

CUORE & Salute

30 anni d'impegno

NELLA PREVENZIONE E LOTTA ALL'INFARTO



La robotica in cardiocirurgia

N. 5-6 MAGGIO-GIUGNO 2013

Poste Italiane SpA
 Spedizione in abbonamento postale
 D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
 art. 1, comma 1 Aut.C/RM/07//2013

Una pubblicazione del:

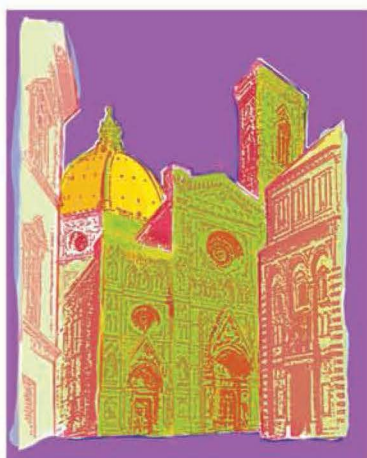
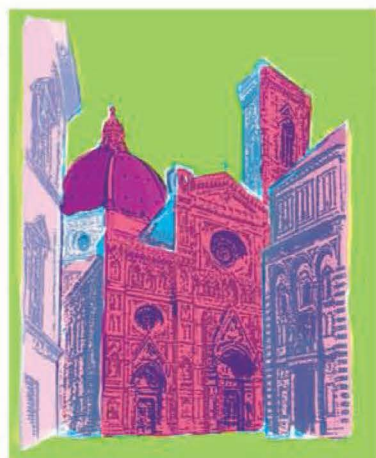
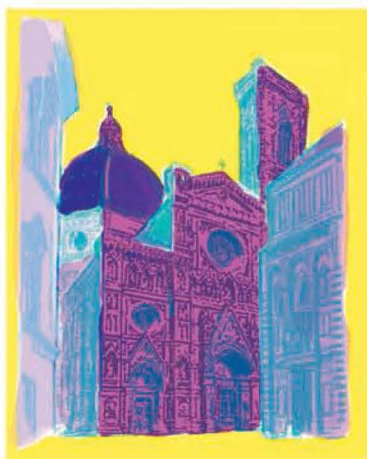
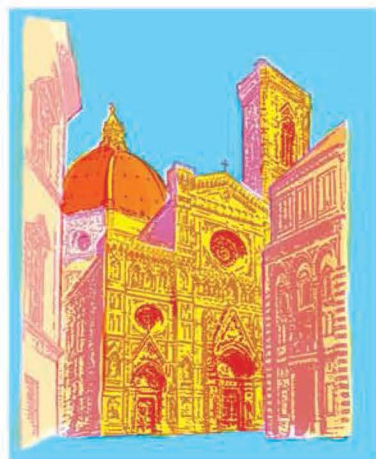


Centro per la Lotta contro l'Infarto

ANNO XXXI

ANNO XXXI

40 *idee per* CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2014



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

Firenze, Palazzo dei Congressi
21 - 22 - 23 marzo 2014

Coordinamento: Francesco Prati
Segreteria: Alessandra Tussis

40 idee per CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2014



- L'endocardite infettiva: frustrazione del cardiologo.
- Gli antitrombotici nelle sindromi coronariche acute: una nuova era ?
- Perché la cardiocirurgia senza circolazione extracorporea non ne migliora i risultati ?
- Il puzzle del forame ovale pervio. L'incertezza dei trial sul trattamento percutaneo.
- La cardiopatia attinica è un ricordo del passato ?
- Trattamento a lungo termine della trombosi venosa profonda: vanno impiegati anticoagulanti oppure antitrombotici ?
- Aterosclerosi delle mummie e nuovi scenari fisiopatologici: non è solo un problema di dieta.
- Facciamo il punto sulla triplice terapia dopo angioplastica nei soggetti in anticoagulazione orale.
- E' più difficile curare l'iperteso con obesità ?
- Jogging, statine e mortalità cardiovascolare. Forse Jim Fixx aveva ragione.
- Ripolarizzazione precoce. La possiamo ancora considerare una condizione benigna ?
- La stenosi aortica paradossa con basso gradiente e ridotta area valvolare: un riscontro frequente.
- L'aterosclerosi negli adolescenti: correggiamo dieta e cattive abitudini nei bambini.
- Quanto è importante rivascolarizzare l'ischemia silente ?
- Impiego dei betabloccanti nello scompenso cardiaco: non sono tutti uguali.
- Molte stenosi coronariche apparentemente significative in realtà non lo sono. Il ruolo del FFR.
- Diagnosi e terapia della miocardite.
- Perché nel paziente con STEMI l'occlusione cronica in sede non "culprit" peggiora la prognosi ?
- La tachicardia sinusale inappropriata: cause, diagnosi, prognosi e cura.
- Oltre il colesterolo LDL come fattore di rischio che ruolo hanno i "remnants" di colesterolo e trigliceridi ?
- Cause non comuni di ipertrofia miocardica.
- Come va curata l'ipercolesterolemia familiare ?
- Esistono tecniche o elementi per predire la prognosi nei pazienti con CMPD appena diagnosticata ?
- Gestione dello scompenso cardiaco acuto: nuovi farmaci e soluzioni terapeutiche.
- Ha ancora senso che il cardiocirurgo impieghi una protesi valvolare meccanica ?
- Ridurre il rischio cardiovascolare per abbassare il rischio di cancro.
- Le infezioni batteriche come causa dell'infarto del miocardio. Una ipotesi che si ripropone.
- Anche nella rivascolarizzazione dell'ictus non si può perdere tempo: il "picture to puncture" time.
- La PTCA nell'angina stabile può ridurre il rischio di infarto ? I tanti interrogativi che emergono dalla letteratura.
- Terapia di resincronizzazione e QRS stretto: opposti inavvicinabili ?
- I traguardi della dieta ipoglicemizzante nel diabete: dal controllo dell'ipertensione al miglioramento della disfunzione diastolica.
- Oltre un secolo di digitale. Va ancora impiegata nella fibrillazione atriale ?
- Meno farmaci e più telemedicina: una nuova frontiera in cardiologia.
- La correzione dell'insufficienza mitralica nelle forme dilatative con l'intervento di "MitraClip".
- Dopo i risultati deludenti della niacina esistono farmaci da abbinare alle statine ?
- Prognosi nel soggetto con scompenso cardiaco. Che ruolo ha l'insufficienza della tricuspide ?
- Tecniche di "tagging cellulare" per comprendere le cause di infarto. Le potenzialità della risonanza magnetica.
- La pericardite idiopatica recidivante. Esistono nuove ipotesi eziopatologiche ?
- L'insufficienza mitralica importante. E' preferibile l'intervento riparativo precoce ?
- La ricostruzione del ventricolo sinistro dopo infarto. Esistono casi in cui consigliarla ? Rivisitiamo lo STICH trial.



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 2013
del Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

 di Antonella Labellarte

UN "CUORE MATTO"
di Ivan Battista

 **Little Tony (Antonio Ciacci per l'anagrafe) il cantante di "Cuore Matto" ci ha lasciati il 27 maggio u.s.. Antonio aveva sofferto per un attacco di cuore qualche anno fa, ma non è stato il cuore la causa del suo decesso. Da quell'evento Antonio si era ripreso benissimo, aveva regolato la sua vita su ritmi emotivi meno "sincopati" e su intelligenti abitudini salutistiche: cibo sano e regolare attività motoria**

**IL FUMO DI SIGARETTA:
È VERAMENTE UN PROBLEMA PER LA SALUTE?**
di David Mocini

RIABILITAZIONE FUNZIONALE NEL CARDIOPATICO
di Simonetta Frèda

LA GINNASTICA DEL MESE

ARCHIVO

DONA ORA

DIVENTA SOCIO DEL CLI

Sostieni il CLI con il tuo **5X1000**

Di che si occupa la nostra **RICERCA**

CALCOLO CALORIE 

IL VIDEO DEL MESE 

CALCOLA IL TUO RISCHIO CARDIOVASCOLARE 

PER RICEVERE LA NEWS LETTER OGNI MESE

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



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

MORE CONTROL. LESS RISK.

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

SJMprofessional.com



ST. JUDE MEDICAL
MORE CONTROL. LESS RISK.

n. 5-6 **sommario** 2013

www.centrolottainfarto.it
cuoreesalute@centrolottainfarto.it

Direttore Responsabile
Franco Fontanini

Vice Direttori
Eligio Piccolo
Francesco Prati

Capo Redattore
Filippo Stazi

Coordinamento Editoriale
Marina Andreani

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

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

Ufficio abbonamenti e pubblicità
Maria Teresa Bianchi

Progetto grafico e impaginazione
Valentina Girola

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

Anno XXXI
n. 3-4 Marzo-Aprile 2013
*Poste Italiane SpA - Spedizione
in abbonamento postale - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art 1, comma 1, Aut.C/RM/07//2013
Pubblicazione registrata al Tribunale
di Roma il 3 giugno 1983 n. 199*

Associata Unione Stampa Periodica Italiana



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

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

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



Una nuova antica malattia: l'aterosclerosi Filippo Stazi 133

Cade anche l'ultimo sillogismo Eligio Piccolo 135

• *Meglio la Wii dell'allegro chirurgo [F.S.]* 137

Dal Congresso Conoscere e Curare il Cuore 2013

La robotica in cardiocirurgia 138

Intervista di Filippo Stazi a Francesco Musumeci

La palla di Tiche

Tangentopoli Rinascentale Franco Fontanini 143

• *Le ultime proiezioni sul fumo [E.P.]* 145

Da dove viene il rischio cardiovascolare? Vito Cagli 146

• *Il talento in medicina* 149

Heinrich Heine, l'ultimo dei romantici Paola Giovetti 150

Cuore & Salute e la sua mission Bruno Domenichelli 153

Qualche secondo di buon umore 156

Norman "Jeff" Holter l'ultimo scienziato rinascentale 157

Filippo Stazi

• *Il vecchietto ... dove lo curo? [E.P.]* 161

La ricerca del CLI 162

L'esame obiettivo è in dimissione? Alberto Dolara 164

Chiamate i carabinieri 2.0 167

Lettere a Cuore e Salute 169

- *A proposito di piante e farmaci dimenticati, Mario Sangiorgi - Massimo Pandolfi*
- *La malattia di Raynaud, Eligio Piccolo*



p. 138

Quaderno a Quadretti Franco Fontanini 173

- La guerra più lunga
- Il gorilla non ama le diete

Un "Amplifon" per l'angina del vecchio? Eligio Piccolo 178

- *Gli americani si preparino al peggio [E.P.]* 179

Coltello e femminicidi Franco Fontanini 180

News

Aggiornamenti cardiologici Filippo Stazi 183

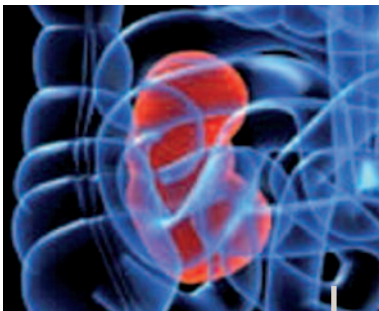
Personaggi da non dimenticare

Ridateci Carolina Invernizio Franco Fontanini 185

Pillole di saggia follia

Il "Guerriero della Luce" Bruno Domenichelli 189

Aforismi 190



p. 146

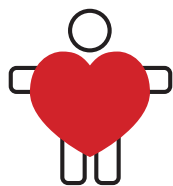


p. 164



p. 180

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



Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Presidente
Francesco Prati

Presidente onorario
Mario Motolese

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

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

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

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

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

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

Una nuova antica malattia: l'aterosclerosi

di Filippo Stazi

Quante volte abbiamo sentito che l'aterosclerosi è una malattia dei tempi moderni, che è figlia dello stress, della corsa continua cui siamo sottoposti, dello stile di vita spesso sbagliato che caratterizza i nostri anni. Quante volte abbiamo sentito qualcuno vagheggiare i bei tempi andati, i valori ed i ritmi della civiltà contadina citando a sostegno della tesi la allora bassa incidenza di infarti e malattie cardiovascolari in generale. Anche l'obiezione che forse prima si viveva troppo poco per avere il tempo di sviluppare cardiopatia ischemica ed ictus è secondo alcuni ridimensionata dai sempre meno rari casi di infarto in età relativamente precoce cui assistiamo nei nostri giorni.

