoluto, Pier Augusto Breccia. (1984)
Un canto di ottimismo... Cavalcare, fin sul limitar
della soglia, la speranza di intravedere il Mistero
dell'essere.

Il grido silenzioso di Goya: *“Aun aprendo”*, si fa allora lucida e perentoria affermazione di orgoglio umano; necessità interiore di perseguire, fino all’ultimo, *“virtute e conoscenza”*, estrema saggezza di un uomo consapevole che le invisibili scintille delle sinapsi del pensiero non conoscono limiti di età. Illuminazioni della cognitività che riscattano il declino progressivo dei cinque sensi e giustificano il senso del vivere, pur nella totale precarietà fisica.

L’*“Aun aprendo”* di Goya si fa allora realtà incarnata del *cogito ergo sum*. Una capacità di pensare che, quando diviene “apprendere”, si carica di un plus di significato e può acquisire, in vecchiaia, un senso salvifico.

Il “cogito” cartesiano cessa di essere solo una realtà interiore nel momento in cui si fa realtà personale. Specialmente quando, come nel caso di Goya, “pensare” significa “apprendere” e porta all’espansione dell’Io.

Ci si è chiesti il senso che Goya dava ad “apprendere”. Una prospettiva forse di auto-coscienza, sul limitare dell’esistenza.

Γνωθι σεαυτόν. Conosci te stesso. È forse

questo l’ultimo traguardo cognitivo che il vecchio Goya poneva a se stesso. O forse, in sintonia con Blaise Pascal, nel momento dell’ultimo confronto col Mistero, Goya aveva compreso che *“L’uomo non è che una canna, la più fragile di tutta la natura; ma è una canna pensante...ma, quand’anche l’universo lo schiacciasse, l’uomo sarebbe pur sempre più nobile di chi lo uccide, dal momento che egli sa di morire”*. “Nello spazio l’universo mi comprende e m’inghiotte; nel pensiero, io lo comprendo”.

Lo stereotipo della cosiddetta “saggezza del vecchio” si fa verità visionaria nelle parole di Goya, che mostra di aver compreso che entrare “pensando” nella morte è vincerla, è entrarci da vivi, cavalcando la prospettiva di conoscere il Mistero dell’essere. Quel senso della sacralità del vivere, che potremo forse meglio penetrare cercandone il riflesso nell’apparente banalità del quotidiano.

“Aun aprendo: un canto di ottimismo, una ricetta di vita; l’esaltante coscienza di poter essere, fino all’ultimo, “ricercatore di senso”.

aforismi

Il cane non è fedele, è un traditore opportunist: è fedele all'uomo non ai cani.

> **F. Fontanini**

Il sesso è l'ultima importante attività umana non soggetta a tassazione.

> **R. Breker**

La verginità è come una briciola di pane: arriva un uccello e se la porta via.

> **P. Monelli**

Cara, se avessi saputo che eri vergine ci avrei messo un po' più di tempo.

Caro, se avessi saputo che c'era più tempo mi sarei tolta i collants.

> **M. Boldi**

Ci sono delle persone che si comportano bene solo con i propri nemici.

> **Napoleone**

È più facile uscire dai gangheri che rientrarvi.

> **M. Achard**

I vecchi si ripetono e i giovani non hanno niente da dire. La noia è reciproca.

> **J. Bainville**

Niente è più spiacevole di una persona virtuosa con una mente meschina.

> **W. Bagehol**

Anche la Santità può essere una tentazione.

> **J. Anouilh**

La virtù come tale spesso procura notevoli vantaggi ai virtuosi.

> **S. Butler**

Il danaro è un ottimo mezzo per sopportare la povertà.

> **A. Allais**

La ragione per cui due amanti non si annoiano di stare insieme, è perché parlano sempre di loro stessi.

> **M. Sergey**

Il vizio è un errore di calcolo nella ricerca della felicità.

> **J. Bentham**

Quando si dice che un uomo ha fatto un bel matrimonio, si può quasi sempre dire che sua moglie ne ha fatto uno cattivo.

> **Anonimo**

I cattivi si riposano, gli imbecilli mai.

> **E. Drusiani**

Allora non si preoccupi, è stata solo una ragazzata.

> **S. Vauro**

Il sesso, oggi, rende più denaro che figli.

> **O. Thibaud**

La donna in ogni consiglio che dà, anche senza volerlo, mette un poco del proprio vantaggio.

> **U. Ojetti**

I mariti delle donne che ci piacciono sono sempre degli imbecilli.

> **G. Feydeau**

Il mondo ha molti re e un solo Michelangelo.

> **P. Aretino**

Sostenete e diffondete Cuore & Salute

Cuore & 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 & 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 & Salute*

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

VERSAMENTO SU C/C POSTALE N°64284003

BONIFICO BANCARIO IBAN IT 56 Y 01005 03213 000000012506

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

ASSEGNO NON TRASFERIBILE

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

ON-LINE CON **DONA ORA** DIRETTAMENTE DAL SITO **WWW.CENTROLOTTAINFARTO.IT**

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*.