

# CUORE & Salute

---




## Posso volare?

ANNO XXIX

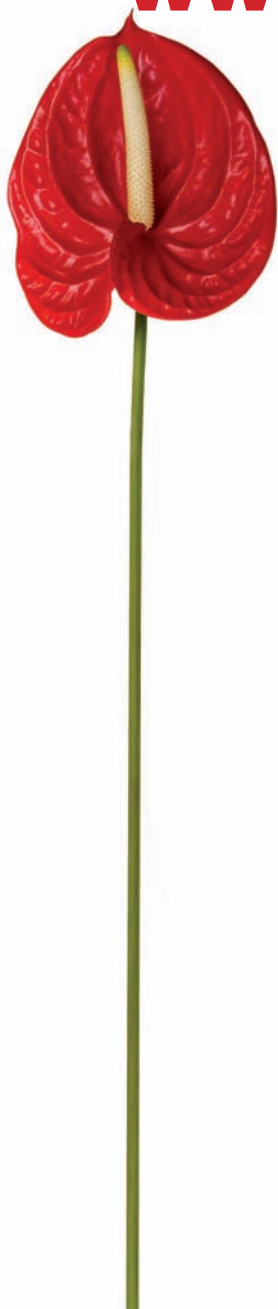
**N. 5-6 MAGGIO-GIUGNO 2011**

Poste Italiane SpA  
Spedizione in abbonamento postale  
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46)  
art. 1 comma 2 DCB - Roma

Una pubblicazione del:

 Centro per la Lotta contro  
l'Infarto - Fondazione Onlus

# Ogni mese una **Newsletter** sulla salute del tuo cuore? **www.centrolottainfarto.it**



 Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

**Capire per prevenire**

 *Newsletter* *Maggio 2011*  
del Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

 di Antonella Labellarte

**LO SCOMPENSO CARDIACO O INSUFFICIENZA CARDIACA**

**INNANZITUTTO, COSA SI INTENDE PER SCOMPENSO CARDIACO?**

*"Lo scompenso cardiaco è una sindrome clinica complessa: è il risultato di ogni disordine cardiaco, strutturale o funzionale, che causa un ostacolo nel riempimento o nello svuotamento ventricolare".*

**L'ATTACCO DI CUORE E L'ATTIVITÀ SESSUALE**

**BIBITE E PRESSIONE**

**LA GINNASTICA DEL MESE**

**ALCOLO CALORIE**  **IL VIDEO DEL MESE**  **VALUTAZIONE I TUOI RISCHI CARDIOVASCOLARI** 

**PER RICEVERE LA NEWS LETTER OGNI MESE**

Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus - Viale Bruno Buozi, 60 - 00197 Roma  
Tel 063230178 Fax 063221068 - email: info@centrolottainfarto.it  
Se non desideri più ricevere le nostre newsletter CLICCA QUI

**Cuore e Salute** è una pubblicazione del



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

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

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

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

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

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

**Presidente**  
**Francesco Prati**

**Presidente onorario**  
**Mario Motolese**

**Consiglio di Amministrazione**  
**MARIO ALBERTUCCI, BRUNO DOMENICHELLI, FRANCO FONTANINI, FABRIZIO IMOLA, ANTONELLA LABELLARTE, MARIA TERESA MASCAGNI, MARIO MOTOLESE, ELIGIO PICCOLO, FRANCESCO PRATI, FILIPPO STAZI**

**Consiglio Generale**  
**MARIO ALBERTUCCI, ALESSANDRO BOCCANELLI, BRUNO DOMENICHELLI, FRANCO FONTANINI, GIANCARLO GAMBELLI, CESARE GRECO, FABIO MENGHINI, ALESSANDRO MENOTTI, MARIO MOTOLESE, FRANCESCO PRATI**

**Soci sostenitori**  
**AstraZeneca, Banca Fideuram, Banca Nazionale del Lavoro, Bayer Schering Pharma, Boehringer Ingelheim Italia, Bristol-Myers Squibb, Ferrovie dello Stato, I.F.B. Stroder, Istituto Luso Farmaco d'Italia, Italfarmaco, Medtronic Italia, Merck Sharp & Dohme, Novartis Farma, Pfizer Italia, Rcs Rizzoli Periodici, Roche, Zambon Italia.**

# n.5-6 **sommario** 2011

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

**Direttore Responsabile**  
Franco Fontanini

**Vice Direttori**  
Eligio Piccolo  
Francesco Prati

**Capo Redattore**  
Filippo Stazi

**Coordinamento Editoriale**  
Marina Andreani

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

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

**Progetto grafico e impaginazione**  
Valentina Girola

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

## **Cuore e Salute**

Rivista di cardiologia divulgativa e di educazione sanitaria per i soci del *Centro per la Lotta contro l'Infarto-Fondazione Onlus*

Anno XXIX - n. 5-6 Maggio-Giugno 2011  
Tariffa Associazione senza fini di lucro:  
*Poste Italiane SpA - Spedizione  
in abbonamento postale - D.L. 353/2003  
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)  
art 1 comma 2 DCB - Roma*  
Pubblicazione registrata al Tribunale  
di Roma il 3 giugno 1983 n. 199

Associata Unione Stampa Periodica  
Italiana 

**Abbonamento annuale**  
Italia € 20,00 - Estero € 35,00

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

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

**Posso volare?** Eligio Piccolo 132

• **Sindrome metabolica e dieta mediterranea** [Eligio Piccolo] 134

**Volo e Cardiopatia Ischemica** Fabrizio Imola 135

• **Ammalarsi di smog** [Eligio Piccolo] 137

**I cuori di Lindbergh** Franco Fontanini 138

**I peccati fanno male alla salute** Franco Fontanini 142

• **Vizi capitali e virtù vitali** [Eligio Piccolo] 145

## **Dal Congresso Conoscere e Curare il Cuore 2011**

**Televisione e Obesità** Vito Cagli 146

**Ferrara: città della prevenzione** 150

Intervista di Filippo Stazi a Roberto Ferrari

**Ma Stachanov ha avuto l'infarto?** Filippo Stazi 154

**Il tuffo che ferma il cuore** Eligio Piccolo 156

**La ricerca del CLI** 158

## **La palla di Tiche**

**Ottone Rosai, teppista sentimentale** Franco Fontanini 160

**La discesa di Carlo VIII in Italia e il morbo Gallico** 165

Fabio Zampieri e Gaetano Thiene

**40 Idee per Conoscere e Curare il Cuore 2012** 170

## **Food for thoughts**

**Un manifesto del cibo per il futuro** 172

da **The New York Times** Mario Albertucci

p. 138



## Qualche secondo di buon umore

175

### Lettere a Cuore e Salute

176

- *Ernia jatale e fibrillazione* [Eligio Piccolo]
- *Statine, cardiopatia ischemica ed artrite reumatoide* [Filippo Stazi]
- *Dottore: ma con il pacemaker posso prendere l'aereo?* [Filippo Stazi]

### Quaderno a Quadretti

180

- *Il calcio innanzitutto*

185

### News

#### Aggiornamenti cardiologici Filippo Stazi

186

#### Imputato Mercurio, alzatevi! Eligio Piccolo

188

### Aforismi

190

p. 150



p. 160



p. 180



Pregghiera di Sir Robert Hutchinson

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

LA COLLABORAZIONE A CUORE E SALUTE È GRADITA E APERTA A TUTTI. LA DIREZIONE SI RISERVA IL DIRITTO DI APPORTARE TAGLI E MODIFICHE CHE VERRANNO CONCORDATE CON L'AUTORE. I TESTI E LE ILLUSTRAZIONI ANCHE NON PUBBLICATI, NON VERRANNO RESTITUITI.

L'Editore si scusa per eventuali omissioni o inesattezze delle fonti delle immagini, dovute a difficoltà di comunicazione con gli autori.

# Posso volare?

di Eligio Piccolo

“Forse s’avess’io l’ali da volar su le nubi...?” si chiedeva il pastore errante del poeta, ma era una domanda esistenziale; l’uomo moderno invece, anzi il paziente, chiede spesso se può prendere l’aereo, per le Canarie, New York, l’Australia: distanze diverse, ed anche problemi diversi. Fortunatamente le preoccupazioni del malato sono in genere sproporzionate, in senso apprensivo, rispetto al rischio che teoricamente egli corre davvero. Ma affinché gli interessati possano entrare con me nel problema è bene intenderci su alcuni presupposti che riguardano per l’appunto i fattori che sono alla base di quel rischio e che potremmo grossolanamente sintetizzare nei tre seguenti: a) la pressione barometrica e la riduzione di ossigeno; b) le condizioni cardiologiche del paziente; c) la durata del volo e del dover stare seduti per molte ore.



La pressione barometrica e la riduzione di ossigeno sono pressapoco quelle di Cortina d'Ampezzo, quindi trascurabili circa le conseguenze sulla pressione arteriosa e sul respiro. Sono sufficienti le raccomandazioni che facciamo ai tanti non più giovani che si accontentano di passeggiare lungo il corso Italia della Perla delle Dolomiti. Se sono ipertesi conservino la terapia in atto, specie il diuretico, e se hanno l'abitudine di misurarsela portino con sé, oltre ai farmaci, l'apparecchietto digitale da polso, potrebbe essere utile se avvertissero cefalea o altri malesseri.

Il paziente che soffre di insufficienza cardiaca, il cui sintomo principale è la mancanza di fiato durante attività fisica, non corre alcun rischio se è poco importante, (classe I-II/NYHA), come per salire una rampa di scale; il rischio aumenta invece, e quindi va avvisato il personale di bordo, se il fiatone avviene anche per piccoli sforzi o a riposo (classe III-IV/NYHA). Negli aerei peraltro ci sono gli erogatori di ossigeno, sufficienti a far superare eventuali crisi. Un comportamento abbastanza simile può essere adottato per gli anginosi, ossia i malati delle coronarie con stretta o dolore al petto durante lo sforzo più o meno importante. Essi peraltro dovrebbero portare sempre con sé le famose compresse sublinguali di trinitrina o di carvasin. Anche per loro il rischio è in rapporto alla frequenza e alla durata di questi disturbi, e va comunque valutato dal cardiologo.

Un discorso a parte deve essere fatto per i pazienti che sono stati ricoverati per insufficienza cardiaca acuta, ai quali il volo

può essere consentito solo dopo sei mesi di stabilizzazione delle loro condizioni di compenso. Coloro invece che hanno sofferto di sindrome coronarica acuta, quella, per intenderci, che può dare origine a un infarto, possono volare già dopo 3-10 giorni di stabilizzazione, sentito si capisce, il cardiologo. In questo ambito sono considerati a basso rischio i pazienti di età inferiore ai 65 anni, trattati con stent, non affetti da aritmie importanti e con FE all'ecocardiogramma superiore a 45%; mentre sono ad alto rischio quelli con FE inferiore a 40% e sintomi di insufficienza cardiaca. Per i portatori di pacemaker o di ICD (defibrillatori impiantabili) l'interferenza elettromagnetica a bordo non è tale da incidere sul loro funzionamento. Mentre lo è quella dei *metal detectors* nei controlli di imbarco, per cui va avvisato il personale addetto.

Il terzo problema è quello delle tromboembolie venose alle gambe, che si possono formare a causa della prolungata seduta in aereo. Sono complicanze che possono dare disturbi respiratori o dolore toracico, ma anche la morte improvvisa. Le favoriscono i viaggi transoceanici, lo stare troppo a lungo seduti, specie nella classe economica con i sedili eccessivamente ravvicinati, l'obesità, la gravidanza avanzata, una documentata trombofilia, l'aver già sofferto di flebiti o trombosi venose o aver subito un intervento chirurgico nelle ultime quattro settimane, con anestesia superiore a 30 minuti. Tanto maggiori sono queste condizioni di rischio tanto più si raccomanda al paziente di alzarsi spesso dal posto a sedere in aereo per camminare e fare eser-

cizi di flessione, bere molti liquidi, evitando alcool e caffeina, che facilita la disidratazione. Può essere utile l'uso di calze elastiche e in particolari casi la profilassi con eparina, mentre i pazienti in terapia anti-coagulante (coumadin) devono continuarla, specie gli uomini che rischiano l'embolia in misura doppia rispetto alle donne. Non è provata infine un'azione profilattica dell'aspirina.

Il poeta citato all'inizio metteva in dubbio che il volo potesse dare la felicità, l'uomo di oggi invece non solo è riuscito a volare,

ma pur non potendo "noverar le stelle ad una ad una, o come il tuono errar di giogo in giogo" è riuscito tuttavia a raggiungere località felici, eliminando perfino gli inconvenienti che questa arduosa impresa può provocare alla sua salute.

*P.S. Molte delle informazioni riportate sono tratte dalla Rassegna "Fitness to fly for passengers with cardiovascular disease" di David Smith e collaboratori su Heart di luglio del 2010 e sulla ricerca di Douketis e collaboratori (B.M.J. 2011; 342: d 813)*

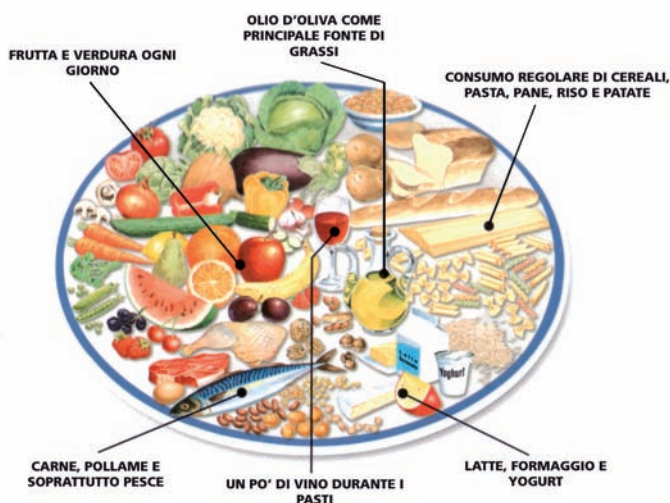
## Sindrome metabolica e dieta mediterranea

Ricercatori greci e napoletani, dopo il tanto parlare che s'è fatto sulla sindrome metabolica, la temuta combinazione di malattia coronarica, diabete, ipertensione e colesterolo cattivo, hanno voluto verificare quanto beneficio possa dare la dieta mediterranea nel contrastare questa combinazione di fattori

aggressivi. Non è proprio uno studio epidemiologico, ma una rivalutazione di quelli più importanti fin qui realizzati, circa 50 per complessivi 535.000 soggetti studiati, scusate se sono pochi! (JACC 2011;57:1299).

Le conclusioni mostrano che c'è un indubbio beneficio della dieta mediterranea nel ridurre e nel ritardare la sindrome metabolica in tutte le popolazioni studiate, indipendentemente dal loro tipo di cultura, e che la sua maggiore efficacia si è verificata via via correggendo i grassi e lo zucchero del sangue, diminuendo le pressioni sistolica e diastolica e perfino riducendo la circonferenza della pancia.

**Eligio Piccolo**





# Volo e cardiopatìa ischemica

di Fabrizio Imola

“.....quando il ragazzo cominciò a gustare l'azzardo del volo, si staccò dalla sua guida e, affascinato dal cielo, si diresse verso l'alto. La vicinanza cocente del sole ammorbidì la cera odorosa, che saldava le penne, e infine la sciolse: lui agitò le braccia spoglie, ma privo d'ali com'era, non fece più presa sull'aria e, mentre a gran voce invocava il padre, la sua bocca fu inghiottita dalle acque azzurre, che da lui presero il nome”

*Ovidio, Metamorfosi, Libro Ottavo (Mito di Dedalo e Icaro)*

Una delle domande che i pazienti spesso rivolgono al Medico curante o al Cardiologo riguarda la possibilità di viaggiare in aereo. Anche se gli eventi cardiovascolari costituiscono il 10-20% delle cause di mortalità “in-volo”(secondi solo alle crisi vasovagali), è possibile affermare con una certa tranquillità che la maggioranza dei pazienti affetti da cardiopatie non severe ed in fase di stabilità, può compiere un viaggio aereo senza eccessivi rischi. Il rischio di volare per un cardiopatico dipende principalmente dalla gravità della



Fila al check-in

sua cardiopatia. Importante è anche la durata del volo e lo stress psico-fisico che precede e segue il viaggio in aereo. Ad esempio l'ansia da *check-in* oppure il ritardo del volo, rappresentano degli "stress mentali" che possono scatenare un'ischemia al cuore. Quindi una programmazione accurata del viaggio è vivamente consigliata, evitando di trasportare bagagli particolarmente pesanti. Un altro fattore da considerare è il cambiamento del fuso orario che comporta una alterazione del ritmo circadiano sonno-veglia. Quest'ultimo, infatti, altera l'equilibrio tra il sistema nervoso simpatico e parasimpatico (la cosiddetta bilancia simpatico-vagale), rendendo il cuore più vulnerabile. Inoltre andare in paesi con fuso orario diverso comporta una modifica della regolarità con cui vengono assunti determinati farmaci.

### Cosa succede in aereo

Come è noto, la pressione all'interno di un aereo in volo è equiparabile a quella che si incontra in montagna ad una quota intorno ai 2000-2500 metri. La rapida esposizione a questi valori pressori che si ottie-

ne dopo il decollo, induce modificazioni fisiologiche che possono comportare una riduzione della pressione parziale di ossigeno nel sangue, un aumento della stimolazione catecolaminica, un aumento della pressione arteriosa (soprattutto a livello del circolo polmonare) ed uno stato di "stress" mentale. Questi fattori potrebbero precipitare l'ischemia miocardica in persone con malattia coronarica non corretta. Fortunatamente l'esposizione ad altitudini moderate è associata a riduzione della riserva coronarica solo durante l'esercizio fisico, mentre non lo è a riposo.

Un altro fattore da considerare durante il volo è il basso grado di umidità, che in cabina è all'incirca del 10%: vi è quindi rischio di disidratazione. Attenzione però, perché l'aumentata introduzione di liquidi durante il volo, e spesso si tratta di bibite con elevato contenuto di sodio, può determinare invece un incremento del peso corporeo che nei voli più lunghi può arrivare a circa 1Kg.