Certo il nostro stile di vita è effettivamente spesso scorretto e predisponente alle malattie, non solo quelle cardiache. Certo la nostra alimentazione in eccesso e la nostra sostanziale sedentarietà facilitano la comparsa e la progressione dell'aterosclerosi. Certo la mercificazione della vita che è sotto gli occhi di tutti inaridisce il nostro essere e pregiudica il nostro benessere psicofisico. L'aterosclerosi però è malattia antica e lo dimostra





elegantemente uno studio da poco pubblicato su *The Lancet*. 137 mummie appartenenti a quattro differenti popolazioni provenienti da epoche ed aree geografiche diverse sono state sottoposte ad una Tac total body. 76 mummie provenivano dagli antichi egizi, 51 dagli antichi abitanti del Perù, 5 dai nativi dell'America sudoccidentale e, infine, l'originaria comunità delle isole Aleutine, arcipelago sparso nell'immensità dell'Oceano Pacifico, forniva i 5 casi rimanenti. La diagnosi di aterosclerosi era considerata certa se si rinveniva la presenza di una placca calcifica all'interno di una parete arteriosa o probabile se invece si osservava solo la presenza di calcificazioni lungo il decorso di un'arteria.

Glissando sull'imbarazzo che debbono

avere forse provato medici e tecnici nel sottoporre all'esame radiologico mummie di migliaia di anni fa, il dato rilevante è che la Tac ha mostrato la presenza dell'aterosclerosi in 47 di questi nostri antenati, il 34% del totale, con una distribuzione simile tra le 4 differenti etnie. La malattia era infatti presente nel 38% degli antichi egizi, il 25% dei peruviani, il 40% dei nativi americani e il 60% degli abitanti delle Aleutine. Il 20% delle mummie presentava una localizzazione aortica della malattia, nel 36% le lesioni erano a carico degli arti inferiori, nel 12% dei casi erano le carotidi ad essere malate come, infine, il 4% delle coronarie. Allora come oggi il progredire dell'età si accompagnava con una maggiore presenza dell'aterosclerosi. I soggetti senza lesioni erano infatti quelli che erano morti in più giovane età con un'età media al decesso di 32 anni e quindi con minor tempo per sviluppare la malattia. Al contrario l'età media alla morte era di 43 anni nei soggetti affetti dall'aterosclerosi.

I dati, considerando che provengono da popolazioni di epoca preindustriale e perciò sicuramente esenti da problemi di sedentarietà, eccesso calorico e sovrappeso, oltre che essere molto interessanti da un punto di vista storico rafforzano il concetto che il genere umano è in realtà, purtroppo, geneticamente predisposto alla comparsa dell'aterosclerosi. Con questa inappellabile sentenza l'uomo si è dovuto sempre confrontare e sempre dovrà continuare a farlo... salvo futuri miracoli della genetica!

Cade anche l'ultimo sillogismo

di Eligio Piccolo



Dice l'incallito fumatore, ma anche la giovane e snella fumatrice: se smetto di fumare aumento di peso, l'aumento di peso è un fattore di rischio per coronarie e pressione, ergo non mi conviene perdere un piacere sicuro in cambio di un dispiacere incerto. In realtà l'aumento del peso, che non sempre avviene e che si aggira in media fra i 3 e i 6 kg, ha una potenzialità di rischio molto minore rispetto al fumo, soprattutto sul cancro, la malattia più temuta. Ma si sa, anche l'estetica ha la sua importanza, pensiamo alle signore che sono sempre in lotta con la dieta, specie dall'età in cui gli ormoni non le aiutano più. Oltretutto, quel maledetto incremento di peso si comporta spesso come la gobba, ci accompagna per il resto degli anni, a meno di sacrifici poco graditi. Qualcuno tempo fa aveva osservato che se il "quitting smoking", l'abbandono del fumo, era accompagnato fin dall'inizio da un'attenta vigilanza della dieta e della bilancia quell'aggiunta di chi-





li non si sarebbe verificata. Veniva paragonato a quanto succede nelle feste di fine anno in cui l'analogo aumento del girovita o del giroanche, secondo la diversità dei sessi, è difficile recuperarlo durante l'anno e spesso si arriva al Natale seguente con una zavorra non ancora smaltita.

Recentemente un gruppo di ricercatori dell'Università di Losanna, affiliati al gruppo Framingham di Boston, hanno portato a termine uno studio lungo 25 anni, dal 1984 al 2011, su 3251 soggetti, suddivisi secondo la presenza o meno di diabete e nelle seguenti quattro categorie: fumatori, non-fumatori, ex-fumatori da meno di 4 anni ed ex-fumatori da oltre 4 anni.

L'obiettivo era la comparsa nel tempo di malattie cardiovascolari, che risultarono ovviamente molto più frequenti nei fumatori rispetto a chi ne era sempre stato astemio, mentre coloro che avevano smesso,

meglio prima che dopo, ottenevano ugualmente un buon vantaggio. La presenza del diabete attenuava di molto il beneficio in tutti i gruppi. Il risultato però che gli autori hanno voluto mettere in particolare evidenza è che l'aumento di peso, peraltro modesto, non ha influito sulla riduzione dei benefici in coloro che avevano smesso di fumare e si erano appesantiti. Qualcuno, anni prima aveva perfino calcolato questa riduzione dei vantaggi ottenuti dalla sospensione del vizio a causa dei chili in più, che è risultata di solo il 24% in media.

Come si vede i proibizionisti cercano con pazienza e ostinazione di togliere qualsiasi appiglio agli inguaribili tabagisti, ma, visto che il consumo di sigarette resiste ad ogni legge limitativa e ai tanti allarmi, speriamo non diventi questa una guerra rispetto alla quale il conflitto dei 100 anni fra Inghilterra e Francia apparirebbe come una scaramuccia.

Meglio la Wii dell'allegro chirurgo

Uno studio dell'Università La Sapienza di Roma ha scoperto che i chirurghi che giocano con la Wii (la console interattiva che consente di sfidarsi a tennis, calcio, golf ed altri sport) migliorano i punteggi che misurano le performance delle procedure laparoscopiche. Alla luce delle competenze tecniche necessarie per eseguire procedure laparoscopiche già altri studi avevano indagato sulla possibilità di migliorare la formazione dei chirurghi al di fuori della sala operatoria. Partendo da questi presupposti i ricercatori romani hanno coinvolto nella sperimentazione 42 specializzandi: la metà di loro ha seguito un programma di allenamento con la Wii (fra cui tennis, per il coordinamento mano-occhio, ping pong, per movimenti più

raffinati e precisi e "battaglia nelle altezze" per tutte le altre funzioni importanti per gli interventi in laparoscopia), gli altri 21 no. Prima e dopo le quattro settimane di studio tutti i soggetti sono stati testati al simulatore (uno strumento di alto costo pensato appositamente per la formazione dei chirurghi). I risultati hanno mostrato che i partecipanti di entrambi i gruppi hanno migliorato le loro competenze nelle quattro settimane considerate ma coloro che erano stati addestrati anche sulla Wii hanno evidenziato un miglioramento significativo rispetto all'altro gruppo nelle loro performance su diversi parametri specifici. Secondo gli autori dello



studio la Wii potrebbe dunque costituire una parte utile e divertente della formazione in laparoscopia dei giovani chirurghi da aggiungere alla formazione standard basata sui simulatori e sulla sala operatoria.

F.S.

DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2013



**CONOSCERE
E CURARE
IL CUORE 2013**

48
XXVIII Congresso del
Cuore per la Lira
cardiologica
Fondazione CRI

11 marzo 2013
Tiratura: 10.000 copie
Finestra: 12.000 copie

EDIZIONI URBAN

La robotica in cardiocirurgia



Francesco Musumeci,
Ospedale S. Camillo, Roma

Intervista di **Filippo Stazi**

Prof. Musumeci, cos'è e a cosa serve la chirurgia robotica?

L'utilizzo della tecnologia robotica in chirurgia nasce agli inizi del 2000 con l'obiettivo di rendere l'intervento chirurgico sempre meno invasivo e il gesto chirurgico sempre più preciso. Il chirurgo non è al tavolo operatorio ma muove i bracci del robot che portano gli strumenti chirurgici da una consolle, mediante due manopole che attraverso un'interfaccia computerizzata riproducono esattamente i movimenti della mano del chirurgo (Figg 1-2).

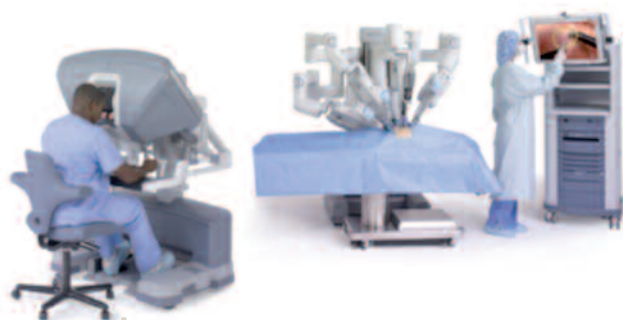
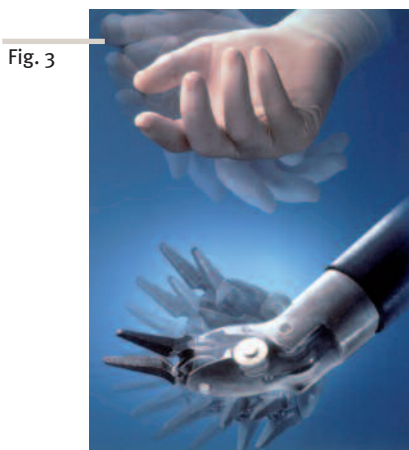


Fig. 1

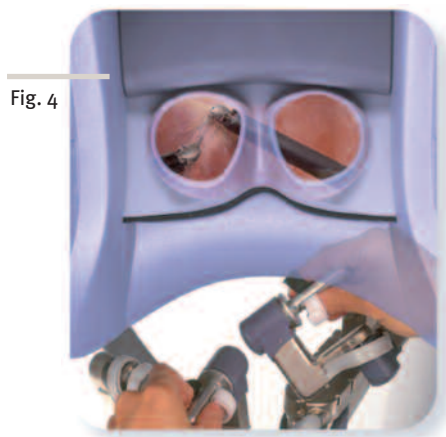


Fig. 2

I diversi strumenti chirurgici hanno un doppio snodo che consente movimenti più articolati rispetto a quelli che possono essere eseguiti dalla mano dell'uomo (Fig 3).



Infine, il campo chirurgico è visibile all'interno della consolle ingrandito e con un'altissima definizione delle immagini e, aspetto assolutamente importante, la visione è tridimensionale con una perfetta percezione della profondità del campo chirurgico. Tutto ciò dà al chirurgo operatore la percezione di essere "immerso" all'interno della cavità toracica (Fig 4).



Sembra che stiamo parlando di fantascienza ma invece tutto ciò è già realtà ed anche da diversi anni. È corretta questa affermazione?

Senz'altro sì. La tecnologia del sistema robotico oggi in uso in chirurgia, il da Vinci, è stata sviluppata negli Stati Uniti nel 1995, anno in cui viene fondata la Intuitive Surgical Inc. Nel 1997 è stato eseguito il primo intervento chirurgico sull'uomo utilizzando la video-assistenza robotica e nel 1998 viene iniziata la commercializzazione della prima versione del sistema da Vinci. Le enormi potenzialità della tecnologia robotica in chirurgia sono state poi inequivocabilmente dimostrate il 7 settembre del 2001 con l'operazione Lindbergh. Sotto la direzione del dott. Marescou, direttore dell'istituto europeo di telechirurgia, un'equipe chirurgica da un ospedale di New York, utilizzando la tecnologia robotica, ha eseguito un intervento di colecistectomia su un paziente che era in una sala operatoria di un ospedale di Strasburgo in Francia. I chirurghi hanno operato dalla consolle di controllo dell'ospedale americano muovendo i bracci del robot che era nella sala operatoria oltreoceano. L'intervento è stato portato a termine con successo e il paziente è stato dimesso dopo 48 ore.

La tecnologia della chirurgia robotica è appannaggio di un numero esiguo di centri o si sta diffondendo?

Sicuramente l'uso è ancora limitato a centri selezionati ma il numero di tali strutture è in costante aumento. Al 31 marzo 2008 sono stati installati nel mondo 867 robot da

Vinci di cui circa il 75% negli USA. Tra i paesi europei, l'Italia con 54 robot da Vinci è preceduta solo da Germania e Francia. Con l'utilizzo di questa tecnologia sono stati eseguiti fino al 2011 circa 7000 interventi e nel solo 2012 il numero dovrebbe avere raggiunto i 2000 interventi, con un incremento rispetto all'anno precedente del 40 per cento.

Quello che noi chiamiamo robot in che consiste esattamente?

La configurazione dell'ultima versione del sistema chirurgico robotico da Vinci S HD è costituita da (Fig. 1):

- la consolle chirurgica che integra un sistema di visione ad alta definizione 3D e i due manipolatori, detti master, che consentono al chirurgo di muovere i 4 bracci del robot;
- il carrello chirurgico (il robot vero e proprio) provvisto di 4 braccia, uno per l'ottica e tre per gli strumenti, inseriti su una colonna e che eseguono i comandi dati dal chirurgo attraverso i manipolatori della consolle. Gli strumenti, introdotti attraverso fori di 1 cm di diametro, si muovono all'interno del paziente sostenuti dai bracci del robot e quindi senza appoggiarsi sul paziente, minimizzando così il trauma sui tessuti;
- lo strumentario chirurgico comprende una gamma completa di strumenti a supporto del chirurgo per le diverse procedure. Gli strumenti alla loro estremità sono dotati di un doppio snodo (Endowrist®) che consente movimenti non possibili con la mano dell'uomo (Fig. 3). L'interfaccia computerizzata tra consolle

e robot consente una maggiore precisione e delicatezza del gesto chirurgico riducendo di circa 5 volte il movimento dello strumento chirurgico rispetto all'ampiezza del movimento eseguito dal chirurgo alla consolle con il manipolatore;

- il sistema di visualizzazione (InSite®Vision) è costituito da un endoscopio a due canali ottici e doppia telecamera a 3CCD ad altissima risoluzione e da processori di immagine che forniscono al chirurgo, in tempo reale, una visione ingrandita e tridimensionale del campo operatorio.

Il carrello chirurgico, con la sua copertura di plastica sterile, è posto sopra il paziente che giace sul letto operatorio mediante un carrello mobile che sta alla sua base. Questa posizione permette un accesso agevole alla parete del torace dove, attraverso quattro incisioni di circa 1 cm di diametro sono inseriti gli strumenti chirurgici e l'endoscopio, i cui movimenti sono controllati dai bracci del robot.

Quali sono le possibili applicazioni della tecnologia robotica in cardiocirurgia?

L'utilizzo della tecnologia robotica in cardiocirurgia è supportato dall'esperienza clinica maturata nel corso degli anni e dagli eccellenti risultati ottenuti.

L'intervento cardiocirurgico che sul piano tecnico trae particolare vantaggio dalla video-assistenza robotica è la ricostruzione della valvola mitrale e proprio nella chirurgia della valvola mitrale, infatti, è stata utilizzata per la prima volta questa tecnologia. Poiché la valvola mitrale si trova su un piano

sagittale rispetto all'asse anteroposteriore del torace, un approccio attraverso l'emitorace di destra consente una visione diretta dell'intero apparato valvolare mitralico. L'esposizione ottimale consente quindi di poter lavorare con grande precisione sui lembi valvolari e di poter impiantare, quando necessario, corde sintetiche sulla parte fibrosa dei muscoli papillari. Tutto questo è facilitato dall'altissima definizione delle immagini ma soprattutto dall'ingrandimento e dalla visualizzazione tridimensionale del campo chirurgico possibile con la telecamera del robot. L'esecuzione dell'intervento è poi agevolata dal doppio snodo dell'estremità degli strumenti chirurgici che consente una possibilità di movimento che, come già detto, non è possibile quando lo strumento è utilizzato dalla mano dell'uomo, dando così maggiore precisione nell'esecuzione dell'intervento chirurgico.

Altri interventi che possono essere eseguiti sono la chirurgia riparativa della valvola tricuspide, la chiusura di difetti del setto interatriale, la rimozione di mixomi cardiaci, l'impianto di PMK epimiocardici e il prelievo dell'arteria mammaria interna. L'utilizzo della video-assistenza robotica nella chirurgia delle coronarie comincia a muovere i primi passi nell'attesa di ulteriori sviluppi tecnologici che possano consentire l'esecuzione di by-pass aorto-coronarici con risultati superiori alla chirurgia convenzionale.

Quali sono i principali vantaggi della chirurgia robotica rispetto a quella convenzionale?

Il vantaggio della chirurgia in video-assistenza

robotica rispetto all'approccio convenzionale attraverso sternotomia è duplice e cioè minore invasività e maggiore precisione.

La minore invasività ha come vantaggio un'incidenza decisamente più bassa di complicanze nel decorso post-operatorio e un recupero più rapido dopo la procedura chirurgica. L'integrità dello sterno e il piccolissimo accesso chirurgico riducono in modo significativo il sanguinamento e pertanto la necessità di trasfusione di sangue dopo l'intervento. È ridotto il rischio di insufficienza respiratoria e renale e una eventuale infezione del sito chirurgico rappresenta un evento estremamente raro. Anche il dolore post-operatorio è minore. Nonostante tempi di circolazione extra-corporea e di ischemia cardiaca più lunghi, nei pazienti operati in video-assistenza robotica i tempi di ventilazione meccanica, di degenza in Terapia Intensiva ed in reparto di degenza sono più brevi e più rapido è il ritorno alle normali attività quotidiane e lavorative.

La video-assistenza robotica consente inoltre una maggiore precisione nell'esecuzione dell'intervento chirurgico che è eseguito utilizzando le stesse tecniche chirurgiche dell'approccio convenzionale attraverso sternotomia. L'altissima risoluzione della telecamera fornisce al chirurgo, in tempo reale, una visione ingrandita e tridimensionale del campo operatorio e gli strumenti chirurgici col doppio snodo all'estremità che consente di eseguire movimenti altrimenti non possibili con la mano dell'uomo sono due vantaggi importanti della chirurgia con video-assistenza robotica. A ciò va aggiunto l'assenza di tremore, la possibilità

di micro-movimenti e l'uso ambidestro degli strumenti che consentono una particolare delicatezza e precisione del gesto chirurgico. Questi vantaggi sono particolarmente evidenti nelle procedure che richiedono estrema precisione e ottima visualizzazione, quali anastomosi coronariche o ricostruzione delle corde tendinee della valvola mitrale.

Un ulteriore vantaggio della chirurgia robotica è la soddisfazione del paziente per l'ottimo risultato clinico, per il più rapido recupero fisico e per la quasi assenza di cicatrice. Tutto ciò ha un importante impatto psicologico sul paziente in quanto lo aiuta a uscire dallo stato mentale di malattia.

E quali sono però i limiti della metodica?

Il limite principale della tecnologia robotica è costituito dal costo. La spesa iniziale prevede sia l'acquisizione del sistema che il percorso di formazione per gli operatori. Il sistema robotico, infatti, presenta nel suo uso un'intrinseca complessità per cui è necessario un programma di *training* ed una curva di apprendimento per l'intera équipe. A ciò va aggiunto il costo di uso legato all'acquisto dello strumentario chirur-

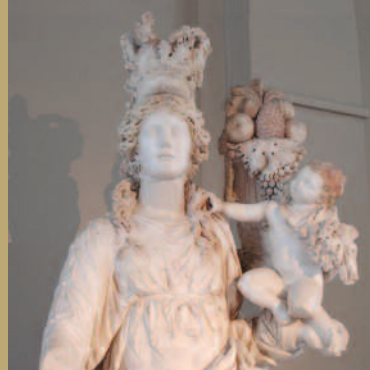
gico. I costi possono comunque essere ammortizzati se si raggiunge un numero minimo di procedure/anno. Valorizzando la riduzione dei costi ospedalieri con particolare riguardo alla minore incidenza di complicanze e quindi alla riduzione dei tempi di degenza in terapia intensiva e in ospedale è possibile rientrare nelle spese previste dal DRG. A ciò va poi aggiunto il vantaggio economico di un più rapido ritorno all'attività lavorativa dopo la procedura chirurgica.

Quale messaggio conclusivo possiamo lasciare ai nostri lettori?

La chirurgia con video-assistenza robotica consente oggi di intervenire soprattutto sulla valvola mitrale con un approccio meno invasivo senza compromettere la qualità della chirurgia e la sicurezza del paziente. Peraltro consente un recupero più rapido dall'intervento con un ritorno più celere alle attività quotidiane. L'avanzamento tecnologico consentirà ulteriori evoluzioni nell'applicazione della tecnologia robotica in cardiocirurgia aprendone il suo utilizzo al trattamento di altre patologie cardiache di interesse chirurgico.

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.

Tangentopoli rinascimentale

In Italia non si è mai parlato tanto e con tanto sdegno di corruzione come durante l'ultima campagna elettorale, come se bilanci falsati, inflazioni guidate, preventivi contraffatti, appalti truccati e soprattutto tangenti a percentuale, fossero una novità e non ci fossero sempre stati.