Nell'ambito dei soggetti con malattia delle coronarie esistono diversi gruppi di pazienti che presentano un rischio più o meno elevato di volare. Se il soggetto è affetto da angina pectoris stabile, ad esempio scatenata solo da sforzi di una certa entità, possiamo sicuramente rassicurarlo che prendere l'aereo non comporta un rischio aggiuntivo, purché assuma in modo regolare tutte le sue medicine. Se parliamo, invece, di condizioni di instabilità, il discorso va ulteriormente precisato. Infatti dopo una sindrome coronarica acuta non complicata è opportuno rinviare un viaggio aereo di almeno 2 settimane. Inoltre, dopo un



infarto miocardico, prima di affrontare un volo, si consiglia l'esecuzione di un test provocativo (prova da sforzo, eco stress o scintigrafia miocardica) nei pazienti che sono stati rivascolarizzati farmacologicamente (trombolisi) e non sono stati sottoposti a coronarografia ed eventuale angioplastica. Anche nel caso, però, in cui il paziente si sia sottoposto (sia in urgenza che in elezione) ad angioplastica coronarica, ottenendo una rivascolarizzazione completa, è sempre consigliabile aspettare almeno 14 giorni circa prima di imbarcarsi su un aereo. Infatti la trombosi dello stent rappresenta la più severa tra le complicanze precoci di tali procedure e la sua occorrenza è massima nella prima settimana dopo l'angioplastica. A tale proposito, è dimostrato che la riduzione della pressione parziale di ossigeno (come avviene nella cabina dell'aereo) è in grado di alterare l'equilibrio tra i processi pro-trombotici ed antitrombotici naturali dell'organismo, ponendo il

paziente a rischio aumentato di trombosi dello stent.

In sintesi possiamo dire che dopo un infarto miocardico il rischio di volare è basso in coloro che hanno meno di 65 anni, sono stati ripersi con successo con angioplastica ed hanno una frazione di eiezione del ventricolo sinistro  $> 45\%$ ; mentre il rischio è più alto in quelli che hanno una frazione di eiezione  $< 40\%$ , segni di scompenso cardiaco e aritmie ventricolari importanti. In quest' ultimo caso è bene essere prudenti e seguire alla lettera tutti i consigli dati dal cardiologo, in modo che il rischio comportato dal viaggio in aereo sia comunque un azzardo calcolato.

Possiamo, quindi, augurare buon viaggio a tutti: organizzate sereni ma in modo oculato i vostri spostamenti aerei, tenendo presente che nei casi a rischio più alto è bene attenersi ai consigli del cardiologo e non avventurarsi come fece ICARO le cui ali di cera il sole sciolse.

## Ammalarsi di smog

È un problema agitato da anni, che va a braccetto con le istanze degli ecologisti, ma anche con il fumo passivo, quello che inquina l'aria degli altri. Le prime segnalazioni ci arrivano da Londra, nei primi anni cinquanta, quando si comincia a pensare che non solo l'influenza ma anche lo smog contribuisce alla maggiore mortalità in determinati mesi dell'anno. Le ricerche specifiche non si fanno attendere e con esse anche la conferma che l'inquinamento, il quale traduce la complicata definizione inglese fine particulate matter air pollution, è causa di una maggiore morbilità e mortalità, soprattutto cardiovascolari. Non sono cifre statistiche da capogiro, ma sufficienti a farci meditare sull'aria avvelenata soprattutto dai tubi e dai camini di scarico. Quella "ridondante" espressione inglese, che contrasta apparentemente con il loro idioma sintetico, vuole attanagliare la nostra attenzione proprio su quelle particelle che invisibilmente ammorzano l'aria e che si misurano in microgrammi per metro cubo. L'ultima di quelle ricerche ci arriva dalla Germania, dove i ricercatori di varie Università hanno voluto verificare, con la precisione che gli è proverbiale, se lo smog in alcune zone della Valle del Reno aggrava l'arteriosclerosi delle carotidi negli abitanti di età fra i 45 e i 75 anni. E purtroppo lo fa (*JACC 2010;56:1803*).

**Eligio Piccolo**



# I cuori di Lindbergh

di Franco Fontanini

Se facendo zapping a tarda notte, incocciate un film in bianco e nero di cinquant'anni fa dal titolo un po' retorico di "Aquila solitaria", non perdetelo, non perché sia un capolavoro ma perché il regista, il grande Billy Wilder, accettò di girarlo con molta perplessità: non aveva mai volato per paura.

Lindbergh, prima di iniziare le riprese, gli propose di andare a Washington a vedere il suo aereo vittorioso conservato in un museo. Poco prima di arrivare incapparono in un furioso temporale che li sballottò per una mezz'ora, Wilder si avvicinò terrorizzato a Lindbergh e con un filo di voce gli chiese se non lo avrebbe imbarazzato leggere sui giornali dell'indomani che "L'aquila solitaria" era precipitata nei campi di Colombia e che era morto insieme ad un regista ebreo che detestava il volo. Sopravvissero e il film venne girato nel 1957: è la cronaca fedele della prima trasvolata atlantica senza scalo, compiuta nel maggio del 1927 da un ardimentoso pilota postale partito dal Roosevelt Field di New York e che atterrò a Parigi dopo 33 ore e mezzo di volo solitario.

Billy Wilder, sebbene non amasse gli aerei, era un estimatore del protagonista: gli era piaciuto quel giovane riservato, di poche parole, apparentemente un po' ingenuo, che aveva visto per la prima volta quando venne portato in trionfo per le vie di New York sotto una pioggia di coriandoli, applaudito da milioni di persone entusiaste che lo acclamarono eroe nazionale.



Charles Lindbergh.  
A 30 anni era già una leggenda umana.

Lindbergh aveva accettato senza entusiasmo che venisse girato un film sulla sua impresa, nel contratto impose la più assoluta fedeltà alla vicenda originale, niente di meno e niente di più, pena la rescissione. Come protagonista venne scelto James Stewart, anche lui grande ammiratore di Lindbergh che era entusiasta di impersonarlo anche se trattenuto dal suo agente che lo considerava troppo vecchio, a quarantotto anni, per la parte di un pilota di venticinque, per di più con la faccia di un adolescente; ma Stewart non volle saperne di rinunciare si riteneva molto rassomigliante a lui nel fisico e nel carattere, e per di più

come lui politicamente conservatore.

In quel tempo negli Stati Uniti era esplosa l'epidemia del volo, i piloti erano simpatici, spericolati, un po' folli, basti pensare alla fragilità degli aerei e alla mancanza di ogni assistenza. Volavano senza informazioni meteorologiche e, prima di atterrare, lanciavano candelotti fumogeni per conoscere la direzione e la forza del vento.

Lindbergh stesso venne considerato un po' pazzo, anche se era un giovane intelligente e avveduto, impegnato nello studio dell'aerodinamica e che attribuiva al volo grande importanza economica: in comune con gli altri piloti aveva solo il disprezzo per il pericolo.

Durante le riprese del film, quando seppe che lo stunt che volava in piedi sulle ali, come lui aveva fatto tante volte, percepiva ogni volta mille dollari, prese il suo posto per cento dollari destinandoli all'acquisto di birra per la troupe.

Charles Lindbergh aveva interrotto gli studi di ingegneria meccanica per iscriversi alla scuola di pilotaggio e dedicarsi anima e corpo al volo.

Con i risparmi acquistò un vecchio Curtis residuo di guerra, partecipando a tutte le manifestazioni aeree, soprattutto alle più ardite.

Era pilota di un aereo postale New York - Saint Louis quando seppe di un premio di 25 mila dollari per la prima trasvolata atlantica. Con l'aiuto di alcuni industriali si fece costruire dalla Ryan di San Diego un monoplano che battezzò "Spirit of Saint Louis" col quale decise di affrontare la grande avventura.



Lindbergh accanto allo "Spirit of St. Louis", l'apparecchio con il quale compì nel 1927, a 25 anni, la traversata dell'Atlantico, senza scalo.



Era già allora un personaggio di grande rilievo, singolare, che credeva profondamente nelle macchine quale strumento per l'avanzata dell'umanità e nutriva un'immensa fiducia nel progresso scientifico e tecnologico, impegnandosi fin dalla giovinezza in ricerche che venivano considerate fantascientifiche.

Aveva cominciato presto a lavorare in quella che diverrà la Rockefeller University, occupandosi anche di ricerca biologica e medica, spinto dalla vista della sorella portatrice di valvulopatia mitralica post-reumatica, malattia assai frequente nell'epoca pre-antibiotica, che peggiorava sempre, anno dopo anno, fino a morire dopo numerosi edemi polmonari acuti e ripetute emoftoi, senza che i medici potessero fare niente.

Queste vocazioni erano apparentemente mal conciliabili, come contraddittorie apparvero altre scelte di vita che lo mostrarono di volta in volta avventuroso eroe temerario e idealista candido e antierico, tecnocrate

e filantropo; contrasti che, più tardi, hanno portato molti a disputare su come si debbano considerare queste imprese, se sia stato più importante il volo transatlantico o i primi timorosi passi dell'astronauta, simile ad un robot telecomandato, sul suolo lunare nell'estate del 1969 quasi non fossero entrambe tappe egualmente importanti del progresso umano.

Non gli mancarono episodi dolorosi come i sospetti di filonazismo dopo un soggiorno in Germania per prendere conoscenza del livello raggiunto dall'industria aeronautica tedesca che imprudentemente definì "avanzata".

Il dolore più grande lo provò la sera del primo marzo 1932 quando ci fu il kidnapping del figlio di pochi mesi nella residenza di campagna a Hopewell. Venne ritrovato morto poco tempo dopo, crimine che non venne mai del tutto chiarito.

Lindbergh e la moglie, anche lei esperta aviatrice, per stare lontani dai luoghi dei

tragici ricordi, fecero un raid di studio aeronautico durato anni attraverso l'Atlantico e le regioni artiche.

Successivamente iniziò il lungo sodalizio con Alexis Carrel che aveva vinto il Nobel nel 1912 per le tecniche di suturazione delle arterie e di trapianto del rene.

Totalmente digiuno di fisiologia, ma molto addentrato nei problemi di idraulica, Lindbergh lavorava da anni ad un progetto che espose a Carrel per aver lumi e aiuti. Il celeberrimo autore de "L'uomo questo sconosciuto", che era stato capace di tenere in vita per ventisette anni parti di cuore di pollo, che cessarono di pulsare solo per la sbadattaggine di un tecnico di laboratorio.

Carrel, ormai settantenne, fu dapprima scettico, poi accettò di collaborare con crescente passione prima a New York poi, per sottrarsi alla crescente curiosità, sulla costa bretone.

Il sogno di Lindbergh, iniziato durante l'assistenza alla sorella, era quello di realizzare un apparecchio capace di funzionare al posto del cuore, almeno per la durata di un intervento, permettendo al chirurgo di operare un cuore privato del sangue circolante. Dopo sei anni di lavoro ininterrotto, nel 1936 Carrel e Lindbergh presentarono al *Congresso di Cardiologia di Copenhagen* il primo cuore artificiale della storia della medicina, capace di funzionare per alcuni minuti.

Fu un successo clamoroso, anche se non mancarono, come sempre, riserve e critiche, alcune delle quali amareggiarono Lindbergh senza smontarne l'entusiasmo,

perché si rendeva conto che la strada agognata era finalmente aperta.

Un anno più tardi Gibbon, un chirurgo dell'ospedale di Boston, fu il primo a riprendere con qualche modifica la pompa di Lindbergh, riuscendo a fare sopravvivere per una mezz'ora un gatto.

Charles Lindbergh il pilota che da solo aveva attraversato l'Atlantico guidato da una bussola come gli antichi navigatori, con una carta geografica stesa sulle ginocchia, alcuni sandwich e due bottiglie di acqua, perché di più non gli sarebbe servito, deve essere considerato l'ideatore del cuore artificiale e del trapianto cardiaco.

Lindbergh ha rappresentato più e meglio di ogni altro uomo la nostra epoca: è uscito dalla leggenda ed è stato il protagonista senza pari del progresso moderno.

Ha conosciuto il trionfo, l'ammirazione, la cattiveria e l'invidia umana, non ha avuto paura dell'ignoto, ha preventivato, per primo, le conseguenze positive per l'umanità dell'avanzata della tecnologia.

Quando abbandonò gli aerei si rifugiò su un'isola delle Hawaii per salvare e studiare animali in via di estinzione. Si ammalò di un tumore e morì per arresto cardiaco, solitario come aveva amato volare, sulla lussureggiante costa di Hana.

Riposa nel cimitero della chiesa di *Palapala Ho'omare* nella splendida Kipalulu. La sua tomba è all'ombra di un susino di Giava. Sulla lapide sono incise parole sue: **ho preso le ali al mattino e vivo nelle zone più remote del mondo fra cielo e mare.**

# I peccati fanno male alla salute

di Franco Fontanini

Malattie e peccati, da tempo immemorabile vengono considerati strettamente collegati.

È lecito pensare che la religiosità, condanna dei peccati e paura della dannazione e la medicina, paura della malattia e della morte, siano nate e abbiano proceduto insieme nei secoli.

Poiché i morbi venivano considerati punizioni divine per le colpe commesse, la guarigione non poteva arrivare che col perdono. Gli uomini non osavano rivolgersi direttamente a Dio e ricorrevano alla mediazione dei santi, molti dei quali, in vita, avevano sofferto delle loro stesse tribolazioni. La “simpatia”, sofferenza dello stesso male, li faceva sentire vicini, compartecipi, comprensivi. La mediazione dei sacerdoti facilitava il dialogo. San Luca, il terzo evangelista, venne chiamato da San Paolo “amico medico”, San Pantaleone fu il primo monaco ad essere definito “medico della vita temporale ed eterna”.

I monasteri divennero i luoghi di cura che agevolavano le invocazioni al perdono ed alla grazia.

Il fenomeno è stato globale: in tutte le religioni si ritrova un dio della medicina, i suoi sacerdoti furono anche i primi medici.

Nell’antica Grecia verranno eretti i primi santuari-cliniche, denominati *Asclepiei* in onore del dio della medicina, che a Roma divenne *Esculapio*, sostituito poi da San Luca, festeggiato ancor oggi dai medici come loro protettore.

San Basilio di Cesarea eresse il primo ospedale; alla posa della prima pietra confermò che le malattie non erano di



Acquerello di Mino Maccari



origine naturale, ma venivano mandate da Dio per punizione dei peccati che gli uomini commettevano nei suoi confronti.

I monaci con la loro sapienza e saggezza curavano, come San Pantaleone, la salute fisica e quella spirituale e resero l'arte del guarire indissolubile dalla fede in Dio.

Quasi tutti i monasteri-cliniche sorsero su colline salubri, ricche di erbe curative e di acque salutari.

I monaci-medici non visitavano gli ammalati, ma davano loro consigli in forma di oracoli e prescrivevano diete, digiuni, bagni, massaggi e ginnastica.

Franco Cardini, insigne medioevalista, commentando le "Regole" di San Benedetto, ha scritto che in tempi come i nostri in cui, in nome della salute, dell'efficienza, della perenne giovinezza, o semplicemente per abbassare il colesterolo, per eliminare la pancia e prevenire l'arteriosclerosi, con la speranza di sottrarsi all'infarto, si riesumano pratiche un tempo osservate in nome di Dio, per liberarsi dal peccato. Oggi di queste pratiche abbandonate come residui di barbarie, si scopre la razionalità scientifica, e vengono recuperate e rivolte al miglioramento e al prolungamento della vita terrena insidiata dai vizi della civilizzazione, dal benessere e dai peccati della carne.

*L'ora et labora* di San Benedetto potrebbe essere aggiornato per l'anima e per il fitness, ha suggerito Cardini.

Gli asclepiei ellenici sono i lontani precursori delle *health farms* e il *life style* prescritto dai cardiologi statunitensi come scoperta loro, ha le radici nelle norme consigliate dai medici-monaci ai fedeli.

I sette peccati capitali furono codificati da Gregorio Magno, ma la loro condanna era vigente da secoli in Asia Minore.

In ordine di gravità gli antichi monaci anteponevano i peccati spirituali, con in testa l'invidia, a quelli carnali come l'accidia e l'avarizia dai quali facevano derivare la gola e la lussuria. Per prima, secondo loro, doveva essere curata l'anima, molto secondariamente il corpo, zavorra dell'anima, meritevole solo di mortificazioni e di punizioni. I digiuni erano la prescrizione più diffusa, adottati da tutte le religioni.

Roberto Greathead, teologo a Oxford, alla fine del '200, intuì per primo la possibilità di relazioni fra peccati e malattie. All'accidia attribuì la responsabilità delle paralisi, all'avarizia la perdita di sensibilità, all'invidia la febbre, all'ira la possessione diabolica.

Al peccato di gola, l'obesità e la morte precoce, nonché la lebbra, alla lussuria le emorragie. Molte patologie erano pura opera di fantasia eziologica, altre erano dovute alle erranee e limitate conoscenze della medicina del tempo, ma non mancano le intuizioni non lontane dalla realtà.

Oggi è diffusa la convinzione che i peccati capitali vadano perdendo importanza come molte patologie del passato e la loro interpretazione è molto cambiata.

Per Monsignor Ravasi solo l'egoismo, che considera la peggiore delle colpe, è rimasto invariato nei secoli.

Oggi si pecca con indifferenza, senza timore e senza pentimento.

Il cardinale Biffi più volte denunciò che l'umanità va perdendo la capacità di di-



Medicina monastica

stinguere fra bene e male e che non sappiamo neppure indignarci seriamente.

Molti sono convinti che Dio non ci guardi più e non ci giudichi, la confessione è obsoleta, il senso di colpa compete allo psicanalista. I teologi revisionano i vecchi peccati e ne denunciano di nuovi, come il razzismo, la bioingegneria, la droga, le sofisticazioni alimentari, la genetica, la corruzione politica. Per molti giovani i grandi peccatori della nostra epoca sono i disboscatori dell'Amazzonia, gli inquinatori delle acque, gli allevatori di animali transgenetici, gli sterminatori delle foche, i cementificatori delle marine, gli evasori fiscali; per gli oltranzisti l'hamburger è un cibo ateo e il fast-food disprezzo della sacralità del cibo.

Molti agnostici chiedono se sia ragionevole condannare all'inferno l'accidioso, come Dante, in una società di prevaricatori capaci di tutto pur di imporsi sugli altri.

L'avarò è gretto e biasimevole, ma non è peggiore di chi non pensa ad altro che al profitto, all'accumulare denaro e ad ostentare la propria fortuna.

La lussuria è desueta, obsoleta anche nel nome, priva di drammaticità e di passione. Per l'ultima maestra, Erica Jong, scrivere di sesso è diventata un'impresa impossibile, non è più da condannare, è diventato edu-

cazione fisica, terapia estetica, medicina antiage, lotta alla senescenza.