Si dice che siamo diventati secondi al mondo, che restiamo dettaglianti a confronto con quanto accadde alla nascita degli USA, ma i più sono convinti che siamo i primi. Un primato però lo deteniamo, siamo i soli a detenerlo incontrastati: la premiazione dei responsabili.

Accadde in Toscana in un villaggio della Val d'Orcia, Corsignano de' Ladri, feudo della nobile famiglia senese dei Piccolomini, dove era nato, al tempo della vendemmia, Enea Silvio, il futuro Pio II, ricordato universalmente per l'ironica autopresentazione: "Quand'ero Enea nessuno mi conosceva, adesso che son Pio, tutti mi chiaman zio". Fu uno dei più significativi umanisti dell'epoca.

Fu anche un ottimo letterato e un giovane gaudente, fra le tante cose scrisse anche un romanzetto boccaccesco, la "Storia di due amanti".

Fin da giovane era molto ambizioso e partecipò al Concilio di Basilea come segretario del cardinale Caprara sostenendo le tesi conciliari per poi passare dalla parte dell'antipapa. Si riconciliò presto con la curia romana, cambiò vita e iniziò una brillantissima carriera ecclesiastica diventando vescovo di Trieste, poi di Siena, dove fu



Pio II



eletto cardinale ed elevò all'onore degli altari Santa Caterina, l'unica canonizzazione del suo pontificato. Non fu neppure nepotista a differenza di tutti gli altri papa.

Nutrivava in cuor suo due sogni: una crociata contro i turchi e dare lustro al paese dove era nato, onde "lasciare un ricordo duraturo della sua origine". Per questo dette l'incarico al miglior allievo di Leon Battista Alberti, Bernardo Gambarelli, meglio noto come "Rossellino", ingiungendogli di trasformare integralmente il suo paesello natale in una piccola città ispirata agli ideali estetici del Rinascimento.

Contro i turchi si fece promotore del Congresso di Mantova per organizzare una crociata che pensava di capitanare di persona. Le adesioni non furono numerose ma non si perse d'animo. Scrisse anche al sultano Maometto II per convertirlo al cristianesimo offrendogli la corona d'Oriente ma probabilmente la lettera, che nessuno vide mai, non giunse a destinazione.

Fissò la data della partenza per la Terra Santa da Ancona ma quando vi giunse trovò solo una marmaglia di sbandati senza alcuna organizzazione. La delusione fu tale che il suo cuore, già malandato da tempo, non resse.

Morì nel porto di Ancona, molto probabilmente d'infarto, a cinquantanove anni.

Il sogno di nobilitare Corsignano si realizzò invece nel migliore dei modi, al di sopra di ogni speranza, con capolavori come il Palazzo Pontificio, la cattedrale e la bellissima piazza con i palazzi Piccolomini, Borgia, Lolli, Gonzaga, Juffroi, Ammannati e la Casa dei Canonici, ancor oggi meta di gite e oggetto di grande ammirazione.

Il Rossellino si era lasciato prendere la mano al punto che nel suo capolavoro, il palazzo Piccolomini, dimenticò di fare le cucine.

La sola cosa che non andò a buon fine furono i costi, anziché quindicimila ducati come preventivato, superarono i cinquantamila.

Si scatenarono accuse violentissime contro il Rossellino che rischiò la galera e la commissione d'inchiesta lo condannò a risarcire per intero la differenza della spesa.

Pio II lo convocò a Roma dove si presentò "pieno di timore", ma come scrisse nei suoi "Commentari", tra la sorpresa generale gli disse: "Bene hai fatto, o Bernardo, dicendoci



Cattedrale e Palazzo Piccolomini



Veduta di Pienza

il falso sulla spesa dell'opera. Se infatti ci avessi detto la verità, non ci avresti mai convinto ad affrontare una simile spesa e ora non esisterebbero questo nobile palazzo e questa cattedrale splendida fra quante sono in Italia. Per il tuo inganno sono stati innalzati questi illustri edifici, che tutti ammirano, a eccezione di pochi, morsi dal

livore dell'invidia. Noi ti ringraziamo e ti consideriamo meritevole di grande onore tra tutti gli architetti del nostro secolo". In segno di gratitudine gli donò un assegno vitalizio di mille fiorini d'oro e affidò nuovi lavori a lui e al figlio. Corsignano dè Ladri cambiò anche nome in suo onore: divenne Pienza, città di Pio.

Le ultime proiezioni sul fumo

Due grandi studi nordamericani pubblicati sul New England Journal of Medicine di gennaio 2013 ci informano :

- 1 Nella popolazione tra i 25 e i 79 anni la mortalità per malattie riferibili al fumo è tre volte maggiore nei fumatori che in chi non ha mai fumato.
- 2 La sopravvivenza in chi non ha mai fumato è doppia rispetto ai fumatori, circa 10 anni di vita in più.
- 3 I fumatori che smettono prima dei 40 anni riducono il rischio del 90%. Coloro che smettono dopo lo riducono in modo progressivamente minore (chi smette fra i 55 e i 64 anni guadagnano solo 4 anni di vita).
- 4 Raramente chi fuma raggiunge gli 85 anni.
- 5 Dal 1960 in poi le donne fumatrici hanno raggiunto lo stesso rischio dell'uomo. Il cancro del polmone che nel 1960 era cinque volte più frequente nell'uomo, nel 2010 ha la stessa incidenza nei due sessi ed è aumentato del 25% in entrambi.
- 6 Il cancro della mammella, così frequente e quasi esclusivo del sesso femminile, è più frequente nelle fumatrici che nelle altre.
- 7 Non è mai troppo tardi per smettere di fumare.

E.P.



Da dove viene il rischio cardiovascolare?

di Vito Cagli



Da molte parti, senza dubbio: ci sono cause interne al nostro organismo come il sesso maschile più a rischio di quello femminile, la predisposizione familiare che rimanda ai nostri geni. E poi ci sono i fattori esterni, l'alimentazione eccessiva per quantità e per apporto di alcuni nutrienti, come i grassi animali, le carni rosse, il sale, e poi il fumo e l'eccesso di alcol; infine lo stile di vita sedentario che favorisce l'accumulo di adipe e può portare fino all'obesità quando si associa ad abitudini alimentari incongrue per quantità e qualità.

Siamo comunque portati a pensare che il rischio cardiovascolare risieda in qualcosa che silenziosamente e piano piano danneggia le nostre arterie e il nostro cuore, come il colesterolo che "insudicia" il plasma e che di qui si trasferisce alle pareti delle arterie o il fumo che danneggia direttamente queste strutture. Dimentichiamo troppo spesso che condizioni primariamente presenti in altri organi possono riverberarsi sull'apparato cardiovascolare aumentando il rischio di eventi patologici che lo coinvolgano. Così, ad esempio, accade per le malattie tiroidee, sia che si tratti di iper- o di ipo-tiroidismo possibili cause di cardiopatia, così accade a chi



soffre di apnee da sonno, condizione associata a maggior rischio cardiovascolare. Vi è poi il diabete, di cui è da moltissimo tempo riconosciuta la potenzialità negativa sul cuore e sulle arterie, tanto che più di cinquant'anni or sono, quando ancora la diffusione del fumo nelle donne era molto modesta, un infarto del miocardio in un paziente di sesso femminile era quasi senza eccezione associato al diabete.

In questi ultimi anni però si è cominciato a valutare anche l'impatto dell'insufficienza renale cronica sul rischio cardiovascolare. Ciò è avvenuto per due motivi principali: l'invecchiamento della popolazione e il ricorso alla determinazione della clearance della creatinina mediante semplici formule. Il primo punto si chiarisce pensando alla frequenza con cui in età anziana si rileva la presenza di una ridotta funzione renale, fino ad un certo punto da considerare fisiologica, ma spesso legata ad arterio-arteriolo sclerosi renale, più frequente negli ipertesi, anche se non esclusiva di questi pazienti. Quanto al secondo motivo, va ricordato che la clearance della creatinina costituisce il più semplice e diffuso indice della capacità di filtrazione dei reni (*GFR glomerular filtration rate*) cioè della loro attività di depurazione nei confronti di una serie di prodotti di rifiuto che minuto per minuto devono essere allontanati dall'organismo attraverso le urine. Classicamen-

te la clearance della creatinina veniva determinata misurando la concentrazione di questa sostanza nel sangue e nella raccolta di urine di 24 ore. Quest'ultima determinazione necessita della raccolta delle urine di un'intera giornata e ciò, oltre a rappresentare una complicazione per i pazienti, costituisce anche, non di rado, una fonte di errori. L'introduzione di formule che consentono di calcolare la clearance disponendo soltanto del valore della creatininemia ha semplificato il problema e ha messo in luce il fatto che valori di creatininemia dati per normali nei moduli di molti laboratori di analisi, in realtà possono nascondere una ridotta funzione renale. Il fatto è che essendo il valore di creatininemia funzione della massa muscolare è impossibile fornire valori normali applicabili a qualsiasi individuo: infatti per un lottatore di Sumo che pesi 100 chili un valore di creatinina di 1.5 mg/dl può essere normale (cioè corrispondere ad un GFR normale), mentre per un'esile fanciulla di 40 Kg di peso si può trovare una funzione renale ridotta già con valori di creatininemia di 1.0 mg/dl. Adoperando la clearance della creatinina, misurata o calcolata, come indice del filtrato glomerulare si possono superare queste difficoltà e si ottiene un dato sempre affidabile. La formula più diffusa e più semplice per il calcolo della clearance – anche se non è la più precisa – è quella di Cockcroft e Gault.

Clearance della creatinina ml/min = (140- età anni) x peso Kg /72 x creatininemia mg/dl

Per i soggetti di sesso femminile il risultato ottenuto con la formula precedente va moltiplicato per 0.85

Per una maggiore precisione e nei bambini senza eccezione il risultato va riportato a metri quadrati 1.73 di superficie corporea

Il valore normale della clearance della creatinina deve essere superiore a 85 nella donna e a 95 nell' uomo

Secondo le linee guida internazionalmente accettate (NKF KDOQI = National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative, 1992) una riduzione di GFR al di sotto di 60 ml/min (quale può essere espressa da una clearance della creatinina con tali valori) è sufficiente, se confermata a distanza di almeno tre mesi, a stabilire l'esistenza di insufficienza renale cronica che sarà di entità quanto più grave quanto più questa riduzione sarà accentuata. Va poi ricordato che le già citate linee gui-

da definiscono l'esistenza di una nefropatia cronica sulla base non soltanto di una riduzione di GFR ma anche in base alla presenza di una eliminazione con le urine di una quantità significativa di proteine o albumina. Insomma, i due elementi fondamentali di danno renale, proteinuria e riduzione del GFR, da soli o in associazione tra loro, costituiscono, se persistenti, gli elementi fondamentali per affermare l'esistenza di una malattia cronica dei reni e, nello stesso tempo, per indicare l'esistenza di un aumentato rischio cardiovascolare.

Un riesame dei dati di 21 studi per un totale di oltre 1 milione di persone promosso dalla *Nationa Kidney Foundation* e pubblicato su *Lancet* (2010;375: 2073-81) ha consentito di quantificare il rischio cardiovascolare legato alla riduzione del filtrato glomerulare o alla presenza di proteine nelle urine. Semplificando le conclusioni



raggiunte da questo studio possiamo dire che la riduzione della clearance della creatinina al di sotto di 60 ml/min – cioè una condizione di insufficienza renale cronica – si associa a un aumento del 50% del rischio cardiovascolare che raggiunge poi il valore di tre volte rispetto ad una funzione renale normale quando la clearance della creatinina si avvicina a quella soglia di 15 ml/min che introduce alla fase più avanzata della malattia e nella quale va valutata la necessità di preparare il paziente ad una terapia sostitutiva (dialisi, trapianto). Quanto alla proteinuria, anche qui più elevati ne sono i valori, maggiore è il rischio cardiovascolare ma la quantificazione precisa è più difficile da indicare con semplicità, essendo in rapporto con i metodi di determinazione adoperati.

Resta comunque il fatto che, se vogliamo davvero valutare nei nostri pazienti il rischio cardiovascolare, dobbiamo rivolgere la nostra attenzione anche ai reni e valutarne l'efficienza con due semplici parametri. La determinazione della creatinemia per il calcolo della sua clearance, un comune esame delle urine e, in presenza di proteinuria espressa quantitativamente nel referto di analisi, una ripetizione dell'esame sulle urine di 24 ore per una migliore quantificazione dell'entità della proteinuria. Ancora una volta il richiamo è a una visione globale del malato che in un'epoca di specializzazione e di super-specializzazione non è un lusso o un capriccio di vecchi medici un po' barbogi, ma una crescente inderogabile necessità.

Il talento in medicina

Di bravi medici ce ne sono molti, di medici di talento ce ne sono pochi. Dire la differenza che separa, oggi, bravura e talento non è facile. Eppure, vi fu un'epoca in cui lo si faceva agevolmente. La bravura era quella del medico che conosceva più malattie dei suoi colleghi, il talento era quello del medico che possedeva "l'occhio clinico".

Il talento era quello di Augusto Murri che, alla stazione di Bologna, diceva: "si faccia ricoverare, Lei ha un cancro allo stomaco". Oggi non è più così; se talento significa una diagnosi fulminea, basata su pochi dati ricavati dall'osservazione, bisogna convenire che, non obbligatoriamente, l'occhio deve posarsi sulla faccia o sull'aspetto dell'ammalato ma può soffermarsi su di una lastra o su qualsiasi altro reperto strumentale.

La tecnologia ci ha disturbato, privandoci di aspetti ingenui ma affascinanti della medicina, capiti, sopravvalutati, idealizzati anche dalla gente più umile: "L'hanno portato da Murri".

Ma forse dobbiamo abituarci. Se il talento e l'occhio clinico sono una facoltà percettiva che distingue chi la possiede da chi annaspa tra segni e sintomi, allora c'è ancora speranza. L'umanità, attraverso i secoli, ha affidato la medicina ai sacerdoti, ai maghi, ai barbieri e non sono mancati, in ciascuna categoria, uomini di talento. Perché non dovrebbe essere la stessa cosa per il medico di oggi che, seduto alla moviola, attribuisce - senza esitazioni - certe irregolarità coronariche ad ulcerazioni di una placca, così come il clinico del passato vedeva nelle rughe e nell'aspetto emaciato di un viso quella diagnosi che agli altri sfuggiva? L'occhio clinico cede il passo all'occhio strumentale, ma il cervello rimane quello di un medico diverso, un medico di talento.

Heinrich Heine, l'ultimo dei romantici

di Paola Giovetti



Delicato poeta, saggista ironico e brillante, personaggio polemico e ricco di contraddizioni, Heinrich Heine nacque nel 1797 a Düsseldorf, città che fino al 1813 era stata sotto amministrazione francese: si sentì quindi sempre *citoyen*. La famiglia era ebrea, il padre un poco fortunato commerciante, a differenza del fratello Salomon che viveva ad Amburgo ed era un vero genio della finanza, amico dei Rothschild di Parigi. Il giovane Heinrich frequentò prima una scuola ebraica, poi il ginnasio-liceo dei francescani, ordine per il quale ebbe sempre grande simpatia. A 19 anni fu mandato a far pratica commerciale presso lo zio, il quale gli aprì un negozio che fallì dopo pochi mesi. Lo zio allora gli assegnò una rendita perché frequentasse l'università e divenisse avvocato. Una volta laureato però non ne volle sapere di esercitare l'avvocatura della quale aveva questo concetto: "L'avvocato è un galantuomo che salva i vostri beni dai vostri nemici tenendoli per sé". In realtà la letteratura fu sempre la sua occupazione principale e molto presto cominciò a scrivere poesie e saggi.

Lo zio, col quale i rapporti furono abbastanza conflittuali, lo mantenne fino a 29 anni. Al nipote, che per altro lo ammirava per la sua forza e sicurezza, lo zio rimproverava lo scarso profitto negli studi e gli imprudenti atteggiamenti politici: Heinrich era infatti vicino alla "Giovane Germania" e ai movimenti proletari, ai quali per altro non risparmiava, quando lo riteneva opportuno, pesanti critiche. In più il giovane



Heinrich Heine

Heine si innamorò della bella cugina Amelie e sperò di sposarla, divenendo così quasi figlio del grande Salomon: Amelie però non l'amava e lui scrisse per lei splendide e disperate poesie.

Studiò a Bonn, Gottinga, Berlino, partecipando attivamente alla vita goliardica, sempre nemico però di birra e tabacco. Subito dopo la laurea si convertì al cristianesimo protestante, che considerava un "biglietto d'ingresso nella cultura europea", o quanto meno nella carriera statale e universitaria, dove sperava di trovare una collocazione. Mentre studiava a Bonn prese un'infezione dalla cuoca del professore di diritto penale, "una cuoca bellissima", e non è mancato chi ha attribuito a questo infortunio giovanile le successive malattie di cui soffrì in seguito: in realtà non c'è rapporto, in quanto Heine si ammalò di atrofia muscolare progressiva, che nulla ha a che fare con la lue.

Intanto veniva scrivendo le opere che lo resero famoso: oltre a collaborare a importanti riviste, pubblicò nel 1822 il suo capolavoro, il *Buch der Lieder*, il Libro dei Canti, raccolta delle sue straordinarie poesie, genere per il quale, ebbe a dire Bismarck, soltanto Goethe può stargli accanto, e pochi anni dopo i *Reisebilder*, cioè il resoconto dei suoi viaggi in Italia, specie *I bagni di Lucca* e *La città di Lucca*, dove attacca violentemente il poeta conte August von Platen, che aveva criticato una sua opera, per i suoi gusti omosessuali. Dopo di che ebbe contro quasi tutta la Germania.

Nel 1824 intraprese un viaggio a piedi nello Harz e in Turingia, anche per far visita

a J.W.Goethe, che viveva a Weimar e aveva allora 75 anni: si annunciò con una lettera in cui esprimeva il desiderio di "baciargli la mano e di stare qualche minuto alla sua presenza" e fu accolto cordialmente. Goethe, reduce da una grave malattia, gli fece l'impressione di una mummia ma "la mummia di un dio". I suoi occhi però erano limpidi e splendidi: "la cosa più notevole che oggi Weimar possiede". E lo commosse l'affettuosa sollecitudine con cui il vecchio poeta si informò della sua salute precaria, dando prova di uno spirito umanissimo tutto volto alle esperienze concrete del momento.

Va detto che tra il 1825 e il 1831 Heine fece il possibile per crearsi una posizione stabile in Germania ma fece sempre anche il possibile per far fallire ogni progetto. Nel 1831 si stabilì allora a Parigi, dove come renano non era considerato uno straniero, godette di molte libertà ed ebbe anche sussidi dallo stato. Si dedicò al giornalismo, conti-



nuando a scrivere le sue opere. Fu amico dei grandi letterati del tempo: T. Gautier, Dumas padre, Victor Hugo, George Sand, della quale - pare - si innamorò. Il suo grande amore però fu la bella e passionale Mathilde Mirat, semplice popolana che amò con una gelosia folle, alla fine, dopo scenate e tradimenti reciproci, la sposò. Cosa che fu alquanto criticata. Priva di status e di cultura, Mathilde era certamente interessata a un matrimonio conveniente ma non era una di quelle donne parigine che, per usare le parole di Heine, dimostrano il loro amore “rovinando l’amato con inesorabile metodicità”. Gli rimase vicina sino alla fine.

Intanto cominciano a manifestarsi i segni della malattia che doveva tormentarlo per molti anni fino alla morte. Nel 1844 muore lo zio Salomon, ma in testamento non gli lascia il vitalizio che aveva sperato, bensì una modesta somma in marchi: per la delusione il poeta ha un colpo apoplettico che gli paralizza quasi completamente il corpo (prima aveva paralizzato soltanto l’occhio sinistro) e da cui non si riprese più. “Costa molto vivere a Parigi ma morirvi costa infinitamente di più”, ebbe a scrivere. Otto anni di agonia, con la paralisi che inesorabilmente procedeva. La sua ultima uscita fu nel 1848, quando si trascinò a fatica fino al Louvre e giacque a lungo piangendo ai piedi di *Nostra Beata Vergine di Milo*.

La malattia gli procurò per anni dolori fortissimi ma non gli venne mai meno la ferma fede nella forza della ragione. Affidò alle bellissime poesie del *Romanzero* (1851) le pessimistiche impressioni del lungo periodo di sofferenza nella sua “tomba di mate-



rassi”. E pur nell’amarezza non smise mai di favoleggiare e fantasticare.

Personalità controversa, amato e criticato, grandissimo poeta, narratore brillante e spiritoso, fu l’ultimo dei romantici: fantasia sognante, genialità, ironia che non di rado si trasforma in sarcasmo, capacità di nascondere il dolore nello scherzo. Amore per la natura, per le leggende, le tradizioni popolari (celeberrima la sua poesia *Loreley*), grande libertà intellettuale, Heine fu maestro del ritmo e della parola, che in lui riceve leggerezza e musicalità. Innovatore scanzonato, utilizzò il materiale romantico con ironia e realismo.

In Italia fu amato e interpretato da Giosuè Carducci, che apprezzava anche la sua missione di scrittore civile, di combattente “nella guerra di liberazione del genere umano”. Attese con disincanto e lucidità la morte, e sul “dopo” la pensava così: “Dio mi perdonerà: è il suo mestiere!”

Cuore & Salute e la sua Mission

di Bruno Domenichelli



Quando, nel definire un'impresa o un'Istituzione, si parla di "mission", ci riferiamo al suo scopo ultimo, alla giustificazione stessa della sua esistenza. Nel panorama delle riviste scientifiche italiane, Cuore & Salute ha una specifica e delicata mission, che peraltro i fondatori della rivista avevano già ben chiara fin dall'epoca della sua fondazione, trent'anni fa. Nello sfogliare i primi numeri (1983), ci si meraviglia infatti dell'attualità dei temi e della modernità della grafica.

Ancor oggi Cuore & Salute continua a far parte integrante degli strumenti istituzionali del Centro per la Lotta contro l'Infarto, creato dal prof. Pier Luigi Prati, con entusiasmo e spirito profetico. Il trentennale della rivista è l'occasione per qualche riflessione sulla mission che si è proposta.