Fra le top model e le pin-up fa trendy snobbare il sesso e fare di tutto per avere successo: essere ammirate, comparire sulle copertine dei rotocalchi.

Molte confessano di non avere interesse per gli uomini, salvo che non siano miliardari, si sposano a fine carriera e fanno un figlio a cinquant'anni.

Il sesso è obsoleto anche per i maschi, avanza l'impotenza, Massimo Fini sostiene che molti uomini, se potessero, farebbero a meno di fare sesso che considerano un dovere biologico.

L'omofilia guadagna terreno in tutto il pianeta, i matrimoni gay tanto esecrati, potrebbero essere un progetto della natura per arginare la sovrappopolazione.

L'accidia, dopo l'avvento della sindrome da stanchezza cronica, è peccato o malattia? La gola, peccato antico, è responsabile, come si sa, di molte malattie, ma Babette ci ha dimostrato che può essere un mezzo per rinnovare amicizie e recuperare una visione gioiosa della vita. Ci si può anche chiedere se sia più peccatore il buongustaio o chi possiede quattro automobili.

Vengono discussi nuovi peccati: Ratzinger, quand'era cardinale, scrisse che il rock nei grandi raduni musicali assume caratteri culturali, di controcolto anticristiano.

L'arcivescovo di Lecce ha assimilato il fumo passivo e l'inquinamento atmosferico al quinto comandamento.

Per Enzo Biagi il più grande peccato di oggi era la superficialità, per Francesco Alberoni la perdita della speranza, per Paola Giovetti

il pessimismo, per molti psicologi il più grave è la noia.

Noia e pessimismo sono il remake dell'accidia cenobitica che si è estesa a molti siti metropolitani ed è la causa della depressione che colpisce quasi trenta milioni di statunitensi. Oggi si propone la rilettura dei peccati capitali anche da parte dei cardiologi, in particolare di quelli impegnati come noi nella cardiologia preventiva e tentano di sviluppare e aggiornare le embrionarie intuizioni del teologo Greathead e riesumano i divieti dei monaci asiatici.

Quasi tutti i peccati, anche non compresi nei sette capitali, sono norme igieniche in-

tese a proteggere la salute.

Su *Cuore e Salute* si è già parlato degli effetti negativi sull'apparato cardiocircolatorio dell'ira e dell'invidia, tali da farli includere nei fattori di rischio. Altri verranno considerati, come la gola che predispone all'ipercolesterolemia, all'arteriosclerosi, al diabete considerate importanti cause di infarto.

L'accidia può essere identificata con la mancanza di attività fisica, così tanti altri vizi capitali sui quali ritorneremo, in passato ritenuti responsabili di dannazione dell'anima, oggi vengono laicizzati e visti, con sempre maggior convinzione, come responsabili di molte cardiopatie.

## Vizi capitali e virtù vitali

I vizi capitali, quelli che Aristotele indicava come gli abiti del male, sono esattamente sette come i peccati capitali che abbiamo imparato da bimbi, ma che da adulti stentiamo nel richiamarli alla memoria. Magari la lussuria e la gola li ricordiamo bene, la superbia e l'accidia forse un po' meno. È curioso come essi abbiano un rapporto più o meno stretto con certe cattive abitudini e con alcune malattie conseguenti. Oramai anche i profani conoscono i fattori di rischio cardiovascolari, esattamente sette (inattività fisica, fumo, colesterolo, iperglicemia, sovrappeso, ipertensione e dieta inappropriata) e in qualche misura collegati con quei vizi. Non c'è dubbio che l'ira e il sovrappeso aumentino la pressione, così come l'accidia favorisca l'inattività fisica e il fumo, mentre riesce più difficile trovare un collegamento fra la lussuria o l'avarizia con le malattie di cuore; a meno di non andare a sfruculiare sulle morti da amplesso extraconiugale o sulla ingloriosa fine di tanti Arpagone.

Noi medici, anche i meno osservanti i principi dottrinari, alziamo spesso il dito dell'ammonimento per ricordare l'insidia di quei fattori di rischio, ma pochi sono andati a verificare cosa hanno realmente imparato i poveri pazienti, attuali o futuri. O meglio, se ci siamo dedicati troppo agli effetti negativi di quelle cattive abitudini, ma poco a verificare se i nostri assistiti abbiano recepito e in che misura quei concetti. Se ne sono invece preoccupati

recentemente alcuni ricercatori di Boston (*Am J Cardiol* 2011;107:1480), i quali analizzando 2000 soggetti hanno dovuto constatare che: 1) meno del 50% sapeva che le malattie cardiovascolari sono la causa principale di mortalità; 2) solo il 37% era in grado di identificare quei sette fattori che minacciano la nostra salute; 3) soltanto il 57% conosceva l'importanza dell'attività fisica e della dieta mediterranea, un po' meglio (63%) quella per il diabete; 4) infine l'evidenza che la consapevolezza di tutti questi rapporti fra rischi e malattie era decisamente migliore in chi aveva un più alto grado di istruzione.

Ne deriva che il miglior sforzo che le Sanità dei vari paesi possono fare è quello di migliorare le conoscenze, a partire dai banchi di scuola, sulle vitali virtù per prevenire le conseguenze dei vizi capitali.

**Eligio Piccolo**



Sette peccati capitali, di Hieronymus Bosch. Madrid, Museo del Prado.

# DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2011



**CONOSCERE  
E CURARE  
IL CUORE 2011**

Att.  
XXVIII Congresso del  
Centro per la Lotta  
contro l'Infarto  
Fondazione Cuore  
a cura di  
Francesco Pizzi  
Firenze, 4-6 Marzo 2011

EDIZIONI URBAN

## *Televisione e obesità*



di **Vito Cagli**,  
Università degli Studi "La Sapienza" di Roma

L'Obesità è divenuta un importante problema di salute pubblica in tutti i paesi industrializzati.

Dagli anni '70 in poi sia la percentuale dei soggetti in eccesso di peso sia quella degli obesi è costantemente aumentata e le previsioni sono a favore di un ulteriore progressivo aumento.

Di particolare interesse per noi sono le indagini sulla prevalenza dell'obesità nell'infanzia e nell'adolescenza in Italia, dove l'eccesso di peso risulta presente in circa 1/3 dei bambini e delle bambine tra i 6 e i 9 anni, con una tendenza a diminuire nelle età successive sino al 17.3% nei ragazzi e al 10.5% nelle ragazze, tra i 14 e i 17 anni.

Proprio nelle fasce più giovani, la televisione, senza dubbio uno dei maggiori passatempi della nostra epoca, sia per gli adulti sia per i bambini, può costituire un importante fattore favorente per l'obesità. Chi scorre le riviste, i quotidiani e i settimanali, si imbatte in una messe di scritti che puntano il dito sulla lunga permanenza dinnanzi allo schermo come cau-

sa tra le più importanti dell'epidemia, sempre più diffusa, di eccesso di peso e di obesità. L'esame della letteratura scientifica in questo ambito ci offre tuttavia un panorama assai più complesso di quanto le descrizioni dell'informazione divulgativa farebbero pensare.

Uno studio sulla percentuale di grasso corporeo, massa grassa e massa magra, in 467 bambini sani in età tra i 4 e i 6 anni, effettuato alcuni anni or sono, dimostrava che i bambini meno attivi fisicamente e con più ore di televisione avevano una massa grassa con un valore medio più elevato di Kg 2.2 e il 6% di grasso corporeo in più rispetto ai bambini massimamente attivi e con minore permanenza dinnanzi al televisore; nelle bambine le differenze erano minori (rispettivamente 1.4 Kg e 4.4%). Tutte le differenze di cui sopra - eccetto la percentuale di massa grassa delle bambine - erano significative. Utter et al hanno osservato che l'aumento di permanenza dinnanzi al teleschermo si associa con un rischio da 1.5 fino a quasi 3 volte di sviluppo dell'obesità, mentre cresce assai meno il rischio per l'eccesso di peso. Questo può dipendere dal fatto che i fattori in gioco nell'acquisto eccessivo di peso sono numerosi. Tra questi gli autori dello studio valorizzano soprattutto il fatto che più tempo davanti al televisore significa anche una maggiore esposizione a messaggi promozionali per bevande e merendine e, in definitiva, la possibilità di un maggiore consumo di queste. Un tale comportamento, se diviene incontrollato, porta facilmente all'obesità. Che l'associazione tra permanenza davanti al

televisore e grasso corporeo nei bambini e negli adolescenti non sia delle più strette è confermato anche dalle osservazioni di Marshall che in base ad una metanalisi di numerosi studi relativi a soggetti tra i 3 e i 18 anni concluse che: «la relazione tra vedere la televisione e attività fisica è scarsa anche se negativa» (più tempo alla televisione-minore attività fisica) e che «la relazione tra vedere la TV e grasso corporeo nei bambini e negli adolescenti è probabilmente troppo bassa per potere assumere una sicura rilevanza clinica».

Più recentemente Jackson in uno studio sulla composizione corporea di 89 bambini di età compresa tra 2 e 6 anni rilevò che il 18.8% erano in eccesso di peso e l'11.8% erano obesi; dimostrò altresì che tra il tempo trascorso davanti al televisore e la massa grassa espressa in Kg esisteva una significativa relazione positiva che dava conto del 46.9% della variazione del grasso corporeo e calcolò che ogni ora giornaliera in più davanti al televisore si associava al rilievo di 1 Kg in più di peso corporeo. Approfondendo ulteriormente l'analisi dei suoi dati l'autore è stato in grado di affermare che non sia la bassa attività fisica a collegare la permanenza davanti al televisore con l'adiposità, ma che quest'associazione possa essere spiegabile con il consumo di alimenti davanti allo schermo e che l'effetto sull'adiposità del tempo trascorso dinanzi alla TV non viene significativamente ridotto introducendo nel calcolo quello legato all'attività fisica.

In sostanza crediamo di poter indicare nelle affermazioni di Swinburn e Shelly quel-

la che sembra essere la posizione attuale sulla questione:

«I potenziali mediatori dell'effetto di un elevato periodo trascorso davanti al televisore sull'aumento dell'indice di massa corporea, includono un minor tempo dedicato all'attività fisica, una riduzione dell'attività metabolica a riposo (su cui le evidenze sono scarse) e un aumentata assunzione di calorie (per una maggiore assunzione di cibi mentre si guarda la TV e per una maggiore esposizione ai messaggi promozionali di cibi ipercalorici)».

A questo punto sembra conveniente considerare più a fondo uno degli aspetti che emergono dalle ricerche che abbiamo sopra citato, quello che concerne quanto accade in chi passa molto tempo a guardare la televisione, soprattutto - ma non solo - bambini o adolescenti. Molto spesso in quanti stanno davanti al televisore per due ore o più, rispetto a chi vi sosta per meno di 1 ora, il consumo di succhi di frutta, di alcuni dolci, di patatine e di hamburger giunge a raddoppiarsi. Un'indagine italiana, a cura dell'Istituto Superiore di Sanità ha dimostrato che nei bambini che guardano la TV per almeno 3 ore al giorno il consumo di bibite zuccherate aumenta mediamente di 1.5 volte. La facile disponibilità di nutrienti, il consumo in compagnia, la pressione pubblicitaria, la disponibilità di cibi altamente calorici, la presentazione degli alimenti sono tutti fattori che ne facilitano l'assunzione eccessiva e va aggiunto che non di rado il mangiare può essere un comportamento automatico in cui l'assunzione di cibo diviene un atto

assai meno controllato.

A questa diminuzione di autocontrollo contribuiscono numerosi fattori. Secondo Cohen se ne possono riconoscere almeno dieci e tra questi andrebbe incluso l'intervento dei neuroni specchio. Questo meccanismo ha certamente a che vedere con i contenuti visivi cui bambini e adolescenti (ma anche gli adulti) sono esposti quando guardano la televisione.

I neuroni specchio sono stati individuati e studiati a partire dagli anni '80 dal gruppo di ricerca coordinato da Giacomo Rizzolatti nel laboratorio di neurofisiologia dell'Università di Parma. Si tratta di una classe di neuroni, presenti in un'area della corteccia motoria del macaco, che si attivano sia quando la scimmia compie un'azione, sia quando essa osserva la stessa azione compiuta da altri. Analoghi centri di attivazione neuronale sono stati dimostrati nell'uomo. Una recente monografia sull'argomento include un intero capitolo sui possibili rapporti tra neuroni specchio e marketing, studiati partendo dal presupposto che sia possibile avere da questo tipo di studi informazioni sul modo in cui prendiamo le nostre decisioni. Misurando l'attività cerebrale con particolare attenzione a quattro sistemi neurali in soggetti esposti alla visione di spot pubblicitari si è visto che soltanto il sistema dei neuroni specchio non manca mai di attivarsi e l'analisi della risposta a spot diversi ha portato a formulare l'ipotesi che ciò che conta sia un maggiore livello di identificazione tra chi osserva gli spot e chi in essi compie le azioni. In altri termini si trattereb-

be della messa in atto di comportamenti imitativi. Si comprende meglio, in tal modo, il peso che i messaggi pubblicitari televisivi possono avere nel condizionare una maggiore assunzione di alimenti.

Siamo in grado ora di considerare nella loro complessità tutti i meccanismi coinvolti in coloro che rimanendo spesso e a lungo davanti al televisore possono andare incontro all'eccesso di peso o all'obesità, evento particolarmente frequente nei bambini e negli adolescenti, in quanto soggetti in cui le capacità critico-razionali sono ancora in via di formazione. Ci sembra possibile, in sintesi, ritenere che rimanere fermi davanti al televisore comporti:

- sottrarre quel periodo di tempo ad una attività fisica;
- assai spesso combinare la sosta davanti al televisore con l'assunzione di determinati alimenti (patatine fritte o bevande ad elevato contenuto di zuccheri);
- essere maggiormente esposti a messaggi promozionali che in via suggesti-

va - imitativa possono indurre ad un maggiore consumo di cibi o bevande spesso ad alto contenuto calorico.

L'ovvio suggerimento che deriva da questi dati è la necessità di agire su entrambi i fronti: più attività fisica e meno televisione. La limitazione a 1 ora al giorno o, comunque a meno di 2 ore, del tempo da trascorrere davanti al televisore fa perciò parte dei programmi volti a limitare l'obesità infantile e un recentissimo studio italiano raccomanda una limitazione del tempo da trascorrere davanti al televisore a non più di otto ore settimanali, già a partire dall'età di due anni.

Togliere il televisore dalla stanza da letto, un provvedimento ritenuto utile per gli adulti, è ancor più raccomandabile nei confronti dei bambini. Non è invece facile da realizzare la restrizione della promozione di determinati cibi attraverso la TV a causa della netta opposizione sia delle aziende produttrici sia di quelle pubblicitarie.

tra i libri ricevuti



# DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2011



**CONOSCERE  
E CURARE  
IL CUORE 2011**

Att.  
XXVIII Congresso del  
Comitato per la Lotta  
contro l'Infarto  
Fondazione Gubio  
a cura di  
Francesco Pizzi  
Firenze, 4-6 Marzo 2011

EDIZIONI URBAN

## *Ferrara: città della prevenzione*

Intervista di **Filippo Stazi**



**Prof. Roberto Ferrari,**  
Sezione di Cardiologia,  
Università degli Studi di Ferrara

### **Prof. Ferrari quali sono le conseguenze dell'allungamento della vita media?**

Negli ultimi 30 anni la vita media è aumentata di almeno 10 anni. Non vi è dubbio che si tratti di un risultato straordinario ma, come sempre, vi è anche l'altra faccia della medaglia: l'inversione della piramide della popolazione che si verificherà tra non molto. In altri termini in un futuro non lontano non vi saranno abbastanza giovani per sopperire alle necessità economiche (e non solo) per le spese pensionistiche e sanitarie degli anziani. Se poi teniamo presente il calo di nascite tipico del mondo occidentale e del nostro paese, vi saranno inevitabilmente cambiamenti demografici importanti. L'incremento dell'età media della popolazione causa anche notevoli modificazioni degli aspetti sociali: ci si sposerà più tardi, le fami-



glie saranno più vecchie, si verificheranno sempre meno decessi di familiari a casa, con conseguente impreparazione psicologica ad affrontare un fenomeno per altro naturale per quanto doloroso.

### **In questo mutato contesto quale deve essere il ruolo della cardiologia?**

La cardiologia ha contribuito ad allungare la vita media di 7 anni. Un notevole successo se lo paragoniamo a quello di tutte le altre specializzazioni. Siamo stati fortunati e bravi nello stesso tempo. Abbiamo fatto progressi nel trattamento dell'infarto miocardico e dello scompenso cardiaco. Abbiamo costruito le reti necessarie per assistere questi pazienti ecc. Tuttavia la morte cardiovascolare continua ad essere la maggior causa di decesso nel mondo. Questo vuol dire che non abbiamo risolto il problema, lo abbiamo solo rimandato e trasformato una patologia acuta in una cronica. Quindi la cardiologia non deve abbassare la guardia, al contrario bisogna progredire ulteriormente per scoprire trattamenti innovativi per combattere le malattie cardiovascolari.

La vera sfida però non è quella di progredire nel trattamento delle malattie cardiovascolari, bensì nel prevenirle. È ovvio che anche se si riuscisse a trattare tutti i cardiopatici, non avremmo i fondi necessari. La prevenzione, dunque, è il futuro e ciò che più conta è che oggi vi sono tutti i presupposti per lanciare delle vere e proprie campagne di prevenzione. Lo studio INTERHEART, condotto in 33 paesi nel mondo ci dice chiaramente che se riuscissimo

a cambiare gli stili di vita e quindi modificare i classici fattori di rischio cardiovascolare della popolazione mondiale si potrebbe prevenire il 90% delle malattie cardiovascolari.

### **Prof. Ferrari perché si sente spesso parlare di prevenzione ma poi in concreto se ne fa poca?**

Perché non vi è dubbio che prevenire è meglio che trattare ma non vi è neanche dubbio che prevenire è straordinariamente difficile. Prevenire, infatti, vuol dire avere coscienza che l'individuo, entro certi limiti, è il regista del proprio stato di salute. Di conseguenza deve conoscere ed evitare o combattere i fattori di rischio cardiovascolari, modificando quando possibile lo stile di vita quotidiana.

Sembra facile, ma non lo è. Prevenire vuol dire resistere, specialmente da bambini (paradossalmente quando siamo più vulnerabili) a tutti i messaggi subliminali che la nostra società ci invia e propone. Prevenire vuol dire sfidare interessi economici enormi; basta pensare a certi aspetti dell'industria alimentare, del tabacco, dei trasporti ecc.

Ovviamente tutto questo non può e non deve essere affrontato dai cardiologi. Ai cardiologi spetta la prevenzione secondaria, cioè di coloro che hanno già avuto problemi cardiovascolari. Ma si tratta di una minoranza, seppur cospicua, di sopravvissuti. La vera prevenzione è quella a livello di popolazione, degli individui ancora sani e questa spetta agli enti governativi, alle società scientifiche, alle regioni, comuni, città, politici ecc.

Tuttavia, i cardiologi, se lo desiderano, possono comunque avere un ruolo almeno di fulcro organizzativo e questo è quello che l'Unità Operativa di Cardiologia di Ferrara sta cercando di fare nell'ambito del progetto "Ferrara, Città della Prevenzione".

### Di cosa si tratta e perché Ferrara?

Ferrara è una città piccola, di circa 110.000 abitanti, circondata da mura medievali dove in genere i cittadini passeggiano o corrono. È da sempre considerata la città delle biciclette. A Ferrara tutti vanno in bicicletta. Quindi, a Ferrara volenti o nolenti si fa un po' di moto. Non solo ma Ferrara ha un eco-



Bicicletta davanti alla Cattedrale, costruita nel 1135

nomia prettamente agricola, nota per la produzione di frutta e verdura. Quindi vi è la cultura della frutta e della verdura. Ai tempi degli Estensi, Ferrara era il porto della Lombardia. Oggi, non più, il Po ha subito non poche deviazioni ma il vicino Delta del fiume si è caratterizzato sul piano industriale per l'itticoltura, tra cui la coltivazione del "cosiddetto" pesce azzurro, saporito, poco costoso e ricco di acidi grassi polinsaturi e Omega 3, dotati di notevoli capacità preventive nei confronti della cardiopatia ischemica e dello scompenso cardiaco. Inoltre, Ferrara è una città universitaria dal 1300 e quindi vi è la cultura necessaria per favorire un progetto di prevenzione che coinvolga l'intera città. Infatti, "Ferrara, Città della Prevenzione" vede coinvolte tutte le forze cittadine e regionali con l'Istituto Superiore di Sanità ed il Ministero della Salute nel promuovere una campagna preventiva a 360 gradi.

## Ma cosa è stato fatto in concreto?

Almeno tre cose:

- 1) L'Università degli Studi di Ferrara ha dedicato uno spazio all'interno dello storico palazzo "Turchi di Bagno", proprio di fronte al Palazzo dei Diamanti (e quindi nel cuore della città) per la prevenzione. È già possibile farsi calcolare gratuitamente la carta del rischio cardiovascolare ed avere immediatamente da personale adeguatamente addestrato informazioni per restare non a rischio o per ridurre il rischio. Presto vi sarà un centro antifumo, una cucina per tenere corsi su come preparare un'alimentazione funzionale alla prevenzione, corsi per attività fisica ecc.
- 2) È stata calcolata la carta del rischio cardiovascolare ad oltre 4.000 visitatori della Mostra di Garofalo (pittore della Corte degli Estensi) presso il Castello Estense, sede della Fondazione Hermitage in Italia. L'intento è di comparare

questa popolazione (sicuramente colta) con altre popolazioni di diversa estrazione sociale (aziende metalmeccaniche, supermercati ecc) compresi gli operatori dell'Azienda USL di Ferrara che dovrebbero dare esempio di stili di vita adeguati.

- 3) È stato registrato il marchio "Il pane del cuore", un pane bianco, ricco di fibre, senza sale e ad elevati contenuti di acidi grassi polinsaturi Omega 3 di cui nel corso del 2011 si comincerà la commercializzazione.

Ovviamente il progetto ha in serbo numerose altre azioni ed ha l'ambizione di essere un esempio di come si possa fare prevenzione assieme. Ce la faremo? Non lo sappiamo, ci stiamo provando però un dato c'è già: la popolazione di Ferrara è la più longeva dell'Emilia Romagna ed una delle più longeve d'Europa. Sarà per la bicicletta, la frutta e verdura ed il pesce azzurro?

tra i libri ricevuti



# Ma Stachanov ha avuto l'infarto?

di Filippo Stazi

Aleksej Grigor'evi Stachanov è senza dubbio il più famoso lavoratore del mondo. Nato nel 1906 nella regione del Donec, divenne celebre nell'allora Unione Sovietica perché ideò una nuova tecnica per l'estrazione del carbone che gli permise di incrementare notevolmente la produttività del lavoro. Sfruttando la sua idea riuscì il 31 agosto del 1935 a battere il record del numero di tonnellate di carbone estratte in un turno di lavoro, per l'esattezza 102 tonnellate in 5 ore e 45 minuti. A ricordo di tale impresa il 31 agosto in Unione Sovietica era diventato il giorno del minatore di carbone. Le successive migliorie che apportò alla sua tecnica permisero al nostro personaggio di battere il record numerose altre volte e per tali meriti nel 1970 divenne eroe del lavoro socialista. Morì nel 1977 per una non meglio precisata insufficienza cardiorespiratoria.

Uno studio recentemente pubblicato sull'*European Heart Journal* (2010; 31: 1737-1744) ha investigato l'associazione tra lavoro straordinario e incidenza di cardiopatia ischemica in 6.014 impiegati statali al servizio di Sua Maestà Britannica di ambo i sessi, di età compresa tra 39 e 61 anni e seguiti in media per 11 anni. Ad ognuno dei soggetti inclusi nello studio veniva consegnato un questionario su cui riportare il numero di ore di straordinario lavorate in media ogni



Foto di Leo Marconi

giorno. Sul totale dei partecipanti il 54% non faceva straordinario, il 21% lavorava un'ora più del previsto, il 15% due ore mentre il 10% dei soggetti dichiarava 3 o 4 ore giornaliere di lavoro extra. Dallo studio in questione emerge l'identikit dello Stachanov britannico: maschio, giovane, sposato o convivente, in posizione lavorativa elevata, non fumatore, non dedito particolarmente all'alcool, buon consumatore di frutta e verdura, fisicamente attivo, abituato a poche ore di sonno notturno, non esente da ansia e stress e con atteggiamento comportamentale di tipo A. Il comportamento di tipo A, per intenderci, è quello tipico di chi è in continua lotta con se stesso e con gli altri per ottenere sempre di più in sempre meno tempo ed è ovviamente caratterizzato da aggressività ed irritabilità.

L'analisi dei dati ha dimostrato che i lavoratori più accaniti, quelli cioè da 3-4 ore di straordinario al giorno, hanno un aumento del 56% del rischio di sviluppare la cardiopatia ischemica, del 90% di avere un infarto miocardico non fatale o di morire per

le conseguenze della cardiopatia ischemica e, infine, un aumento solo dell'11%, statisticamente non significativo, della mortalità totale.

Applicando questi risultati alla vicenda del nostro Stachanov credo che il dato sulla mortalità totale non aumentata dall'eccesso di lavoro possa essere considerato confermato, morire a 71 anni per un soggetto nato nel 1906 può infatti essere normale. Però, sempre basandoci sui risultati dello studio britannico, un lavoratore indefesso come il russo prima o poi nel corso della vita un infarto avrebbe dovuto averlo mentre di tale evento non vi è traccia in nessuna biografia. Il dubbio sorge allora spontaneo, sono i dati dello studio che non tornano o non è che aveva forse ragione il *New York Times* quando, in un articolo di diversi anni fa, sostenne che i vari records di produttività tanto celebrati erano in realtà un falso in quanto frutto del lavoro non del solo Stachanov ma di molti minatori a cui il Partito Comunista Sovietico aveva chiesto di aiutarlo in segreto?

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

- *in ricordo di Franca di Legge di Fontechiari (Fr): gli Informatori del Farmaco (AIISF) della Provincia di Frosinone*



Foto di Stefano Di Carlo

# Il tuffo che ferma il cuore

di Eligio Piccolo

La cronaca ci riporta ogni tanto, specie in periodo balneare, l'incidente sulla spiaggia o in mare aperto. Un malore che viene generalmente attribuito a infarto o a blocco della digestione. Quante volte i genitori ci hanno raccomandato di non fare il bagno dopo mangiato, aspettate almeno due ore. Consigli saggi certamente, ma che i bambini hanno sempre disatteso perché mancavano di una spiegazione convincente. Quella spiegazione che spesso manca anche in altre circostanze, specie quando succede il peggio e l'autorità giudiziaria dispone gli accertamenti. Un infarto lo si verifica facilmente, così come l'annegamento, ma nel 10-15% dei casi le coronarie sono innocenti e non c'è acqua nei polmoni.

Ricordo un amico 38enne, sanissimo fino a quel momento, raggiunge la



famiglia al mare e in attesa del pranzo va a fare il bagno: si tuffa e rimane secco quasi sulla battigia. E chi non ricorda l'onorevole Antonio Bisaglia, caduto dalla barca nel mare di Portofino e non più risalito, pur sapendo nuotare? La cronaca in quell'occasione ha tentato di colorarsi di giallo e di altre tinte più politiche, ma invano, e alla fine non è emersa alcuna spiegazione convincente.

Misteri? No, oggi conosciamo qualcosa di più e ce lo ha ricordato recentemente Paolo Alboni, cardiologo nel ferrarese, in un Viewpoint della rivista Heart di marzo 2011. Egli ci ha stimolato a rivedere certe nozioni di fisiologia note da oltre un secolo e che riguardano esperimenti sugli animali, in particolare l'anatra, che diventa bradicardica se la si costringe ad immergere la testa in acqua. Si è precisato poi che tale rallentamento del cuore è dovuto a un riflesso vagale che viaggia passando per il cervello. L'uomo si comporta come molti altri animali e quando si tuffa o gli viene immersa la faccia in acqua subisce una bradicardia dal 10% fino al 60%, nota internazionalmente come "diving bradycardia". Inoltre, anche uno stato di allarme, come la paura, può produrre lo stesso effetto e, scoperta mirabile, se le due cose si associano, tuffo e paura, può verificarsi l'arre-

sto dell'attività elettrica del cuore, ovvero la sincope con possibile evoluzione verso la morte improvvisa.

Sono evenienze rare, come si capisce dalla stessa curiosità giornalistica, ma per chi vi soggiace è una questione vitale e quindi corre l'obbligo di individuarne il rischio. Il suo calcolo sarebbe facile se i casi fossero frequenti, così come le loro circostanze, ma "fortunatamente" sono rari e quindi dobbiamo ricorrere a quello che i clinici di un tempo, sprovvisti di tanti progressi scientifici, chiamavano "lume di naso", una saggia considerazione legata all'esperienza e alla capacità critica. Certamente la digestione in atto (ecco quindi le raccomandazioni classiche delle nostre mamme) facilita il tono vagale che porta alla bradicardia, quindi niente bagni dopo mangiato. Pare che anche il sovrappeso abbia un'influenza negativa, così come certi farmaci che tendono a ridurre la frequenza cardiaca. Forse anche l'età meno giovane e indubbiamente una malattia del nodo del seno, sia pure in fase iniziale, o una qualche altra imperfezione elettrica del cuore o di altri riflessi, di quelle che alla lunga o alla breve necessitano di un pacemaker, devono renderci accorti e magari indurci ad interpellare il medico prima dell'inizio della stagione balneare.

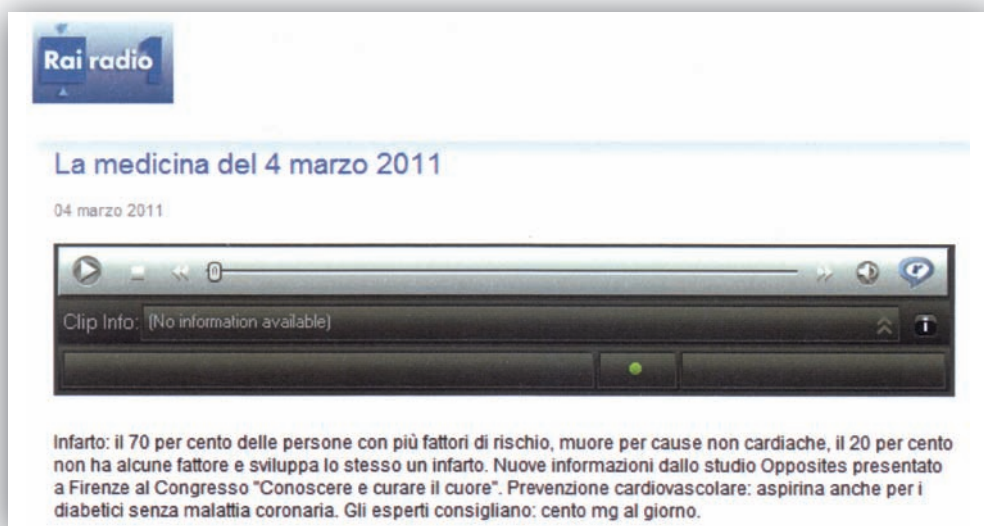
# La RICERCA del *Centro per la Lotta contro l'Infarto* - *Fondazione Onlus*

Dal 4 al 6 marzo si è tenuta a Firenze la XXVIII edizione di “Conoscere e Curare il Cuore 2011” il Congresso di Cardiologia organizzato annualmente dal Centro per la Lotta contro l'Infarto Fondazione Onlus.

Anche quest'anno l'assise ha riunito per tre giorni a Firenze i più autorevoli esponenti della cardiologia italiana per la messa a punto degli aspetti clinico pratici della ricerca scientifica in area cardiologica. Al centro del dibattito, la conoscenza dei fattori di rischio e il percorso di ricerca volto alla definizione di tecniche diagnostiche e di terapie sempre più mirate e personalizzate.

Il Congresso ha riscosso una notevole eco mediatica sia sulla carta stampata che sui mezzi di comunicazione radiotelevisivi che, infine, sul web.

A titolo di esempio, riportiamo alcuni titoli apparsi sulle principali testate.





Dal XXVIII Congresso di Cardiologia "Conoscere e curare il cuore": Più approfondite conoscenze dei fattori di rischio, diagnosi e cure sempre più mirate e personalizzate per la prevenzione dell'infarto e delle malattie cardiovascolari

Stampa

ARCHIVIO LA REPUBBLICA DAL 1984

Cerca:  La Repubblica dal 1984

[+ Opzioni avanzate](#)

### Soggetti a rischio di infarto Perché colpiti solo alcuni?

15 marzo 2011 — pagina 32 sezione: SALUTE

Tra un anno le cause scatenanti dell' infarto, sulle quali si sa ancora molto poco, saranno un po' meno misteriose. Merito dello studio Opposites, che sta per partire, presentato al congresso "Conoscere e curare il cuore". Lo studio, ideato dalla Fondazione Centro per la lotta contro l' infarto, assieme all' Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri e la Fondazione Per il Tuo Cuore, vuole



Share 0



A A

IL PARADOSSO

## Cuore: studiare le eccezioni per trovare nuove regole

*Parte una ricerca italiana che cercherà di capire meglio l'infarto partendo da chi non ce l'ha mai avuto nonostante diversi fattori di rischio*



# 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.*

## *Ottone Rosai, teppista sentimentale*

Ottone Rosai aveva Via San Leonardo nel cuore, come tutta Firenze, ma San Leonardo di più, un amore che cresceva ogni volta che la dipingeva. Era stato un colpo di fulmine notturno, mentre si recava, come tante altre volte, a bere con gli amici al bar Fontana. Disse di aver trovato la casa della sua vita e condusse tutti a vederla in pellegrinaggio. Vasco Pratolini, amico dei tempi duri, si mise subito in movimento perchè quell'eremo agreste potesse diventare suo; poco dopo Rosai ci andò ad abitare. La strada declinava fra alti muri che nascondevano giardini e ville bellissime, quasi tutte abitate da stranieri.

Il frequentatore più affezionato fu Morandi: ogni volta che veniva a Firenze vi andava per passare qualche ora in mezzo ai quadri che si accatastavano nella grande stanza al piano terreno. Ogni sera scendevano per la costa San Giorgio fino a piazza Santa Croce. Parlavano sempre di pittura, anche stando in silenzio.

La strada conservava tratti di acciottolato e una vecchia edicola davanti alla quale Rosai talvolta sentiva il bisogno di fermarsi.

Anche quando era un teppista bestemmiatore accanito si sentiva attratto dalla natura e dalla fede. Era un plebeo con sommersi istinti aristocratici, alle Giubbe Rosse gridava con i futuristi “abbasso il chiaro di luna”, poi andava a dormire sull'erba nella brezza notturna.



Ottone Rosai, autoritratto (1935)



La casa-studio di Ottone Rosai  
in Via San Leonardo (FI)

Cacciato dall'Accademia d'Arte per straffortezza, fu felice di divenire vent'anni dopo professore per "chiara fama". Era un uomo pieno di contraddizioni genuine, mai opportunistiche.

Interpretava la vita con l'umiltà di un naïf, era capace di avvertire la felicità e l'infelicità dell'uomo che venivano dalla natura e che si sforzava di interpretare "senza la perentorietà del primitivo, senza frondosità e senza piacevolezze", sempre con fatica perché, per sua fortuna, affermava di non essere dotato delle capacità calligrafiche che spingono molti pittori a virtuosismi vuoti, privi di significato.

I suoi personaggi erano sempre severi, le case squadrate con finestre piccolissime sbarrate, le stradine chiuse da muri ostili, gli alberi immobili sotto cieli bassi che in tristivano.

Qualcuno ha detto molto appropriatamente che l'umanità di Rosai era quella di un Masaccio moderno nato come lui nella miseria e nel dolore.

Nelle strade era vissuto per anni di discussioni, bevute, litigi, gioco e scazzottate. Quand'era fascista a Bottai e Pavolini,

che volevano aiutarlo, confessò con tristezza che molte sue scontrosità e disagi erano dovuti a sue inclinazioni particolari che gli rendevano difficile la convivenza specialmente con i fascisti.

Ogni pretesto era buono per menare le mani; era un granatiere alto un metro e novanta con enormi mani che mostrava all'antagonista con bonarietà: "La è meglio che se ne vada, gli diceva, tanto se se la piglia con me la ne busca". Se non se ne andava, peggio per lui.

Solo Annigoni, suo avversario in tutto, si vantava di tenergli testa.

Lasciata l'Accademia, la lettura fu l'unica evasione per passare le giornate: Baudelaire, Rimbaud, Mallarmé, Rilke, Verlaine, i maudis furono per anni i suoi autori preferiti.

Nella strada imparò ad arrangiarsi: furta-relli, piccole truffe e gioco: "qualche bischero si trova sempre". Col biliardo si tolse molte volte la fame, ma non sempre fece due pasti al giorno.