La rivista si è negli ultimi anni rinnovata, adeguandosi ai tempi: articoli più brevi e concisi, flash di aggiornamenti pratici, risposte ai quesiti dei lettori. Si ha sempre meno tempo da dedicare alla lettura. Ecco perché Cuore & Salute punta anche sulla ricchezza e sulla varietà delle illustrazioni. Lo scopo non è solo quello di fare una rivista "bella" ma di proporre immagini che siano non solo informative ma anche culturalmente ed emotivamente suggestive. Le metodiche della *comunicazione analogica*, basate sulla sinergia e il potenziamento dei significati fra illustrazioni e testi scritti, facilitano la comprensione e la memorizzazione dei testi e contribuiscono all'incisività della mission fondamentale della rivi-

Il medico ammonisce il suo paziente. Da un incunabolo medievale.

Mission fondamentale di Cuore & Salute è quella di trasmettere messaggi di educazione sanitaria e di favorire una convinta adesione a stili di vita più consoni alla salute cardiaca.



sta che è quella di trasmettere messaggi di educazione sanitaria e di favorire una convinta adesione a stili di vita più consoni alla salute cardiaca.

Crediamo che la creatività, l'intuizione, l'immaginazione e le capacità di introspezione psicologica degli autori degli articoli siano doti indispensabili per entrare in sintonia con le esigenze emotive e culturali dei lettori e riuscire quindi a fare una buona prevenzione. In quest'ottica, anche la divulgazione medica, per essere efficace, assume così una sua specifica valenza "artistica".

Fin dall'inizio, Cuore & Salute si è prefissa di essere non solo un pratico veicolo di informazione cardiologica, evitando ogni forma di allarmismo, di ammiccante sensazionalismo e di conflitto di interessi, ma anche una rivista culturalmente stimolante e accattivante per la grafica e la varietà dei suoi temi. Una pubblicazione di cardiologia divulgativa per lettori esigenti, capace di indagare sulla fisiopatologia e sulla clinica del cuore ma anche di esplorare *l'immaginario collettivo del cuore*. Una fonte di spunti di meditazione esistenziale, anche nella prospettiva di una maggiore autocoscienza del paziente del suo vissuto di malattia.

Cuore & Salute si è proposta, fin dal suo inizio, la mission di spiegare non solo perché e come ci si ammala di cuore ma di promuovere, nel suo senso più lato, una "cultura del cuore". Tutto ciò ha importanti ricadute nella pratica clinica, anche se non sempre immediatamente percepibili.

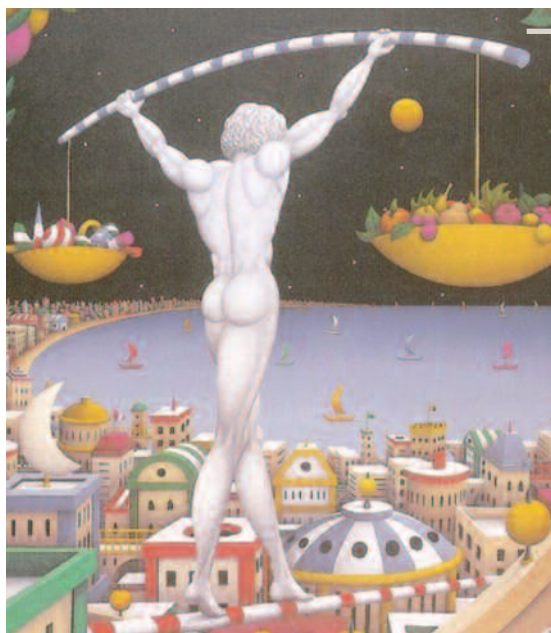
Sul piano epidemiologico e fisiopatologico conosciamo infatti quasi tutto dei tradizionali fattori che fanno ammalare il cuo-

re: fumo, ipertensione, errate abitudini alimentari, diabete, ipercolesterolemia, sedentarietà fisica. Anche la stampa quotidiana ne dà informazioni talmente ripetitive da indurre nel lettore una sorta di saturazione del messaggio che porta alla noia e al rifiuto. Cuore & Salute si propone viceversa di svolgere la sua mission preventiva agendo sulle radici psicosomatiche dei comportamenti che spingono verso stili di vita non corretti.

Sempre più frequentemente dobbiamo constatare infatti che molti infarti si verificano in soggetti in cui i tradizionali fattori di rischio sembrano assenti. Ci si è chiesti allora se non fosse il caso di ricercare altri fattori di rischio, più subdoli e insidiosi, individuabili forse negli stili di vita imposti dai ritmi innaturali delle società industrializzate. Una ricerca, questa, che costituisce la sfida per la medicina dei prossimi decenni e che vede oggi Cuore & Salute operare in prima linea.

Ma già in un numero di Cuore & Salute del 1999, Franco Fontanini, da sempre e tuttora Direttore responsabile "storico" della nostra rivista, scriveva: *"L'educazione sanitaria non deve limitarsi ad insegnare a correggere l'uno o l'altro dei fattori di rischio... ma deve acquisire un significato globale: deve propugnare uno stile di vita nuovo, aggiornato, adatto all'uomo di oggi"*. Secondo questa linea Cuore & Salute sta oggi allargando i propri obiettivi di studio e di divulgazione.

La ricerca epidemiologica ha ormai identificato come potenziali fattori di rischio cardiovascolare alcune particolari situazioni psicosomatiche: ambienti di lavoro ecces-



Pier Augusto Breccia. La baia dell'innocenza. 2003

Fare opera di prevenzione, una delle missioni di Cuore & Salute, significa... trasmettere al paziente una visione equilibrata e serena della vita. Nell'immagine, l'uomo affronta la vita con sicuro equilibrio, sostenendo i due cesti contenenti l'uno i simboli della natura (i frutti), nell'altro quelli della tecnica e della scienza (i solidi geometrici)

sivamente competitivi o frustranti, problemi economici e familiari, stress esistenziali come disoccupazione, emarginazione, isolamento sociale, tipi di personalità predisponenti all'infarto. Fare opera di prevenzione significa identificare precocemente in ogni paziente l'esistenza di queste situazioni di rischio e proporre adeguati rimedi, oltre a trasmettere al paziente una visione equilibrata e serena della vita.

In una serie recente di articoli sugli stili di vita, Cuore & Salute sta affrontando alcuni di questi aspetti di cardiologia psicosomatica, apparentemente marginali e finora poco considerati nella prevenzione cardiovascolare ma che dovremmo forse valorizzare meglio per un'ottimale gestione dello stress quotidiano. Non è casuale che da anni Franco Fontanini, dalla sua rubrica di aforismi, ci proponga salutari spunti di buon umore. Anche la saggezza popolare afferma che *il riso fa buon sangue*. Una battuta di spirito può contribuire ad attenuare la tensione e lo stress. Lo aveva intuito anche Sigmund Freud!

È dimostrato che pensiero positivo, fiducia, sano e realistico ottimismo, rispetto di ritmi esistenziali più naturali, siano gli antidoti principali dello stress e costituiscano buoni compagni di strada per affrontare nel migliore dei modi le conseguenze cardiovascolari degli eventi stressanti. Analizzare e divulgare questo modo di intendere gli stili di vita è, in ordine di tempo, l'ultima delle missioni di Cuore & salute.

Una missione polivalente, quindi, quella della nostra rivista, fra epidemiologia e clinica, fra cronaca quotidiana e storia della cardiologia, fra spunti di etica professionale e fattori esistenziali. Una missione capace di indagare sulle infinite dimensioni culturali del cuore e di fornire informazioni e conforto ai malati nei momenti in cui l'ansia rischia di coinvolgere i delicati equilibri del cuore. Sono affezionati lettori di Cuore & Salute anche molti medici, forse perché la rivista offre spesso motivi di conoscenza fra medici e pazienti, parlando di empatia e delle radici psicosomatiche delle cardiopatie. Si arricchiscono così gli orizzonti della professione medica e si recuperano valori etici ed esistenziali. Così come molti articoli di storia della medicina ci hanno consentito di osservare come non pochi degli insegnamenti di Ippocrate abbiano trovato attuale conferma nelle più moderne ricerche di psiconeuroendocrinoimmunologia. Una missione caleidoscopica, quella di Cuore & Salute, all'insegna dell'irrinunciabile globalità della *cultura del cuore*.

Qualche secondo di buonumore

CORSO DI FORMAZIONE per donne [SECONDA PARTE]

Il resto del corso prevede altre tematiche ...

TEMA 1: l'elettronica: questa misteriosa scienza

TEMA 2: tu e l'elettricità: vantaggi economici nell'avere un uomo in casa senza chiamare il tecnico (prevenire è meglio che curare, l'uomo difende sempre il suo territorio)

TEMA 3: ultima scoperta scientifica: il parcheggio senza urtare le auto davanti e dietro (pratica in laboratorio)

TEMA 4: perché non è reato parlare piano quando si discute

TEMA 5: il telefono di casa: non serve per le conferenze con le amiche (esposizione sul tema della generazione spontanea)

TEMA 6: l'inutilità del gossip (teleconferenza con l'Università di Harvard)

TEMA 7: la parrucchiera: perché non è necessario raccontare tutti gli affari di casa (esercizi di riflessione di coppia)

TEMA 8: le donne che guidano possono tranquillamente occupare l'ultima corsia disponibile a destra (testimonianze)

TEMA 9: l'uomo nel posto del passeggero: che cavolo ci sta a fare???

TEMA 10: comunicazione extrasensoriale: esercizi mentali in modo che quando l'uomo agisce non bisogna per forza URLARE come se avessimo commesso chissà quale reato ...

TEMA 11: la suocera (cioè la mamma di lei) va sentita TELEFONICAMENTE massimo una volta alla settimana e NON ogni 5 minuti ...

TEMA 12: la suocera (sempre la mamma di lei) può mettere piede in casa massimo una volta al MESE, possibilmente restando ZITTA E MUTA, senza dover sottolineare ogni 2 secondi le cose che "non vanno" in casa

TEMA 13: la suocera (colei che purtroppo ha generato tua moglie) NON decide i nomi dei figli

TEMA 14: evitare che la suocera influisca nelle decisioni familiari

TEMA 15: l'uomo (inteso come ESSERE ANIMALE) ha dei bisogni derivanti dalla sua natura ... quindi la frase "tesoro oggi mi fa male la testa" detta dopo che Lei è andata dal parrucchiere, dal medico, dalla mamma, dalle amiche NON È CREDIBILE ...

TEMA 16: evitare di fare confronti tra l'ex e l'attuale ... (Lui sapeva fare questo, lui sapeva fare quest'altro) (se l'avete mollato un motivo ci sarà no????)

TEMA 17: il semaforo non serve per truccarsi ...

TEMA 18: rendersi presentabile in meno di 4 ore ...

TEMA 19: riuscire a capire che, se lui guarda un'altra, non è necessario passare subito alle maniere forti (non è detto che ti tradirà proprio con quella)

TEMA 20: imparare a guidare rilassate e non aggrappate al volante come un koala (la tua macchina non scappa, forse)



Norman “Jeff” Holter: l’ultimo scienziato rinascimentale

di Filippo Stazi

Nell’epoca magica del Rinascimento Italiano le personalità di spicco rifugivano da una facile catalogazione. Pensiamo a Leonardo da Vinci. Come lo si può definire? Un pittore? Un poeta? Uno scrittore? Certo, ma anche un matematico, un ingegnere, un inventore e chissà cos’altro ancora. E come lui ve ne erano molti altri che erano pittori ma anche scrittori, scultori ma anche musicisti, ingegneri ma anche medici. La progressiva evoluzione della vita intellettuale dei secoli successivi ha invece spinto l’umanità verso una settorialità sempre maggiore dei ruoli e delle competenze. Nel corso del ventesimo secolo una personalità che si è sicuramente avvicinata alle figure rinascimentali, se non altro per la molteplicità degli interessi e la mancanza di una collocabilità precisa, è stato senz’altro Norman J. “Jeff” Holter.