Era abilissimo nel farsi concedere piccoli prestiti e proroghe alle scadenze. Riuscì a farsi dare qualche soldo anche da un ufficiale giudiziario che non aveva trovato nien-



Muro Rosso (1945)

te da pignorare, un colpo di maestria del quale si vantò a lungo.

Per parecchi anni i soli quadri che uscirono dal suo studio furono quelli sequestrati.

Nonostante le difficoltà tenne duro e seguì sempre a dipingere i quadri che gli venivano da dentro. Non dava ascolto neppure agli amici, continuava a mirare all'essenziale con l'umiltà di un naïf, come disse Soffici, e con la perentorietà di un primitivo, cioè in modo assoluto, senza concedere niente a piacevolezze, sempre attaccato ad un cupo sentimento di dolore e di infelicità. Secondo Santini che l'ha studiato per tutta la vita, la malinconia non l'abbandonò neppure negli ultimi anni, quando finalmente aveva conquistato il benessere e il successo.

Passò un quarto di secolo di assoluto silenzio, dopo la prima mostra a 18 anni in una stanza di Via Cavour, dove Papini portò alcuni futuristi che esponevano poco lontano, nella stessa strada, e conobbe Mari-

netti, Boccioni, Carrà.

Aderì al futurismo senza convinzione, di quel periodo gli rimase solo l'amicizia con Ardengo Soffici che considerò, senza mai confessarlo, suo maestro. Soffici lo convinse anche ad aderire al fascismo, probabilmente aveva un debole per le spedizioni punitive in camion e le scazzottate.

Il loro fu un sodalizio senza fine che lentamente mutò il carattere di Rosai, il quale in precedenza aveva spesso preso a pugni coloro che non erano d'accordo con le sue idee sull'arte. Non erano pochi coloro che dicevano che disegnava male, che non aveva tecnica, che non sapeva usare i colori, che la sua era solamente un'arte popolaresca, che i suoi quadri erano stornellate.

Tollerava a fatica anche coloro che dicevano che i suoi paesaggi erano migliori delle figure, che i suoi "omini" erano preferibili a quelli grandi e così via.

Per oltre trent'anni ho sentito queste "bischerate", diceva, e ogni volta, ribadiva con puntiglioso orgoglio, ho sempre seguito a lavorare a modo mio, senza prendere sul serio nessuna delle "scalpitanti capriccioserie" della critica superficiale e frettolosa. Lentamente, faticosamente, riuscì a farsi capire dai suoi più ostili critici.

Rosai, secondo Santini, non era un artista nel quale la riflessione poteva intervenire a interrompere il flusso di gioia o di dolore che viene tradotto in immagine. Da questo rilievo si intuisce anche l'anti-intellettualismo di Rosai "che matura per forza d'istinto e di ispirazione". Non è un artista di limitata cultura, come molti hanno a lungo ritenuto, ma in lui hanno sempre pre-

valso, come fatto psicologico, la religione, il senso del proprio individualismo e il bisogno drammatico di ritrovare in sé stesso il significato e la verità delle cose.

Era innamorato della realtà più che della fantasia, diceva: “Io credo alla strada, ai fatti della strada, alla vita vivente e mutevole, all’umanità cui piace stare in piedi, nel vento, nell’azzurro delle salite, a coloro che credono alle cose che empiono il santo giorno”. Per gli stessi motivi non gli piacevano le cose troppo elaborate, contraffatte, non sincere. “Quando dipingo non penso certo a tante polemiche e teorie, mi abbandono all’istinto, il pennello è un’arma, il fiore meraviglioso dei nervi”.

Col tempo la violenza, che era stata la sua retorica giovanile, l’abbandonò e altrettanto lentamente arrivò l’amore per ciò che lo circondava e la repulsione per tutto ciò che non era sé stesso.

Il teppista abbandonò ogni violenza e ribellione diventando inconsapevolmente affettuoso e nostalgico.

Così nacquero Via Toscanella, piano del Carmine, Via San Leonardo, le colline intorno a Firenze, i cortili, gli orti, l’Arno, i muri alti lungo le strade, le cupole lontane, i giocatori di carte e di toppe, i concertini, le ronde notturne, le donne dei cortili, la piccola gente immersa nella solitudine. Inventò la sua Firenze.

Il naïf trecentesco trovò ufficialmente la debita collocazione nella pittura contemporanea. Ivrea, alba dell’11 maggio 1957. Un grido angoscioso giunge dalla camera dell’Albergo Dora dove dorme Ottone Rosai. Coloro che l’accompagnavano, dapprima pensarono ad uno scherzo: avvezzo a fare le ore piccole, la sera precedente, contro le sue abitudini, era andato a letto presto. Poi chiaro giunse un nuovo lamento che non lasciava dubbi.

Accorsero Pier Carlo Santini e Dino Caponi. La porta della camera era chiusa. Tentarono di forzarla, ma fu lo stesso Rosai ad aprirla a fatica, ansimante. Era madido di sudore, il volto sfigurato dal dolore. Alzò le braccia come un crocefisso, poi, senza dire una parola si accasciò sul letto, tentò di coprirsi e portò entrambe le mani dietro la nuca.

Dall’espressione del viso sembrò che il dolore si placasse. Era morto.

Era andato a Ivrea con entusiasmo anche se non amava viaggiare, felicissimo per la grande mostra organizzata dal *Circolo Culturale Olivetti* che considerava un bilancio riassuntivo e un omaggio definitivo della sua opera.



Via Toscanella



Giocatori di topa

La mostra era stata organizzata con grandissimo impegno, selezionando le opere fondamentali con recuperi spesso fortunati e inattesi.

Erano tutti stanchi per il lungo lavoro, Santini e Dino Caponi, l'allievo prediletto che aveva guidato la Opel metallizzata di Rosai. La sera del 10 maggio si erano trattenuti fino all'imbrunire sulla sponda del lago di Viverone per godersi il primo tepore primaverile. All'indomani Rosai appariva il più stanco, giù di corda nonostante la felicità per la grande mostra che era proprio come l'aveva sognata. Durante il giorno aveva dato qualche ritocco alla collocazione dei quadri, dopo cena, contro la sua abitudine, era andato a letto subito. A Caponi aveva detto di aver avuto frequenti i dolori dell'angina pectoris.

Alcuni mesi prima aveva scritto a Dino Caponi "... è la vita di un artista quella del Cristo e senza di ciò l'arte non avrà né forza né personalità. Tu che sei stato tanti anni vicino a me, hai visto di quali e quanti travagli la mia vita sia formata e come da questa vita escano fuori delle cose che un gior-

no verranno apprezzate più di tante altre". Era consapevole di aver vinto la battaglia della sua vita e di essere riuscito a piacere anche a coloro che un tempo lo criticavano per l'elegia dei personaggi e la comunicazione della gente.

Era sempre vissuto a Firenze, che per lui era la città unica al mondo. Una beffa del destino l'aveva fatto morire una delle poche volte che ne stava lontano.

Teppista violento, ribelle impetuoso, reazionario, bestemmiatore credente, poeta che aveva fatto della poesia con gli angoli solitari di strade deserte, coi cipressi tristi, le donnette dei cortili, i giocatori di carte, i concertini di strada. Aveva venduto il primo quadro a quarant'anni, adesso i suoi dipinti hanno portato questa sua Firenze in tutto il mondo. Non si sa quanti quadri abbia dipinto, secondo Tirinnanzi ci sono in circolazione almeno diecimila falsi, dieci volte più dei veri.

È tumulato nel cimitero monumentale delle "Porte Sante". Sulla cappella fra i cipressi c'è scritto soltanto Ottone Rosai, pittore 1895-1957.

# La discesa di **Carlo VIII in Italia** e il morbo gallico

di **Fabio Zampieri e Gaetano Thiene**

Carlo VIII di Francia, conosciuto anche come l'affabile, nasce il 30 giugno 1470 a Chateau d'Amboise, figlio di Luigi XI e di Carlotta di Savoia. Fragile di costituzione, Luigi XI si preoccupa più della sua salute che della sua educazione. Sale al trono a 13 anni avendo letto solo romanzi cavallereschi.

L'ambasciatore veneziano Zaccaria Contarini, così lo descriveva:

*La maestà del re di Francia è di età di 22 anni, piccolo e mal composto nella persona, brutto di volto; ha gli occhi grossi e bianchi e molto più usi a veder poco che assai, il naso aquilino similmente grande e grosso molto più del dovere, i labbri eziando grossi, i quali continuamente tiene aperti, ed ha alcuni movimenti di mano spasmodici che paiono molto brutti a vedersi, ed è tardissimo nella locuzione. Per opinione mia, la qual potrebbe essere falsa, tengo per fermo che d'ingegno e di corpo poco valga; tuttavia è lodato da tutti a Parigi perché gagliardissimo a giocar a palla, a caccia e alla giostra.*

Carlo VIII nel 1494 (aveva 24 anni) muove verso l'Italia rivendicando i suoi diritti dinastici sul Regno di Napoli. Lo segue un poderoso esercito che si ingrossa man mano di milizie italiane e che avrebbe dovuto raggiungere il numero di 60.000 uomini circa, fra cui, secondo i documenti del tempo, viag-



Chateau d'Amboise



Carlo VIII di Francia nel 1495

giano 800 donne, 500 delle quali definite letteralmente “puctane”.

Il 2 settembre passa il Monginevro, poco dopo raggiunge Asti dove viene ossequiato da Ludovico il Moro che conduceva con sé un largo seguito di “cortigiane” milanesi. Come documentato, fra gli altri, anche dallo storico Bernardino Corio, il Re di Francia “pigliò amoroso piacere” con “alcune di quelle formosissime matrone”.

Poco dopo essere entrato ad Asti, Carlo VIII si ammalò apparentemente di “vaiolo”, come riportato dal medico Alessandro Benedetti nel suo Diaria de Bello Carolino del 1496: “in Asti, havendo cambiato aere fu preso da un’ardentissima febre et mandò fuori alcuni segni che si chiamano epinitide; i nostri le chiamano vaiuole”.

Filippo di Comines, storico del Re di Francia, ricorda anch’egli l’episodio. Ecco il passo, riportato da Del Guerra nella traduzione italiana del 1690: “il Re s’ammalò di varo-

le con pericolo di morte, essendogli sopravvenuta la febre, la quale nondimeno fra sei o sette dì cessò di tutto.”

Lo storico inglese William Roscoe, alla ricerca del “paziente zero” dell’epidemia di sifilide, sostenne che Carlo VIII non si ammalò di vaiolo, ma che quello fu il primo segnale della lue che si propagò in Italia proprio attraverso il Re, fondando questa idea anche sulla dissolutezza di costumi che si supponeva aver portato Carlo VIII alla tomba a soli 27 anni. Anche il Del Guerra, sosteneva che Carlo VIII probabilmente morì di lue cerebrale “gommosa”.

È vero che i medici dell’epoca concordavano sul fatto che la malattia di Carlo fosse solo una forma di vaiolo leggero, causato dal “cambiamento d’aria” secondo lo schema esplicativo ippocratico e suffragato dal fatto che l’estate e l’autunno di quell’anno in Italia settentrionale erano stati molto umidi e piovosi. Eppure, è vero anche che i francesi distinguevano fra *petite vérole* e *grosse vérole*. La prima definizione, sempre accompagnata dall’aggettivo *petite*, si riferiva al vaiolo, mentre la seconda, utilizzata spesso senza aggettivo come semplice *vérole*, si riferiva proprio alla sifilide. Questo ci è confermato da alcuni versi sarcastici di Voltaire, in cui cantava che i Francesi in Italia non erano riusciti a ottenere nulla se non proprio il “vérole”.

Guarito dal “vaiolo”, il Re riprese la sua marcia verso Napoli.

Un altro episodio estremamente significativo riguarda la sosta di Carlo a Pisa. Carlo VIII entrò in città l’8 novembre 1494 sotto un magnifico baldacchino di seta trapunto a gigli



d'oro. Gli andarono incontro, con le chiavi della città, l'arcivescovo di Pisa con tutto il clero, i rettori e gli ufficiali in città al soldo della Repubblica Fiorentina e un'immensa folla. La mattina dopo Carlo si recò al Duomo per assistere alla messa. Dopo la celebrazione, senza che nessuno lo prevedesse, il Re volle pranzare con l'"Operaio" della chiesa, tale Giovanni Mariani, che ricoprì la carica fra 1488 e 1505. A ricordo dell'evento, fu apposta una lapide, verso la fine del '600, sulla facciata dell'Opera della Primaziale visibile tutt'ora. La sera stessa, il Re accolse una delegazione dei cittadini pisani che chiedevano aiuto e protezione contro il duro governo fiorentino. Carlo, senza pensare che non era sua facoltà concedere ciò che gli si chiedeva, accennò di sì. La città accolse la notizia con una grande festa e ogni insegna della Repubblica Fiorentina fu spezzata. Tuttavia, probabilmente il Re si accorse di aver suscitato troppe aspettative e il giorno dopo si affrettò a partire alla volta di Firenze. Carlo, dopo aver conquistato Napoli, passò di nuovo a Pisa sulla via del ritorno. Nuove feste che durarono qualche giorno, dopo di che il Re partì. I pisani compresero presto di essere stati giocati e che le promesse del Re non avevano alcun fondamento. Fu allora che, per chiedere aiuto contro la Repubblica Fiorentina, Giovanni Mariani fu inviato come ambasciatore a Milano, Genova, Siena, Roma e Venezia, fintantoché Pisa si armava. Nel 1496, dunque, Mariani si trovava a Venezia e conserviamo ancora le lettere che l'"Operaio" del Duomo inviava agli anziani di Pisa fra 1496 e 1497 per rendere conto del suo operato. Sono di grande interesse stori-

co non tanto per il resoconto in sé, quanto perché in esse Mariani chiedeva di essere sollevato dal suo incarico perché gravemente malato: la malattia altro non era che sifilide. Questa corrispondenza dunque costituisce il primo "diario clinico" italiano per ciò che concerne questa malattia e può risultare estremamente significativo per quanto riguarda anche la relazione fra diffusione della sifilide e la calata di Carlo VIII in Italia. Il Mariani, nelle sue lettere, in principio parlava di una scesa, cioè di catarro "sceso" dalla testa; sosteneva poi di avere il viso gonfio, la febbre di notte e dolore di braccia e di gambe; in una lettera del dicembre del '97 parlava chiaramente di "mal francioso", dopo aver definito il suo male come "peste" e "gotta" (forse si trattava di manifestazioni di sifilide secondaria).

È probabile che Mariani si fosse infettato di lue già quand'era a Pisa, tanto più che l'infezione, stando alle sue lettere, sembrava iniziata dalla bocca. Ora, non si può escludere che quando Mariani pranzò con Carlo VIII fosse stato infettato proprio dal Re di Francia, che aveva avuto manifestazioni luetiche due mesi prima, quando si era fermato ad Asti. In effetti, la trasmissione della lue per via orale è ben nota. E i bicchieri e le tazze, ora come allora, si prestavano molto bene al contagio. Si tratta di un'ipotesi quanto mai affascinante e che fornisce, seppur indirettamente e in via congetturale, un indizio ulteriore del fatto che Carlo VIII stesso fosse malato di sifilide. Non si sa se sia morto prematuramente, né come esattamente morì Mariani. Certamente tornò a Pisa nei primi mesi del 1498,

riprese il suo posto di “Operaio” e rimase in carica fino al 1505, quando gli successe Giovanni Alliata. Non vi è traccia della sua tomba né nel camposanto monumentale, né in alcun'altra cappella o chiesa pisana. Probabilmente fu inumato nel Camposanto vecchio, in una fossa comune. Pisa non poté, impegnata com'era nella dura guerra contro i fiorentini, dedicargli nemmeno una lapide.

Ma torniamo alla discesa di Carlo in Italia. Il 31 dicembre Carlo VIII entrò in una Roma dove imperversava la peste. La sfilata del suo enorme esercito lasciò la popolazione senza fiato: durò dalle tre del pomeriggio fino a notte inoltrata.

Il 28 gennaio 1495 Carlo partì da Roma col grosso del suo esercito, confortato dalla notizia che il Re Alfonso aveva abdicato in favore del figlio Ferdinando e che l'esercito napoletano si era ritirato a Capua. Il 19 febbraio alcuni comandanti dell'esercito napoletano si arresero a Carlo, aprendogli le porte di Capua e il 22 febbraio il Re fran-

cese faceva il suo ingresso a Napoli conquistandola senza colpo ferire.

Il 31 marzo 1495 a Venezia si formò un'alleanza a cui aderirono la Repubblica di Venezia, Massimiliano I d'Asburgo, il Papa e il Re di Spagna per cacciare Carlo e ristabilire lo *status quo*. Il Re di Spagna inviò a Napoli una flotta di sessanta galee e un piccolo esercito di seicento cavalli e cinquemila fanti, radunati nei porti di Cartagena e Alicante, al comando del famoso capitano Gonzalo Fernández de Córdoba, italianizzato in Ferdinando Consalvo di Cordoba. La flotta approdò a Messina il 24 Maggio 1495. Se fra questo esercito potevano esserci alcuni uomini infetti di sifilide, tuttavia non furono certamente questi soldati a diffondere il male in Italia. Le truppe di Consalvo, infatti, fecero prigioniera le poche truppe francesi rimaste a Napoli e le scortarono direttamente in Francia via mare, senza passare via terra per la penisola, mentre Carlo e il grosso dell'esercito era già partito dalla città partenopea il 20



La battaglia di Fornovo in un affresco presso il Vaticano

Maggio dello stesso anno.

Il nesso occupazione francese - Carlo VIII - sifilide fu stabilito da subito perché il male fu osservato per la prima volta a Fornovo sul fiume Taro (estremità settentrionale del passo della Cisa, sugli Appennini, fra Sarzana e Parma), dove il 6 luglio 1495 si svolse la battaglia fra i resti dell'esercito di Carlo VIII e la lega degli Stati Italiani. Qui, un chirurgo militare veneziano, Marcello Cumano, osservava per la prima volta le pustole ai genitali. Racconta di aver visto:

*[...] diversi uomini d'arme e fantaccini che per il fermento degli umori, avevano delle "pustole" su tutta la faccia e su tutto il corpo. Esse assomigliavano a dei grani di miglio, e di solito comparivano sotto il prepuzio, o sulla parte esterna o sopra il glande, accompagnate da leggero prurito. A volte il male esordiva con un'unica "pustola" che aveva l'aspetto di una "vescicola" indolore, ma lo sfregamento provocato dal prurito produceva in seguito un'ulcerazione erosiva. Dopo pochi giorni i malati erano ridotti allo stremo dai dolori che sentivano nelle braccia, nelle gambe e nei piedi e da un'eruzione di grandi "pustole" [che] duravano un anno o più se non venivano curate.*

A riprova dell'incontinenza sessuale del Re di cui si accennava, si diceva che Carlo conservasse un albo di disegni dove ricordava tutti i suoi incontri galanti, come riporta Benedetti nel suo *Diaria de Bello Carolino*. Tale albo fu trovato durante il saccheggio della tenda del Re proprio dopo la battaglia di Fornovo. L'epidemia ormai era scoppiata. Migliaia di soldati francesi morirono, fra estate e au-

tunno del 1495, anche nel sud Italia dove, dopo essere scesi a patti con Ferdinando, aspettavano di imbarcarsi; fra questi morì persino il comandante supremo francese, il vicerè Gilberto di Montpensier. Nel 1497 moriva, a Firenze, un'altra vittima illustre strettamente legata a Carlo VIII: il capitano d'Aubigny, uno dei suoi massimi luogotenenti. L'esercito di ritorno in Francia, costituito di mercenari da tutto il continente, contribuì poi a diffondere il morbo in tutt'Europa dove viene attestato fra il 1496 ed il 1497. La malattia colpì profondamente l'immaginario collettivo, sia perché era legata al sesso libertino, quindi al peccato, sia a causa dei suoi esiti a volte spaventosi. Un manoscritto bolognese dell'epoca, la *Cronica Bianchina*, riporta letteralmente: "A chi manzava el naso a mezo el volto e a chi el membro". Fu definita anche il "male di San Giobbe", perché il personaggio biblico viene colpito da una malattia che sembra lebbra e sifilide insieme (ulcere con dolori notturni alle ossa). Il culto di Giobbe conobbe un vasto momento di devozione.

Nel frattempo Carlo VIII, dopo esser scampato alla battaglia di Fornovo, torna in Francia, a Chateau d'Amboise, dove muore a 27 anni, il 7 aprile 1498, apparentemente in seguito a un trauma cranico dovuto a una caduta. Secondo Del Guerra, Carlo fu colpito da un ictus. Tale avvenimento, sopravvenuto in un giovane di soli 27 anni, si sposava bene col quadro clinico di neurolue. Si può pensare a una arterite da "gomma" sifilitica con rottura d'un vaso ed emorragia cerebrale.

# 40 IDEE per CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2012

- L'incubo delle complicanze cardiovascolari in gravidanza.
- Timing nel trattamento della stenosi aortica: sempre prima?
- Trattamento del paziente con pre-diabete: pro e contro.
- Effetti antiaritmici dei farmaci non antiaritmici. Esistono davvero?
- Novità nel trattamento della dissezione aortica.
- Ipertensione e danni cerebrali: recenti rilievi ed implicazioni terapeutiche.
- Protesi percutanee aortiche: un quadro in continua evoluzione.
- Nuovi farmaci contro la fibrillazione atriale: bocciati e promossi.
- Studio Everest: insufficienza mitralica di grado importante, quando la chirurgia e quando la riparazione percutanea.
- Nuovi concetti sullo sviluppo dell'aterosclerosi: HDL ed efflusso del colesterolo
- Studio STICH: terapia medica contro by-pass: risultati sorprendentemente simili anche nei casi più gravi.
- La coronarografia non fa più paura: ridotte le complicanze maggiori permangono quelle legate alla puntura arteriosa?
- L'angioplastica nella malattia dei graft safenici: nuove evidenze.
- La morte improvvisa nel giovane. Come migliorare la prevenzione quando ECG e test ergometrico sono poco utili?
- Pervietà del forame ovale in assenza di episodi ischemici cerebrali. In quali casi va chiuso?
- Gli stent bioassorbibili: presente o futuro dell'interventistica?
- Tra efficacia e sicurezza: il beneficio clinico delle terapie antitrombotiche.
- Se aumentare l'HDL è ragionevole, perché non entra nella pratica clinica?
- L'infarto perioperatorio: più attenzione per un evento relativamente frequente?
- Ablazione nella fibrillazione atriale: cura o lifting?
- Scompenso diastolico: cosa sappiamo e cosa possiamo fare?

# XXIX Congresso di Cardiologia del Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Firenze, Palazzo dei Congressi, 16-17-18 marzo 2012

- La cardiomiopatia dilatativa non sempre è evolutiva. Come evitare decisioni errate?
- Il miocardio non compatto.
- Sindrome di Brugada: l'ECG aiuta nella prognosi e nella decisione terapeutica?
- Il BNP: dal laboratorio alla pratica clinica.
- In quali pazienti l'ICD non funziona.
- Studio SATURN: statine di nuova generazione a confronto.
- Impianto di defibrillatori e di pacemaker biventricolari negli ultraottantenni. Beneficio clinico o accanimento terapeutico?
- A cinque anni dal COURAGE abbiamo il coraggio di seguirne le indicazioni?
- Due anni di dronedarone.
- Ridurre il colesterolo senza le statine è esattamente la stessa cosa?
- Impiego della TAC coronarica e ricerca del calcio coronarico in prevenzione primaria. Razionale ed evidenze cliniche.
- It is a long way..... La terapia genica in cardiologia.
- Ha ancora senso individuare un valore soglia nella riduzione del colesterolo? Riflessioni dallo studio JUPITER.
- Nuovi strumenti di prevenzione oltre ai fattori di rischio: calcium score e PCR.
- Gli inibitori IIb/IIIa nell'era delle tienopiridine e degli inibitori dell'ADP. Quando impiegarli?
- Il morbo di Fabry: diagnosi, complicanze cardiovascolari e terapia.
- Perché la malattia coronarica e quella carotidea non vanno di pari passo?
- L'angina di Prinzmetal è sempre una malattia benigna?
- L'ispessimento medio-intimale carotideo modifica la condotta terapeutica?
- La somministrazione supplementare di calcio è veramente così dannosa per il cuore?

# Food for Thoughts

## Un Manifesto del Cibo per il Futuro

di Mario Albertucci

Come ha scritto Mark Bittman sul *The New York Times* del 1 febbraio 2011, per decenni gli americani hanno creduto di avere l'alimentazione più sana e genuina del mondo. Si preoccupavano poco degli effetti della loro dieta sull'ambiente e sulla salute degli animali (e anche delle persone addette alla lavorazione dei cibi).

### The New York Times

Si preoccupavano ancora meno dell'approvvigionamento futuro delle materie prime, ovverosia della sua sostenibilità nel tempo. Questo non vuol dire che non si intuisse che ci fossero problemi e alla fine hanno capito quanto la loro alimentazione fosse nociva e pericolosa per la salute. Molte delle persone che lavorano nell'industria alimentare lo fanno in condizioni difficili e gli animali sono prodotti come in una catena di montaggio.

Sarebbe difficile immaginare un sistema più inefficiente, dannoso e insostenibile di quello che hanno.

Di seguito riportiamo alcune idee - di-

scusse frequentemente, ma tristemente ancora mai attuate - che farebbero sì che il cibo potesse essere prodotto, preparato e consumato in maniera molto più sana, meno pericolosa, più efficiente, meno dannosa e più sostenibile.

- Porre fine ai sussidi governativi per gli alimenti trasformati. Si produce molto più granturco per gli animali d'allevamento che per gli esseri umani, e questa produzione riceve un sussidio di circa 3 miliardi di dollari l'anno, per un prodotto che alla fine della lavorazione è così diverso dall'originale da essere praticamente irriconoscibile. La situazione è simile per le altre colture, incluso la soia. Il 98% della soia diviene cibo per gli animali d'allevamento, mentre la maggior parte dell'olio di soia viene utilizzato per la produzione dei cibi lavorati. Al tempo stesso le ditte che producono cibi pre-confezionati e che usano questi alimenti lavorati beneficiano di una detrazione fiscale pari al costo della pubblicità fatta per promuovere i loro prodotti. Nel 2009 l'ammontare totale dei sussidi per l'agricoltura è stato di 16 miliardi di dollari,

cifra sufficiente a finanziare la maggior parte delle idee qui sotto esposte.

- Dividere i compiti del Ministero dell'Agricoltura e dare più potere all'Agenzia per i Cibi e i Farmaci (*Food and Drug Administration*). Attualmente tra i compiti del Ministero dell'Agricoltura c'è sia quello di incentivare i mercati per i prodotti agricoli (come il granturco e la soia), che quello di fornire una guida per una nutrizione sana. Questi due compiti sono chiaramente in "conflitto di interessi", infatti non si possono promuovere cibi nocivi e al tempo stesso dire alla gente di non consumarli; ci vuole una agenzia governativa che abbia come suo unico compito quello di promuovere un'alimentazione sana. Al tempo stesso bisognerebbe espandere la capacità che l'Agenzia per i Cibi e i Farmaci ha nell'assicurare la qualità dei nostri cibi (i decessi causati dai cibi sono molto più numerosi di quelli causati dal terrorismo, ma il bilancio dell'Agenzia per i Cibi e i Farmaci è circa 1/5 di quello dell'Agenzia per la Sicurezza Interna).
- Rendere illegali le fattorie dove si pratica un allevamento innaturale degli animali e sviluppare allevamenti animali sostenibili. Gli allevamenti dove c'è un sovraffollamento animale degradano l'ambiente direttamente ed indirettamente e, mentre sono una vera tortura per gli animali, producono carni, pollame, uova e, più recentemente, pesce contaminati. Esistono metodi per produrre carni per consumo in maniera sostenibile. Al tempo
- stesso bisognerebbe educare ed incoraggiare gli americani a nutrirsi in maniera differente. È difficile trovare un nutrizionista o un esperto in salute pubblica "onesto" che non creda che una dieta basata prevalentemente sui vegetali non sia il modo migliore per mantenere una buona salute e sconfiggere le malattie croniche (aterosclerosi, diabete ecc), che sono diventate, attualmente, la causa di morte più comune superando, globalmente, le malattie infettive. In più una dieta principalmente a base di vegetali alleggerirebbe lo stress sull'ambiente e ridurrebbe il riscaldamento globale.
- Incoraggiare e sovvenzionare la cucina casalinga. Quando le persone cucinano a casa propria, scelgono più oculatamente. Quando le famiglie mangiano insieme sono più stabili. Dovremmo predisporre un'educazione alimentare per i bambini, dei corsi di cucina casalinga per chi è interessato e addirittura dei programmi di assistenza domiciliare per chi non è in grado di cucinarsi da solo.
- Tassare il marketing e la vendita dei cibi dannosi alla salute. Questo non è paternalismo da "stato-chioccia", ma un compito riconosciuto del Governo: la **Salute Pubblica**. Se si è d'accordo con le leggi sulle cinture di sicurezza, sulla limitazione del tabacco e dell'alcool, sulle fognature e sulle regole stradali, allora non c'è ragione per non appoggiare legislazioni che limitino la propaganda delle bevande dolcificate e di altri cibi dannosi

- per la salute, incluso il “sacro” cheeseburger con patatine fritte.
- Ridurre i rifiuti ed incoraggiare il riciclaggio. Il danno ambientale causato dai fertilizzanti non completamente assorbiti non va sottovalutato, ha causato, ad esempio, 6000 miglia quadrate di “morte ambientale” nel Golfo del Messico, danno che è probabilmente più ingente di quello causato dalla recente perdita di petrolio della piattaforma della BP. Alcune stime indicano che sprechiamo circa la metà del cibo che produciamo. È fondamentale valutare attentamente ciò che sprechiamo e incoraggiare un serio riciclaggio.
  - Pretendere delle etichette veritiere. Quasi tutto ciò che viene etichettato come sano o naturale non lo è. Non è certo troppo oneroso pretendere che invece dell’etichetta che dice “acqua vitaminica” ci sia l’etichetta che dice “acqua zuccherata con vitamine aggiunte”, è proprio questo che si intende con il termine etichetta veritiera.
  - Reinvestire nella ricerca diretta ad assicurare la messa a punto di tecniche volte a creare un’agricoltura sostenibile, combinando tecnologia e tradizione per mettere in atto una nuova e significativa Rivoluzione Verde.

*Il messaggio essenziale è questo: il cibo e tutto il suo indotto è di fondamentale importanza sia a livello di salute individuale che di salute pubblica, ma anche a livello di sicurezza nazionale e globale. A rischio non c’è solo la salute degli uomini, ma anche quella della Terra. Questo editoriale dà certo da pensare. È certo che “siamo quello che mangiamo”.*

*Individuati i problemi, chi deve fare la “cosa giusta”?*

*È proprio qui che sorge il problema. Infatti gli ultimi utilizzatori del cibo siamo noi.*

*E poco varrebbero le varie pubblicità e gli ammiccamenti per prodotti “nocivi” se poi noi non li comprassimo e consumassimo. Consapevolezza però vuol dire assumersi le proprie responsabilità. È giusto che sia lo Stato a farlo per noi?*

*È quindi proprio il caso di dire “food for thoughts”....*



# Qualche secondo di buonumore

## E quando Lei ...

- Ma te, perché quando viaggi da solo metti sempre sul cruscotto la mia foto con su scritto pensa a me non correre?
- Perché se corro ti rivedo prima.



## E quando Lei ...

- Ma ti rendi conto da quanto tempo non facciamo l'amore?
- Lo vedi? Ti attacchi a cose di 5 anni fa.....

## E quando Lei ...

- Visto quello là come si è voltato a guardarmi? Non gli dici niente?
- No, se non fa denuncia.....

## E quando Lei ...

- Ma te, lo sai che ci sono donne che chiedono anche 3000 euro per una notte d'amore? Secondo te io quanto potrei chiedere?
- Prova con un rimborsino spese....

## E quando Lei ...

- Ma te, lo sai che alla Renata il marito ha regalato un diamante per quanto è stata fedele?
- Non è stato il marito....hanno fatto una colletta.....

## E quando Lei ...

- Ma te, hai mai sentito il bisogno, prima di conoscermi, di pagare una donna per fare del sesso?
- No.....prima no



# Lettere a Cuore e Salute

## D. **Ernia jatale e fibrillazione**

Sono soggetto a fibrillazione atriale parossistica e ho l'ernia jatale.

Vorrei conoscere meglio la relazione che esiste tra ernia jatale e fibrillazione atriale parossistica. Poiché sovente, dopo aver mangiato, iniziano variazioni del ritmo che a volte finiscono in fibrillazione.

Al riguardo chiedo il motivo ed eventuali consigli, anche alimentari, per una adeguata prevenzione, al fine di fronteggiare meglio questo inconveniente.

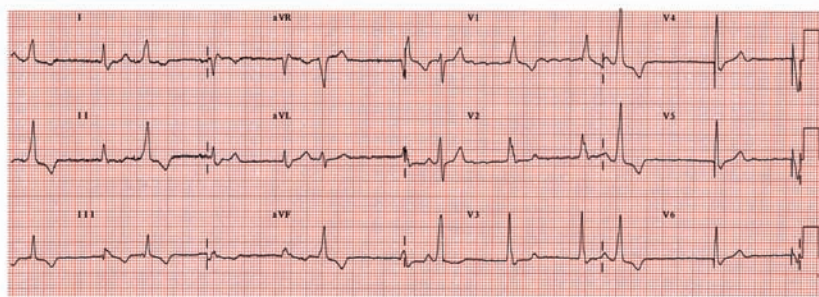
Ringrazio e porgo cordiali saluti.

Augusto B., Bologna

## R.

Fra i dati che Lei mi riferisce, peraltro molto precisi, me ne manca uno, l'età, che immagino sia quella che il Carducci indicava "...allor che della vita l'arco piega", 50-60, la stessa età in cui circa il 5% della popolazione maschile soffre di fibrillazione atriale. La sua prima domanda è precisa: quale rapporto c'è fra questa aritmia e l'ernia jatale o il reflusso gastro-esofageo? È la stessa differenza che c'è, con le dovute differenze di

importanza clinica si capisce, tra l'angina pectoris da sforzo e la malattia delle coronarie. L'ernia associata al pasto nel suo caso e l'angina durante sforzo nell'altro sono solo la causa scatenante; la fibrillazione e la coronaropatia sono invece rispettivamente



Tracciato di fibrillazione atriale

la malattia di fondo. In lei il cibo o la distensione gastrica sull'ernia provocano per riflesso certe extrasistoli atriali, di per sé innocenti, le quali però se avvengono nel momento giusto possono innescare la fibrillazione.

La seconda sua domanda riguarda il tipo e il modo di alimentazione migliori onde evitare il disturbo aritmico, che potrei riassumere nei seguenti consigli : 1) evitare i pasti abbondanti, preferire i piccoli e i più digeribili; 2) evitare il più possibile gli alcolici (vino, birra e i superalcolici), che sono l'unica droga "domestica" implicata in questa aritmia; 3) si faccia consigliare dal suo medico un gastroprotettore, del tipo omeprazolo.

Cordiali saluti.

Eligio Piccolo

## D. **Statine, cardiopatia ischemica ed artrite reumatoide**

Gentile Dott. Stazi, ho due grossi problemi di salute in famiglia, un mio parente è affetto da cardiopatia ischemica ed un altro da artrite reumatoide. Sul numero 10-12 del 2010 di Cuore e Salute ho letto che le statine possono forse aiutare sia un malato che l'altro. Ma cosa sono esattamente le statine e possono essere effettivamente di beneficio per entrambi i miei ammalati? Vi ringrazio per la gentile attenzione.

Marcella M., Mantova

## R.

Cara Dott.ssa,

le statine sono farmaci entrati nella pratica clinica ormai da parecchi anni che agiscono inibendo l'enzima idrossimetilglutarilcoenzima A reductasi, un impronunciabile scioglilingua coinvolto nel metabolismo del colesterolo. Tramite questa inibizione le statine riducono in maniera significativa tanto i livelli del colesterolo totale che di quello cattivo (LDL). I benefici della terapia con statine nell'ambito della cardiopatia ischemica sono ormai ben noti ed universalmente accettati sia nell'ambito della prevenzione primaria (che si rivolge a chi non ha ancora presentato un evento cardiovascolare) sia di quella secondaria (che riguarda, invece, chi una malattia cardiovascolare la ha già sviluppata). Questi farmaci sono poi estremamente ben tollerati avendo come unico effetto collaterale significativo, sebbene raro, la comparsa di dolori muscolari alle gambe. Come abbiamo succintamente descritto nell'articolo "Statine, di tutto, di più!" a cui Lei fa riferimento, questi farmaci stanno cominciando a rivestire un ruolo importante anche nel trattamento di patologie extracardiache. In particolare, lo studio israeliano citato nell'articolo suggerisce la possibilità che le statine possano ridurre il rischio di

comparsa dell'artrite reumatoide ma non ha approfondito il possibile ruolo di questi farmaci nella terapia di chi ha già sviluppato la malattia.