Nato nel 1914 a Helena, la capitale dello stato americano del Montana, Norman J. “Jeff” Holter aveva ereditato dal nonno, oltre ad una cospicua disponibilità economica, anche la voglia e la capacità di impegnarsi su molti fronti contemporaneamente. Il nonno, infatti, Anton M. Holter era partito dalla Norvegia nel 1854 per giungere negli Stati Uniti d’America ove aveva perfettamente incarnato lo spirito pionieristico americano. Nel giro di pochi anni occupandosi di svariate imprese com-



Norman J. “Jeff” Holter

merciali, nonno Holter aveva accumulato una discreta fortuna economica con interessi che spaziavano dalle attività minerarie alla ferramenta e ai macchinari per la macinazione del grano.

Anche il giovane Jeff si distinse subito per i numerosi interessi che lo contraddistinguevano. A sette anni realizza i primi esperimenti di chimica ed in seguito dirà che “sin da quando sono nato ho sempre disperatamente desiderato diventare un chimico”.

Frequenta le scuole superiori della sua città, il Carroll College, dove la scarsa flessibilità del corpo docente gli impedisce inizialmente di proseguire gli studi in materia perché troppo giovane. Fortunatamente il giovane Jeff ha dalla sua la famiglia (“I miei genitori non mi hanno mai né incoraggiato né scoraggiato ma mi hanno sempre detto fai qualsiasi cosa tu voglia fare”), che in realtà ha fatto nascere in lui la passione per la chimica regalandogli un Natale una confezione del piccolo chimico ed il dottor Emil Starz, un tedesco, proprietario della locale farmacia, che incoraggia apertamente la passione scientifica del ragazzo.

Nel frattempo il giovane Holter continua a coltivare le sue molteplici passioni: la fotografia, la scultura, la musica jazz, il viaggiare e nel 1931, finite le scuole superiori, si trasferisce all'Università della California a Los Angeles dove si laurea in Chimica nel 1937. Nello stesso anno compie un lungo viaggio culturale in Germania per approfondire sia lo studio del tedesco che le sue conoscenze scientifiche. La Germania era allora, sia pure già oppressa dal regime nazista, una delle culle della cultura europea,



Modello 445 mini:
registratore
Holter,
illustrazione da un
opuscolo del 1976

sia umanistica che scientifica. Durante quel periodo, oltre a scoprire le meraviglie delle macchine fotografiche tedesche, una rimessa familiare extra gli consente l'acquisto di una Zeiss Contax f/1.2, rimane impressionato dai traguardi raggiunti dall'industria chimica germanica. I tedeschi, infatti, avevano potentemente accelerato lo sviluppo della chimica per risolvere uno dei loro problemi principali, la mancanza di risorse naturali. Ancora una volta la necessità si confermava madre delle invenzioni. La fusione di scienza e tecnologia era alla base dell'abilità tedesca di sviluppare sostanze chimiche capaci di sostituire quelle risorse naturali di cui il paese era povero. Purtroppo questa capacità industriale quando si combinò con l'ideologia nazista risultò catastrofica permettendo ad Hitler di creare una macchina da guerra senza pari che gli permise di supportare la sua politica espansionistica.

Al ritorno dalla Germania Holter non riuscì ad essere ammesso al prestigioso Massachusetts Institute of Technology come avrebbe desiderato e dovette ripiegare sull'Università of Southern California dove ottenne una seconda laurea in fisica.

Nel frattempo il mondo viene sconvolto dalla Seconda Guerra Mondiale e Jeff si arruola



nella marina americana venendo destinato ad un gruppo di fisici impegnati nello studio delle caratteristiche delle onde. Le sue capacità lo portano poi a far parte del ristretto team di scienziati che conducono i test con le bombe atomiche nell'atollo di Bikini e con le bombe ad idrogeno nelle Isole Marshall. Ciò nonostante per tutta la sua vita Holter sarà sempre fortemente contrario all'uso incontrollato dell'energia nucleare a scopi militari.

Jeff ha infatti alle spalle una dolorosa esperienza familiare. La madre, Florence, è affetta da artrite reumatoide e, provata da continui dolori, è costretta all'uso della sedia a rotelle. La sofferenza della madre incide molto sulla personalità di Jeff e, come per molti altri figli di malati cronici, si traduce nella forte motivazione a tentare di migliorare il benessere degli esseri umani e di alleviarne le sofferenze.

Nel 1947, finita la guerra, Jeff torna a casa, ad Helena e utilizza il patrimonio familiare per creare la Holter Research Foundation il cui obiettivo di fondo è perseguire la ricerca scientifica libera, non ingabbiata da finalità preordinate. Negli anni successivi

utilizza le conoscenze che ha maturato nel campo dell'energia nucleare per "inventare" la Società di Medicina Nucleare termine quest'ultimo da lui stesso ideato per identificare quella specialità della medicina che utilizza i radionuclidi a fini diagnostici e terapeutici. Jeff sarà il presidente della società dal 1955 al 1956.

Jeff nella nativa Helena, cittadina di meno di trentamila abitanti, nel suo laboratorio ricavato in una stazione ferroviaria dimessa, lontano da ogni centro di ricerca medica, si sentiva però solo ed isolato dalla comunità scientifica. Così nel 1964 accetta la cattedra di Fisica all'Istituto di Geofisica e Fisica Planetaria all'Università della California, a San Diego. L'esperienza tuttavia dura poco: le gelosie dei colleghi, il formalismo del mondo accademico, gli schematismi di pensiero lo inducono infatti a ritornare alla sua città natale dove sente di avere un ambiente più favorevole al suo modo di essere e di pensare.

A questo punto della sua vita Jeff aveva però già concepito l'idea che, tra le tante, avrebbe consegnato il suo nome alla posterità: il monitoraggio elettrocardiografico prolungato. L'idea gli venne, riferisce in un'intervista, dall'osservazione dei sondaggi minerari: "Se io prendo una pietra da una montagna" pensava "e la porto a farla esaminare in laboratorio potrei scoprire che la pietra contiene, ad esempio, il 37% di zinco e l'11% di piombo. Questo però non mi autorizza assolutamente a concludere che tutta la montagna presenta la stessa composizione. Una tale conclusione sarebbe assurda. Eppure è proprio quello che succede quando si ese-

gue un elettrocardiogramma: il medico osserva al massimo una quindicina di battiti dei circa 100.000 che ci sono in un giorno e sulla base di questi pochi battiti deduce le sue conclusioni. In aggiunta l'elettrocardiogramma viene eseguito con il paziente sdraiato, immobile, con tutti i muscoli fermi ed il respiro trattenuto. Una condizione, cioè, estremamente differente dalla normale vita quotidiana. La gente" diceva Jeff "scia, si arrampica, cade per le scale, ha incidenti di auto, mangia, beve... È durante tutte queste attività che dobbiamo essere in grado di registrare un elettrocardiogramma!" L'idea non era completamente nuova ma fino ad allora non era stata realizzata per le difficoltà tecniche. Oltre al cuore anche gli altri muscoli ed il cervello, infatti, emettono potenziali elettrici e tutti questi segnali interferiscono con la registrazione dell'attività cardiaca rendendola non interpretabile. Il problema era stato fino a quel momento insormontabile.

Jeff lavorò sodo sulla soluzione del problema insieme a Joseph Gengerelli e nel 1947 creò il primo dispositivo capace di registrare un'attività cardiaca prolungata. Purtroppo il marchingegno, che era costituito da due batterie e da un trasmettitore radio, aveva il non trascurabile difetto di essere molto voluminoso e di pesare 38 kg. A parte questo problema, però, il sistema funzionava. Holter dedicò gli anni successivi a perfezionare la sua invenzione. La svolta si ebbe con l'inizio della collaborazione con Bruce Del Mar e nel 1962 si ebbe la commercializzazione dei primi registratori che sarebbero in futuro stati chiamati Hol-

ter. È singolare che all'inizio le registrazioni elettrocardiografiche non venivano lette bensì ascoltate. Il tracciato elettrocardiografico veniva infatti fatto scorrere molto velocemente e in questo modo produceva suoni differenti a seconda della presenza del normale ritmo sinusale o di battiti anormali. Quando il medico sentiva che l'elettrocardiogramma "suonava male" fermava la registrazione e la andava ad osservare in dettaglio.

Da allora la tecnica della registrazione Holter è andata sempre progredendo. I registratori attuali sono delle dimensioni di un i-pod, utilizzano memorie digitali, sono in grado di monitorare molte derivazioni contemporaneamente e di velocizzare molto la revisione del tracciato da parte del medico ma l'idea di fondo è ancora quella di Jeff Holter. L'enorme successo di questo strumento diagnostico è testimoniato tra l'altro dagli oltre 7000 articoli scientifici che sono stati pubblicati sull'argomento, dall'esistenza di un giornale specialistico dedicato, il *Biotelemetry and Patient Monitoring*, e dalla creazione, nel 1984, un anno dopo la morte di Jeff, dell'International Society for Holter and Noninvasive Electrocardiology (ISHNE).

Nell'angolo sudorientale del Women's Park ad Helena c'è un grande arco in granito. L'arco è stato donato alla cittadinanza proprio da Jeff Holter nel 1982. Sul lato sinistro di questo arco la moglie di Jeff, dopo la sua morte, ha fatto apporre una targa di bronzo. Sulla targa è inciso: "La sola cosa che nessuno ti può portare via è quello che tu sai". Nessun epitaffio di Norman J. "Jeff" Holter poteva essere migliore.

Il vecchietto... dove lo curo?

Bei tempi, si fa per dire, quando la terapia dell'infarto ci impegnava poco, si stava più a guardare che a curare. Il riposo a letto era il rimedio principale e durava non meno di un mese. Il vecchietto poi, sopra gli ottanta, veniva quasi saltato nella visita in corsia, in fondo non si lamentasse, aveva già raggiunto un buon traguardo, beato lui! Oggi, tutto è cambiato, la sola avvisaglia di infarto muove una specie di macchina da guerra: l'ambulanza a sirene spiegate, con defibrillatore e personale addestrato a bordo, approntamento fin dal pronto soccorso della sala di emodinamica per stappare la coronaria colpevole, la culprit come dicono gli esperti; terapie fibrinolitiche e antiaggreganti, monitoraggio in Unità Coronarica, quasi un infermiere per letto, tutto pronto per qualsiasi complicazione, anche la cardiocirurgia. Mentre la spesa sanitaria schizzava a livelli che i direttori delle ASL non avrebbero mai immaginato



quando con orgoglio avevano inaugurato quel complesso salvavita. Ci fu un periodo in cui si tentò di deviare il vecchietto nei reparti di lungodegenza condannandolo alle sue difese naturali, ma poi la giusta protesta dei familiari e l'etica hanno prevalso. Anche perché con l'aumento della vita media molti hanno cominciato a proiettare sé stessi in quella malaugurata evenienza. E per fortuna, nel frattempo,

sono giunti a dare man forte alla buona medicina i nuovi risultati clinici, che hanno confermato i benefici della terapia interventistica anche oltre certe età. Perfino dopo i 90, come dimostra uno studio recente compiuto nel Medical Center di Augusta, negli USA, dove sono stati seguiti per cinque anni, senza discriminazioni incontrollate, ben 34.000 infarti ultragoenni. Naturalmente il 71.3% erano donne. Registrando alla fine di questa osservazione che l'intervento con lo stent per recuperare il danno infartuale si era raddoppiato e la mortalità significativamente ridotta rispetto all'inizio. Come era da aspettarsi anche le tecniche e la selezione dei malati si sono nel frattempo raffinate, con minore rischio per loro e una spesa più contenuta per la sanità.