Stando alle conoscenze attuali, quindi, il suo parente con cardiopatia ischemica dovrebbe sicuramente beneficiarsi di una terapia con le statine a differenza, ahimè, di quello con l'artrite reumatoide. Si rivolga quindi con fiducia al Suo cardiologo e valuti insieme a lui l'opportunità di inserire una statina nella lista dei farmaci consigliati per il primo ed attenda gli ulteriori progressi della scienza medica per il secondo. Cordiali saluti.

Filippo Stazi



**D. Dottore: ma con il pacemaker posso prendere l'aereo?**

Federico S., Bologna

**R.** Caro Sig. Federico la frequenza con cui i pazienti ed i loro parenti formulano questa domanda aumenta drasticamente con l'approssimarsi delle ferie estive. La risposta è sostanzialmente affermativa in quanto la maggioranza dei soggetti portatori di un pacemaker o di un defibrillatore impiantabile non presenta condizioni tali da vedersi precludere l'uso del mezzo aereo. Ciò nonostante e premesso che la sostenibilità di un viaggio aereo dipende per ogni paziente più dalle sue condizioni generali che dalla presenza di un dispositivo impiantato, vi sono alcuni aspetti che devono essere presi in considerazione prima del viaggio e che possono essere oggetto di consigli e/o assicurazione sia per il paziente che, a volte, per il suo medico curante. Poiché pacemaker e defibrillatori sono sensibili alle interferenze elettromagnetiche indotte dai campi elettrici o magnetici una certa cautela è richiesta nell'attraversamento dei cancelli metal detector che precedono l'imbarco sull'aereo e che creano flussi magnetici. Le evidenze cliniche e sperimentali mostrano che è molto improbabile che si sviluppino delle significative interferenze elettromagnetiche quando questi metal detector vengano attraversati velocemente. Ai pazienti dovrebbe pertanto essere consigliato di attraversare speditamente tali cancelli, di evitare di stazionare in loro prossimità e di avvisare comunque gli operatori della sicurezza in quanto la componente metallica del pacemaker o del defibrillatore può indurre l'attivazione dei segnali di allarme. Diverso è il caso dei metal detector a mano anch'essi capaci di indurre campi magnetici e che almeno in un caso segnalato in letteratura sono stati responsabili di



un'inappropriata attivazione del defibrillatore. È pertanto consigliabile sostituire tale procedura di controllo con un'ispezione manuale. Qualora l'uso dei metal detector a mano non sia assolutamente evitabile si raccomanda almeno che il rilevatore sia posizionato vicino alla protesi in una singola applicazione e per il minimo tempo necessario.

Una volta imbarcati sull'aereo il rischio che i campi elettromagnetici indotti dalla strumentazione di bordo possano interferire con la funzione dei pacemaker e dei defibrillatori è trascurabile così come non sono fino ad ora state descritte influenze negative sulla funzione dell'aereo indotte dai dispositivi impiantati.

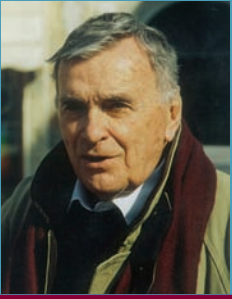
Alcuni tipi di pacemaker e defibrillatori, infine, sono dotati della funzione di adattamento della frequenza cardiaca, ossia della capacità di aumentare il numero dei battiti cardiaci oltre il valore programmato in risposta allo svolgimento dell'esercizio fisico. Le vibrazioni prodotte durante un volo, specialmente nelle fasi di decollo ed atterraggio o in corso di turbolenze, possono simulare l'attività fisica ed indurre pertanto un aumento della frequenza di stimolazione. Tale aumento è in genere modesto e transitorio. Nei pazienti in cui è però consigliabile evitare anche lievi aumenti della frequenza cardiaca è comunque utile, prima di intraprendere il viaggio, disattivare la funzione di adattamento della frequenza.

Un caso particolare è poi rappresentato da chi per necessità deve prendere un aereo a breve distanza dall'impianto di un pacemaker o di un defibrillatore. Tale è ad esempio il caso di chi, sentitosi male durante le vacanze, si sottopone all'impianto di tali dispositivi lontano dal proprio domicilio. A parziale compensazione di tale sfortuna possiamo dire che, in assenza di un pneumotorace o di altre complicanze quali quelle emorragiche o quelle connesse con il malfunzionamento degli elettrocateri, il viaggio aereo può essere intrapreso già dopo 24-48 ore dall'impianto. È forse intuitivo, ma va comunque ricordato, che il paziente deve evitare di portare bagagli a mano e, soprattutto, di aprire o chiudere le cappelliere portaoggetti poste sopra i sedili dei passeggeri che per la loro posizione inducono un tipo di movimento, l'innalzamento del gomito al di sopra della spalla, che aumenta il rischio di dislocazione degli elettrocateri. In caso di complicanze e soprattutto se si è verificato un pneumotorace, il viaggio deve essere invece rimandato ad almeno due settimane dopo la sua risoluzione.

In conclusione, quindi, la risposta alla Sua domanda è senz'altro un sì ma con la preghiera di tenere conto delle considerazioni precedentemente esposte.

Cordiali saluti.

Filippo Stazi



# Quaderno a Quadretti

di Franco Fontanini

## Uomini del destino

Uomini del destino ci sono sempre stati, purtroppo è probabile che ce ne saranno sempre, come se una parte dell'umanità ne sentisse il bisogno. Fanno una rivoluzione, in genere con molti morti, cambiano le persone che ci comandano e dopo la loro scomparsa, precoce o tardiva che sia, il mondo riprende ad andare avanti più o meno come prima.

Kruscev, che se ne intendeva, dopo l'assassinio di Kennedy commentò: "Se invece di Kennedy avessero ammazzato me, la sola differenza sarebbe stata che Onassis non avrebbe sposato la mia vedova".

Uno storico inglese disse che la sola cosa duratura fatta da Napoleone era l'editto di Saint Claude con la legge cimiteriale. Più simpatici e più meritevoli di essere ricordati, gli uomini che non ambiscono a cambiare il destino.

Jean Phils, un musicista arrestato chissà perché durante il Terrore fu immediatamente portato davanti al presidente del Comitato di Salute Pubblica il quale, senza guardarlo in faccia gli chiese: "Che cosa fate?"

"Suono la chitarra" gli rispose Phils

"Che cosa facevate sotto la tirannia?"

"Suonavo la chitarra".

"Che cosa farete sotto la repubblica?"

"Suonerò la chitarra"



John F. Kennedy

Il presidente alzò finalmente la testa e, dopo un attimo di perplessità lo mandò libero. Fu il solo di quel mattino, a salvare la testa a Place de la Concorde.

Non la salvò invece in quegli stessi giorni un altro arrestato, parigino anche lui, di nome Dupont, un piccolo commerciante sulla quarantina, taciturno. Incolonnato sulla passerella per la ghigliottina, si fermò pensoso per un istante e disse a quello che lo seguiva: “Mi dispiace di morire adesso, ero curioso di vedere come sarebbe andata a finire tutto questo bailamme”.

### Protagonisti ignoti nella storia della penicillina

La storia della penicillina è ricca di insegnamenti assai singolari, alcuni notissimi, altri sconosciuti.

Alexander Fleming, batteriologo inglese noto per le sue ricerche sul Lisozima, nel 1929, partendo per una vacanza seminò ceppi di stafilococco su terreni di coltura e, al ritorno, trovò che nelle piastre amuffite non era cresciuta nessuna colonia microbica e le gettò via come inutilizzabili.

Parlandone con un amico, gli venne in mente la possibilità che quelle muffe producessero un agente attivo contro lo stafilococco, ma non andò oltre perché a quel tempo era del tutto improbabile poter isolare questa sostanza e provare che fosse un potente battericida, privo di tossicità per l'organismo.

Dieci anni dopo Florey e Chain capirono che questa sostanza era prodotta dal *penicillium notatum*, la chiamarono penicillina, proteggeva gli animali da molte infezioni ed era ben tollerata, non solo dagli animali da laboratorio, ma anche dai degenti nella *Radcliffe Infirmary di Oxford*.

Fleming, che aveva sempre seguito questi studi, riuscì a farsene dare una piccola quantità per curare un amico morente per meningite nel St. Mary's Hospital di Londra.

La notizia della sensazionale guarigione fu diffusa dalle prime pagine dei giornali e Fle-



Alexander Fleming



Il St. Mary's Hospital



Winston Churchill

ming divenne una celebrità mondiale, festeggiato dal Papa e da Sovrani, insignito di premi e onorificenze come scopritore del primo antibiotico, cosa che dette fastidio a Chain e soprattutto a Florey. Fleming non sgradiva la ribalta, ma non si arrogò mai meriti eccessivi, Florey per contro era schivo, di pessimo carattere, piuttosto antipatico, non rilasciò interviste, non ricevette mai giornalisti e vietò di farlo ai suoi collaboratori.

Per la verità alla grande popolarità di Fleming contribuì soprattutto l'amministrazione del St. Mary's Hospital. Come tutti gli ospedali volontari britannici, dipendeva da elargizioni pubbliche e gli amministratori ritennero che il fatto che il primo ammalato strappato alla morte per infezione, fosse degente nel loro ospedale portasse molti benefici, come in effetti fu.

Il premio Nobel diviso fra i tre scopritori, chiarì ogni malinteso circa la priorità della scoperta.

Nella storia della penicillina deve essere incluso un antefatto precedente di oltre mezzo secolo, anch'esso assai istruttivo. Un contadino di una remota fattoria scoz-

zese sulle colline dell'Ayrshire, un'estate mentre era al lavoro nei campi, sentì grida di aiuto provenienti da una palude vicina. Accorse senza indugio, vide un bambino che affogava negli acquitrini e, correndo grossi rischi, riuscì a portarlo in salvo.

Il padre del bambino, un lord di antica famiglia, importante uomo politico del partito conservatore, la sera stessa si recò alla casa del contadino per ringraziarlo e, insieme ad un compenso, si offrì di pagare gli studi per il maggiore dei suoi figli, che si laureò e divenne batteriologo. Si chiamava Alexander Fleming.

Nel 1942 il figlio del nobile che aveva rischiato di annegare, si ammalò di grave polmonite e difficilmente sarebbe sfuggito alla morte se non fosse stata fortunatamente ritrovata una modesta quantità di penicillina, sufficiente tuttavia a salvarlo in extremis: era il premier inglese Winston Churchill.

Il povero contadino scozzese, col suo generoso soccorso, cambiò per ben due volte la storia dell'umanità.

### I politici cambiano

È strano che in un periodo di recessione come quello che stiamo attraversando, in cui tanto si parla di tagli alla spesa pubblica, nessuno abbia riesumato alcune figure esemplari della nostra storia, che andrebbero prese a modello.

Uno è Quintino Sella, il "ministro del pareggio", dell'economia "all'osso", simpatico, sebbene calcasse un po' la mano con le tasse, specialmente per quella sul macinato. Assestò l'economia, anche allora vacillante per la crisi, gli scioperi ad oltranza e





Vittorio Emanuele II

sconvolta dall'assassinio di Umberto I. Non esitò a dare per ben due volte lo sfratto alla Contessa Mirafiori, moglie morganatica di Vittorio Emanuele II, alloggiata prima nella reggia di Capodimonte, poi in una palazzina presso il Quirinale, intimando al re che "gli edifici erano dello stato e dovevano servire allo stato". L'altro, anch'esso piemontese, è Giuseppe Saracco del quale un suo pronipote, mio compagno di liceo a Viareggio, parlava con devozione. Erano entrambi uomini politici colti, rigorosi nelle parole e nei fatti, parsimoniosi fino all'avarizia.

Il Sella faceva economia anche con gli abiti, viaggiando da solo, indossava lo stesso vestito di velluto da cacciatore che considerava adatto ad ogni stagione e ad ogni evenienza. Dopo qualche anno l'abito era invecchiato e quando prese a Firenze il treno per Roma, due raffinate dame francesi, rispondendo con freddezza al suo saluto, lo scrutarono con un'espressione non propriamente ammirata.

".....Non avrei mai immaginato che in Italia anche i contadini viaggiassero in prima classe" commentò la più supponente delle due.

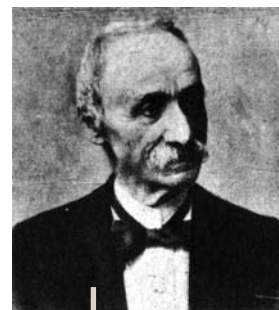
Sella finse di non capire e dopo un po', in perfetto francese chiese il permesso di fumare. Con un certo imbarazzo ben controllato le due dame, senza rispondergli, ripresero le loro chiacchiere in inglese.

Sella fumò e ascoltò senza tradire contrarietà, i loro giudizi poco favorevoli al nostro Paese, finché in perfetto inglese chiese di aprire un poco il finestrino per l'aria divenuta un po' pesante.

Le dame restarono in silenzio fino a Roma. Viene in mente un nostro senatore a vita che ad una riunione del CNEL si giustificò di non parlare inglese perché sotto il fascismo gli era stato impedito di studiarlo. Saracco, anche quando era Presidente del Consiglio, a Roma abitò sempre in una camera d'affitto piuttosto modesta, dove cucinava da solo e spesso, per non perdere tempo cenava con pane, noci e fichi secchi. Nella camera non voleva visite, se qualcuno vi capitava cercava dapprima di scoraggiarlo con il silenzio e se questo non bastava, trovava sempre il modo di congedarlo



Contessa Mirafiori,  
moglie morganatica di  
Vittorio Emanuele II



Giuseppe Saracco

Cesare Borgia, cardinal nipote (in realtà figlio) di Papa Alessandro VI

più o meno garbatamente.

Solo nelle grandi circostanze, quando si sentiva soddisfatto delle sue decisioni, invitava qualche collega che gli era simpatico. In quell'occasione lo faceva sedere in poltrona, e da sotto il letto tirava fuori una bottiglia di vino delle sue vigne e la beveva con lui.

Sono pochissimi coloro che hanno potuto vantarsi di questa straordinaria prova di fiducia e di simpatia.

Detestava le formalità, i ricevimenti e tutto ciò che faceva perdere tempo inutilmente e spendere altrettanto inutilmente soldi. Nutriva una particolare antipatia per i monumenti.

Quando seppe che il comune di Acqui, la sua città di cui era stato sindaco, voleva fare un monumento a Vittorio Emanuele II, dapprima pensò di impedirlo con una delibera, ma non ritenendo opportuno come ministro opporsi ufficialmente all'omaggio ad un re piemontese anche se non gli era simpatico, stette zitto. Nondimeno voleva evitare al comune le spese dei concorsi, delle commissioni, dell'inaugurazione.

A Genova, nel magazzino di una fonderia, trovò una statua in bronzo del re che aveva servito come modello per una fusione precedente. L'acquistò a proprie spese, pagandola a peso come rottame, di nascosto, la fece portare ad Acqui, la fece ripulire e senza dire niente a nessuno, la fece collocare di notte nella piazza.

## Nepotismo

Il ministro Gelmini ha dichiarato guerra al nepotismo. Non facciamoci troppe illusioni, ma è bello pensare che una signora dal-



l'aspetto gentile e dal carattere ferreo, finalmente ottenga risultati positivi in questo campo dove tanti suoi predecessori maschi hanno invariabilmente fallito.

Il nepotismo, da noi più che altrove, ha solidissime radici plurisecolari; ebbe il suo periodo d'oro durante il XVII secolo, dopo che fu istituzionalizzato dai pontefici con la nomina del "cardinal-nipote", dal quale prese il nome, anche se a Roma venne sempre chiamato "cardinal padrone".

I principali beneficiari furono i Tuscolani, gli Orsini, i Borgia, i Della Rovere, i Riario, i Cybo, i Medici e tante altre famiglie dai cui ranghi uscivano i papi.

Difficile la graduatoria degli abusi, che andavano dall'istituzione di nuovi stati principeschi, ai più svariati titoli, onoranze e cariche lautamente compensate, tutte a carico della Chiesa.

Primatista insuperato viene considerato il veneziano Alessandro VIII che distribuì ti-

toli, cariche, nomine e onori con una media di cinque per riunione.

Era abile e straordinariamente attivo, per fortuna il suo pontificato durò sedici mesi solamente: esauriti i candidati, nominò “cardinal nipote” un pronipote, Pietro che non aveva ancora compiuto ventidue anni. Durante le sedute esortava sovente i cardinali: “Sbrighiamoci, abbiamo ancora molte nomine da fare e sono già le dieci e mezzo”. In un’altra circostanza, si rimproverò di avere trascorso quasi ventiquattro ore senza aver nominato nemmeno un cavaliere.

La figura del “cardinal nipote” durò fino al pontificato di Innocenzo XI che rifuggì da ogni forma di nepotismo, affidò ogni mansione ai cardinali e riuscì a risparmiare più di 300 mila scudi l’anno, instaurando

un’austerità giansenistica con abolizione dei divertimenti carnevalizi e persino delle opere liriche.

Il nepotismo però si era insinuato nei costumi anche fuori dello stato pontificio, trovando un terreno particolarmente fertile nelle università man mano che nascevano, dove è tuttora vigente specialmente nelle facoltà mediche, nelle quali lo stesso cognome ha ramificato in tutte le direzioni abbarbicandosi come un rampicante.

Non si può però dimenticare che Ippocrate, il “padre della medicina”, vissuto nella seconda metà del V secolo a.C., era figlio di un medico e lasciò in eredità l’asclepieo di Cos a Tessalo e Dracone suoi figli e al consiglio di facoltà aggiunse poco dopo anche Polibio, suo genero.

## Il calcio innanzitutto

Dovremmo essere desensibilizzati agli accadimenti sconcertanti, ma il calcio seguita a sorprendere. Nei manifesti di un tempo c’era scritto “si gioca con qualunque tempo”; oggi non più perché niente al mondo può far sospendere un incontro di campionato, anche se di seconda serie.

Alcune domeniche fa un calciatore ventenne si è accasciato sul campo durante la partita fra Cinquale e Monzone. Le sue condizioni sono apparse subito allarmanti, infarto con collasso cardiocircolatorio.

I due capitani d’accordo con l’arbitro hanno sospeso la partita e fortunatamente due calciatori con il massaggio cardiaco e la respirazione bocca a bocca sono riusciti a tenere in vita il giovanotto fino a quando è arrivata l’ambulanza che l’ha ricoverato nel reparto di terapia intensiva dell’Ospedale di Massa. Forse se la caverà, ma la prognosi è ancora riservata.

L’episodio non finisce qui. Nei giorni successivi è arrivata la notifica della Commissione Disciplinare della Federazione Toscana Calcio che a causa della grave irregolarità commessa con la sospensione, la partita è stata data persa ad entrambe le squadre che sono state inoltre penalizzate di un punto in classifica e la notifica conclude che pur riconoscendo la drammaticità dell’episodio, “l’orientamento giurisdizionale consolidato” farà seguire anche una sanzione pecuniaria che verrà stabilita a tempo debito.



# Aggiornamenti cardiologici

di Filippo Stazi



**Differenti modalità di somministrazione della terapia diuretica nello scompenso cardiaco acuto:** L'uso dei diuretici dell'ansa è essenziale nella terapia dello scompenso cardiaco ma in realtà solo pochi dati prospettici sono disponibili al riguardo. In questo studio 308 pazienti con insufficienza cardiaca cronica acutamente scompensata sono stati randomizzati a ricevere diuretici endovenosi sotto forma di boli ogni 12 ore o di infusione continua, nonché a due differenti dosaggi ossia una cosiddetta bassa dose (pari alla dose orale precedentemente assunta dal paziente) versus un'alta dose (2,5 volte il dosaggio orale precedentemente assunto). Gli endpoints primari erano l'andamento dei sintomi e le variazioni dei valori di creatinemia, entrambi valutati a 72 ore dal ricovero. Le due differenti strategie infusionali (boli versus infusione continua) non hanno prodotto differenze significative degli endpoints considerati. Il ricorso all'alta dose, che ha indotto una maggiore diuresi, ha comunque prodotto un trend verso un maggior miglioramento dei sintomi rispetto alla bassa dose che non ha però centrato la significatività statistica. La creatinemia, infine, non è variata significativamente nei due gruppi. Nessuna delle due strategie infusionali prescelte e nessuno dei due dosaggi impiegati hanno quindi mostrato una superiorità in pazienti con fasi di instabilizzazione acuta di uno scompenso cardiaco cronico. (*N Engl J Med* 2011; 364: 797-805).

### **Tecnica percutanea versus tradizionale per la riparazione della valvola mitrale (EVEREST II):**

In caso di insufficienza mitralica di grado moderato-grave l'unica terapia disponibile è quella chirurgica. Il trattamento standard consiste nella riparazione della valvola mitrale. Attualmente è divenuta fattibile anche una tecnica percutanea che prevede l'inserimento di un dispositivo meccanico in atrio sinistro posizionato mediante un accesso transettale. Nello studio EVEREST II 279 soggetti con insufficienza mitralica moderata-grave sono stati randomizzati a riparazione tradizionale o percutanea. L'endpoint primario di efficacia era la combinazione di assenza di decessi, assenza di reinterventi sulla valvola ed assenza di rigurgito significativo a 12 mesi. L'endpoint primario di sicurezza era rappresentato invece dalla combinazione di eventi avversi gravi a 30 giorni. A 12 mesi l'endpoint di efficacia si è verificato nel 73% dei pazienti sottoposti a chirurgia tradizionale contro il 55% dell'altro gruppo ( $p=0,007$ ). La differenza era tutta da imputare ad un aumentato numero di reinterventi nei soggetti trattati con tecnica percutanea (20 vs 2%,  $p < 0,001$ ). L'endpoint di sicurezza è invece occorso nel 15% dei soggetti trattati con tecnica percutanea e nel 48% di quelli trattati chirurgicamente ( $p < 0,001$ ). A dodici mesi in entrambi i gruppi vi era un miglioramento della classe NYHA, delle dimensioni ventricolari e delle misure di qualità di vita rispetto alla valutazione preintervento. La conclusione degli autori è che la riparazione per via percutanea della valvola mitralica, sebbene sia meno efficace nel ridurre il grado d'insufficienza rispetto alla tecnica chirurgica, presenti però una maggiore sicurezza ed un simile risultato clinico. (*N Engl J Med* 2011; 364: 1395-1406).

**Statine e polmonite:** Le statine hanno ormai conquistato un ruolo di primo piano nella terapia cardiovascolare. Vi sono però segnalazioni che le statine possano avere effetti protettivi anche in corso di infezioni. Sono stati recentemente pubblicati i risultati di un ampio studio di coorte che ha valutato gli effetti delle statine sulla mortalità dopo una diagnosi di polmonite. Lo studio comprendeva 129.288 pazienti che erano in terapia con statine nel periodo compreso tra il 1995 ed il 2006 e 660.241 soggetti di controllo. Di questi soggetti 9.973 avevano ricevuto una diagnosi di polmonite e 1.398 di essi facevano uso di statine. Endpoint primario dello studio era la mortalità totale a sei mesi dalla diagnosi di polmonite. I risultati hanno mostrato che i soggetti che assumevano le statine avevano un rischio sostanzialmente inferiore di morire nei sei mesi successivi alla polmonite (HR 0,67) rispetto a chi non era in terapia con tali farmaci. Da segnalare che fra tutti coloro che facevano uso di statine gli effetti protettivi di tali farmaci erano maggiori nei soggetti con polmonite rispetto a quelli senza (HR 0,82). Sulla base di questi dati gli autori sostengono la necessità di eseguire uno studio clinico randomizzato che valuti gli effetti di una terapia statinica di breve periodo nei soggetti affetti da polmonite. (*Br Med J* 2011; 342: d1642).

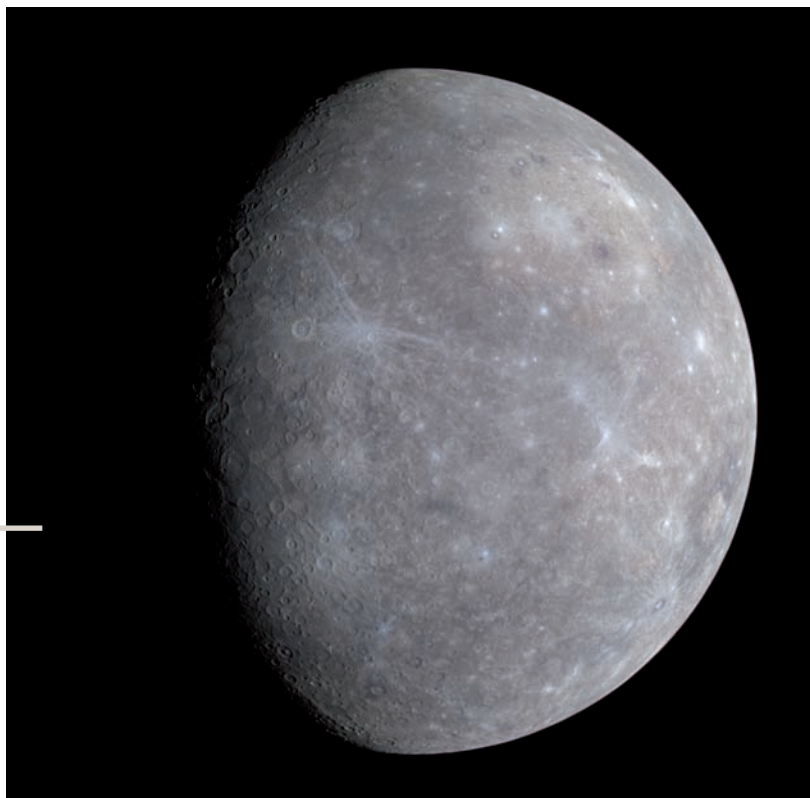
# Imputato Mercurio, alzatevi!

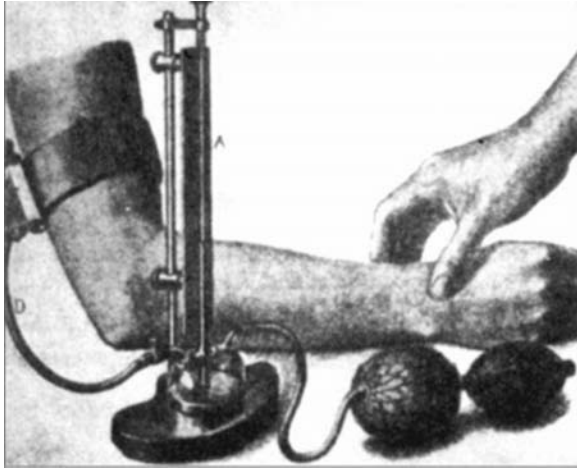
di Eligio Piccolo

Oggi tocca al mercurio (quello che i chimici indicano con Hg), così come ieri venivano accusati, o per eccesso o per difetto, lo jodio, il piombo, il selenio, il sodio e tanti altri elementi che albergano o entrano in qualche modo nel nostro organismo. Certamente il mercurio è una sostanza dannosa se inalata o ingerita acutamente, ma anche se arriva nel nostro corpo in determinate quantità e per lungo tempo. Le conseguenze tossiche coinvolgono soprattutto il sistema nervoso e quello cardiovascolare. Ricordo ancora la preoccupazione dei medici di sessant'anni fa quando per risolvere uno scompenso cardiaco dovevano usare i diuretici mercuriali, che a breve diventavano tossici e peggioravano anziché migliorare la malattia.

Recentemente si è scoperto che alcuni pesci che allietano le nostre mense contengono piccole quantità di mercurio e se lo andiamo a cercare nelle unghie dei nostri piedi lo troviamo e lo possiamo anche dosare. Si tratta di microgrammi, ma sono stati sufficienti per alcuni ricercatori frettolosi e soprattutto per i giornalisti in cerca di scoop terroristici per incriminare l'inquinamento del mare, sospettare il tonno, i branzini e gli scampi, e rovinarci la digestione. Al punto che già i termometri, quelli che da bimbi rompendosi ci

Pianeta Mercurio





allietavano nel rincorrere le palline argentee, sono stati banditi; e che perfino il glorioso sfigmomanometro di Scipione Riva Rocci, quello che per l'esattezza nel controllo della pressione aveva resistito a molti tentativi tecnologici di rinnovamento, sta per andare in cantina e forse lo seppelliranno come il reattore di Fukushima. Fortunatamente la scienza, e la medicina molto spesso lo è, preferisce verificare, come San Tommaso. Ed è su questa linea di rigore che alcuni ricercatori nordamericani, appartenenti alle più prestigiose Uni-

versità, hanno voluto constatare quanto ci fosse di così allarmante nell'inquinamento da mercurio (*NEJM 2011;364:1116*). Dopo aver sottoposto ben 173.229 soggetti alla valutazione del metallo liquido nelle loro unghie e valutato lo sviluppo di eventuali malattie cardiovascolari nel tempo, essi sono arrivati alla conclusione che la concentrazione di mercurio, non solo era la stessa in coloro che sviluppavano quelle malattie rispetto ad altri di pari età e abitudini di vita che non le avevano, ma addirittura che non c'era alcun rapporto fra le concentrazioni del mercurio ungueale e il rischio di malattie di cuore o di ictus. Calma e gesso quindi, come dicono i biliardisti, non creiamoci troppe apprensioni. Ve ne sono già abbastanza per quelle che ci capitano e per quelle che ci causiamo con tanta disinvoltura. Ma l'imputato mercurio per ora lo assolviamo, pur tenendolo sotto controllo per gli avvelenamenti e gli inquinamenti macroscopici.

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

- *in ricordo di Nicola Roccella di Livorno: il personale di Villa Tirrena (LI)*
- *in ricordo di Clivio Perini di Senigallia: la sorella Anna e i suoi familiari*



Foto di Stefano Di Carlo

# aforismi

Cretino è chi fa danno al prossimo senza trarne vantaggio.

> **C. M. Cipolla**

La differenza fra i repubblicani e i democratici americani è che i primi corrono dietro ai tuoi soldi e i secondi a tua sorella.

> **Anonimo**

Il teatro d'avanguardia è il teatro di domani. Il guaio è che te lo fanno vedere oggi.

> **P. Caruso**

L'uomo che moraleggia è spesso ipocrita, la donna che moraleggia è sempre brutta.

> **O. Wilde**

Una bella signora in decomposizione.

> **F. Fontanini**

È un ottimista, dà da mangiare al cocodrillo con la speranza che lo mangi per ultimo.

> **W. Churchill**

Si dice che il divorzio è nato insieme al matrimonio: non è vero, il matrimonio ha alcuni mesi di più.

> **Detto popolare**

La prima cosa che noto in una donna sono gli occhi, solo quando sono più di due.

> **Rostagno**

Gli anni non fanno dei saggi, fanno solo dei vecchi.

> **A.M. Swetchine**

La carriera dello scrittore italiano ha tre periodi, brillante promessa, solito stronzo, venerato maestro.

> **A. Arbasino**



La maggioranza degli italiani non crede a niente, ma è sempre pronta a cambiare idea.

> **Anonimo**

Conquistare una donna si può anche dopo i settanta, il difficile è slacciarle il reggiseno: se si mettono gli occhiali si rischia di rovinare tutto.

> **F. Fontanini**

Il primo amore è uno dei ricordi più belli della vita, se non lo si sposa.

> **F. Fontanini**

Quando si trova un errore e lo si corregge, si vedrà che andava meglio prima.

> **A. Block**

La mente è come il paracadute: serve solo se è aperta.

> **Th. A. Edison**

La letteratura si fa con le parole, non con i sentimenti.

> **G. Manganelli**

Più piccola è l'arte, più grande è la spiegazione.

> **H. Kramer**

L'andropausa è come la suocera: quasi tutti gli uomini ce l'hanno, qualche volta dà fastidio, ma è sempre meglio che non averla.

> **F. Fontanini**

Un ecologista è uno che scrive un libro di cinquecento pagine chiedendosi dove sono finiti gli alberi.





> **Detto popolare**

I difetti che più ci danno fastidio negli altri sono i nostri.

> **A. Block**

# Sostenete e diffondete Cuore e Salute

**Cuore e Salute** viene inviata ai medici e sostenitori del **Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus**.

-  La quota minima annuale per ricevere **Cuore e Salute** in qualità di **Aderente** è di € 20,00.
-  La quota di iscrizione alla Fondazione in qualità di **Medico** è di € 180,00. Essa da diritto a: 1) partecipare al Congresso annuale **Conoscere e Curare il Cuore** previo invio della cartolina; 2) ricevere il volume degli Atti del Congresso o Atti online; 3) essere informati sulle iniziative culturali della Fondazione.
-  Con un contributo di € 30,00 anche gli **Aderenti** alla Fondazione, possono richiedere il volume degli Atti del Congresso o gli Atti online.
-  Coloro che desiderano offrire **Cuore e Salute** ai loro amici, debbono fornire l'indirizzo del destinatario unitamente al versamento della quota d'iscrizione. Sarà cura della segreteria informare dell'avvenuto omaggio (\*).



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

DESIDERO:  ISCRIVERMI  RINNOVARE L'ISCRIZIONE  ISCRIVERE UN AMICO AL

**CENTRO PER LA LOTTA CONTRO L'INFARTO - FONDAZIONE ONLUS:**

IN QUALITÀ DI **ADERENTE**  IN QUALITÀ DI **MEDICO**

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

CODICE FISCALE .....

VIA ..... CAP ..... CITTÀ .....

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

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

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

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

- VERSAMENTO SU C/C POSTALE N°64284003
- BONIFICO BANCARIO IBAN IT 56 Y 01005 03213 000000012506  
c/o BANCA NAZIONALE DEL LAVORO - AG.13 - V.LE BRUNO BUOZZI 54, ROMA
- ASSEGNO NON TRASFERIBILE
- CARTA DI CREDITO CIRCUITO VISA (COMUNICANDO NUMERO E SCADENZA).

## AI NOSTRI LETTORI

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

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

# LA NOSTRA RICERCA HA BISOGNO DEL TUO SOSTEGNO

I nostri studi mirano ad acquisire maggiori e migliori conoscenze sui fattori di rischio che determinano l'infarto allo scopo di mettere a punto tecniche diagnostiche e terapie sempre più personalizzate. Sappiamo infatti quali sono i fattori che favoriscono la comparsa di un infarto, ma questi non possono dirci se l'evento si svilupperà tra un mese, tra un anno, dieci anni o mai, perché non conosciamo ancora gli stimoli che fanno precipitare la situazione. Le cause che possono determinare un improvviso passaggio da una situazione di stabilità della malattia coronarica verso l'instabilità, e quindi l'infarto, sono verosimilmente molteplici.

**La loro individuazione rappresenta attualmente un nostro obiettivo di ricerca strategica cruciale per sviluppare nuovi, specifici ed efficaci strumenti di prevenzione e terapia. È quanto ci prefiggiamo con lo studio Opposites, ideato da noi e condiviso dall'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) e dalla Fondazione per il Tuo Cuore. Focus di questa innovativa ricerca clinica è l'identificazione di nuove opportunità terapeutiche nella prevenzione della patologia cardiovascolare.**



## Sostieni la nostra ricerca

Puoi farlo con un semplice versamento intestato a **Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus**, tramite:

- **c/c postale** n. 64284003
- **bonifico bancario:** IBAN IT 56Y 01005 03213 000000012506  
Banca Nazionale del Lavoro - Ag. 13 - Viale B. Buoizzi 54, 00197 Roma
- **assegno non trasferibile**
- **carta di credito** (circuito VISA) comunicando alla nostra segreteria il numero e la scadenza.

### Vantaggi fiscali:

In quanto Onlus, ogni donazione a favore della Fondazione Centro per la Lotta contro l'Infarto è fiscalmente deducibile ai sensi della legge 80/2005, fino al 10% del reddito complessivo del donatore, per un massimo di 70.000 euro l'anno. Ai fini fiscali, è necessario conservare la ricevuta del versamento.

Per maggiori informazioni: [www.centrolottainfarto.it](http://www.centrolottainfarto.it)

*Grazie di cuore*

# FRANCESCO PRATI INTERVISTATO DA GERARDO D'AMICO

**Ippocrate** - Rainews 24 - Venerdì 15 aprile 2011



**Per seguire l'intervista**

**[www.youtube.com/watch?v=4IXLOuzL9IQ](http://www.youtube.com/watch?v=4IXLOuzL9IQ)**

**Per sostenere la ricerca della Fondazione**

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