E.P.

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

Association between proximal stent edge positioning on atherosclerotic plaques containing lipid pools and postprocedural myocardial infarction (from the CLI-POOL Study)

The American Journal of Cardiology, in stampa



Il posizionamento dello stent su un deposito lipidico aumenta il rischio d'infarto postprocedurale

Fabrizio Imola, Michele Occhipinti, Giuseppe Biondi-Zoccai, Luca Di Vito, Vito Ramazzotti, Alessandro Manzoli, Alessandro Pappalardo, Alberto Cremonesi, Mario Albertucci, Francesco Prati

Intervista di **Filippo Stazi**

Ciao Fabrizio. È in corso di pubblicazione sull'American Journal of Cardiology il CLI-POOL, un interessante studio condotto dal Centro per la Lotta contro l'Infarto di cui tu sei il primo autore. Da quali presupposti siete partiti nell'ideazione di questa ricerca?

Siamo partiti dalla consapevolezza che si sta sempre più affacciando in letteratura l'ipotesi che le lesioni coronariche ricche di pool lipidici una volta trattate con l'impianto di stent possono presentare un aumentato rischio di eventi sfavorevoli, sia angiografici che clinici tipo no-reflow, embolizzazione distale o infarto miocardico.

E voi, quindi, cosa avete ipotizzato?

Noi abbiamo ipotizzato che il posizionamento dell'estremità prossimale dello stent in corrispondenza di un pool lipidico possa associarsi con l'infarto miocardico postprocedurale indipendentemente dalle altre caratteristiche angiografiche della lesione.



Fabrizio Imola

In che modo siete riusciti ad individuare la presenza o meno di tali depositi lipidici?

Grazie all'ausilio dell'OCT, la tomografia a coerenza ottica, una nuova metodica di imaging coronarico di cui molte altre volte si è parlato nelle pagine di questa rivista.

Quali e quanti pazienti avete incluso nello studio?

Abbiamo considerato 15 pazienti sottoposti ad impianto di stent per lesioni coronariche singole, non coinvolgenti il tronco comune, che hanno sviluppato un infarto miocardico postprocedurale ed altrettanti soggetti con caratteristiche analoghe ma senza l'occorrenza di necrosi dopo la rivascolarizzazione.

Che risultati avete ottenuto?

Il dato più significativo che abbiamo messo in evidenza è che il rischio d'infarto postprocedurale è significativamente più alto in quei soggetti in cui l'estremità prossimale dello stent viene posizionato su un pool lipidico.

È possibile dare una spiegazione a tale dato?

Ancora no anche perché il nostro studio era

di limitate dimensioni ed aveva l'intento di generare ipotesi piuttosto che di dare risposte. Tale risultato andrà comunque tenuto in considerazione ed approfondito in successive e più ampie sperimentazioni.

Perché è importante cercare di identificare quei fattori che possono associarsi con un aumento del rischio d'infarto postprocedurale?

Perché l'occorrenza di un infarto miocardico dopo una procedura di rivascolarizzazione, anche quando è di piccole dimensioni, sembra comunque peggiorare la prognosi del paziente sia nel breve che nel lungo periodo.

Qualora il risultato del vostro studio venisse confermato quali ricadute pratiche potrebbe avere?

Ad esempio potrebbe suggerire di valutare con attenzione la sede di posizionamento dell'estremità prossimale dello stent. In caso di presenza di depositi lipidici la completa ricopertura degli stessi, ottenibile posizionando stent più lunghi o utilizzando un ulteriore stent, eviterebbe che l'estremità prossimale venga applicata sul pool lipidico. In questo modo si può ridurre il rischio infartuale.

L'esame obiettivo è in dimissione?

di Alberto Dolara



La risposta a questa domanda, tanto più interessante in quanto proviene da un mondo sanitario ipertecnologizzato qual è quello degli Stati Uniti, si ritrova in un'attenta lettura di articolo dal titolo "The demise of the physical exam", (l'abbandono dell'esame obiettivo), a firma di Sandeep Jaugar, professore in medicina al *Long Island Jewish Medical Center di New York*. Pubblicato sul *NEJM* alcuni anni fa (2006;354:548-51), conserva ancora il suo significato attuale. Esiste davvero il pericolo che l'esame obiettivo, ritenuto fin dai tempi remoti della pratica medica una tappa fondamentale per il processo diagnostico, venga oggi del tutto abbandonato compresso com'è tra la ineludibile necessità della raccolta dell'anamnesi e lo strapotere delle indagini strumentali?

La chiave di lettura dell'articolo si trova nell'incipit: l'Autore riporta un errore compiuto da studente il cui ricordo lo insegue nella vita professionale adulta. Gli era stato richiesto di misurare la pressione arteriosa di un paziente ricoverato d'urgenza per un dolore toracico intenso ed aveva riscontrato l'assenza di valori pressori nel braccio da lui esaminato; in quello controlaterale la pressione risultava invece elevata. Ritenendo ciò fosse dovuto ad una sua scarsa esperienza in materia di rilevazioni pressorie, non aveva comunicato tale re-



Sala visita a metà del XX secolo.
Otis Historical Nat'l Museum of Health & Medicine

perto al medico che guidava l'équipe e la diagnosi conclusiva era stata di un attacco coronarico acuto. Il paziente decedeva il giorno successivo per dissezione aortica responsabile della differenza di pressione tra i due arti superiori e l'idea che la segnalazione del reperto ed un intervento chirurgico tempestivo avrebbero potuto salvare il paziente non aveva più abbandonato l'autore. Secondo Jaugar una serie di motivazioni, del tutto condivisibili, possono giustificare l'abbandono dell'esame obiettivo: quella principale è dovuta al fatto che i medici non si sentono a loro agio con l'incertezza, temono le osservazioni soggettive ritenendo, a torto, che la medicina sia una scienza assoluta. Per esempio se l'esame obiettivo permette di far diagnosi di ernia discale con il 90% di probabilità vi è una irresistibile urgenza a fare una costosa risonanza magnetica per ridurre la differenza diagnostica. Anche le preoccupazioni medico-legali, la cosiddetta "medicina difensiva", possono influire su questo comportamento, ma l'altra l'obiezione, ritenuta fondamentale dall'Autore, è il ritenerlo superato dalle indagini strumentali e oggi considerarlo una perdita del tempo prezioso a disposizione del medico. Divenuto docente di semeiotica fisica, cita in proposito un episodio avvenuto durante la visita in corsia: di fronte ad una paziente con blocco atrio-ventricolare, fa presente agli studenti che un certo dottor Karel Wenckebach, olandese del 19mo secolo, aveva scoperto questo tipo di aritmia esaminando le pulsazioni venose ed arteriose del collo. Il commento degli studenti è eloquente: uno gli fa osservare "ma

oggi possiamo fare un ECG!", e un altro "e chi ha tempo di fermarsi nell'osservazione del collo di un paziente?"

Quest'ultima affermazione merita tuttavia un commento: dopo tanti anni di attività clinica sono arrivato ad una conclusione diversa, cioè che un esame obiettivo completo, testa-piedi per intendersi, non richiede molto tempo, valutabile in alcuni minuti in media. Sono indispensabili ovviamente esperienza clinica, spirito di osservazione ed anche un continuo allenamento. Inoltre se le modalità sono quelle classiche insegnate agli studenti di medicina lo specialista si concentrerà sui problemi esposti dal paziente con particolare riguardo alla disciplina che lo riguarda. Alcuni suggerimenti pratici possono essere utili, come per esempio l'opportunità di effettuare un esame obiettivo completo se il paziente viene esaminato per la prima volta oppure a distanza di tempo, senza necessariamente ripeterlo nei controlli successivi quando, per valutare un programma diagnostico o terapeutico, può essere sufficiente un colloquio.

Che l'osservazione debba essere completa e non limitata ad alcune parti del corpo lo dimostrano i molteplici esempi derivanti dalla corrente pratica clinica: se un paziente giovane si presenta con una diagnosi d'ipertensione arteriosa di natura da determinare la presenza di una coartazione aortica può sfuggire se non si palpano le arterie femorali; allo stesso modo con l'esame del cavo orale o del collo si possono evidenziare la presenza di carie dentarie estese o di noduli tiroidei causa di gravi turbe del ritmo; il riscontro di una fle-

bo-trombosi degli arti inferiori può rendere ragione di dispnea o episodi sincopali non spiegabili. Ricordo a questo proposito il caso di una paziente venuta a morte in ospedale tanti anni fa con diagnosi di sincopi ricorrenti di etiologia indeterminata. In sala di necropsia la diagnosi fu subito evidente: il colore violaceo intenso di tutto un arto inferiore, espressione di una flebo-trombosi estesa, evidentemente non osservata durante la degenza e responsabile delle sincopi inspiegate e dell'embolia polmonare mortale, spiccava sul marmo bianco dell'obitorio. D'altra parte in quel periodo, era la fine degli anni '50, l'esame obiettivo in corsia veniva eseguito con i pazienti seduti sul letto e gli arti inferiori rimanevano talora coperti, vuoi per risparmiare tempo vuoi per evitare un'esposizione eccessiva delle nudità, in particolare nelle pazienti.

Nessuno mette in dubbio le notevoli limitazioni dell'esame obiettivo rispetto agli esami strumentali: per quanto riguarda l'ascoltazione del torace diversi studi confermano la sua modesta capacità di predire la presenza di una polmonite e di fornire dati consistenti, anche da parte di esaminatori esperti, se confrontata con un esame radiografico del torace. Sull'ascoltazione del cuore pesano le carenti performance ascoltatorie degli studenti e dei medici, spesso incapaci di apprezzare importanti reperti rappresentati per esempio dai soffi diastolici, facilmente rilevabili all'ecocardiogramma. La palpazione dell'addome viene ritenuta di scarso valore diagnostico per la

diagnosi dell'aneurisma dell'aorta addominale rispetto all'esame ecografico ed alla TAC e la palpazione del fegato non rivela certamente i dettagli forniti dall'esame ecografico.

Due innegabili vantaggi depongono tuttavia a favore dell'esame obiettivo: diversamente da strumenti diagnostici ad alta tecnologia può essere praticato in ogni luogo ed essere usato per fare osservazioni serie. Vi è infine nella esecuzione di un esame fisico una componente che incide notevolmente sul rapporto medico-paziente: essendo il tatto, l'udito e la vista oltre alla parola, un mezzo innegabile per trasmettere empatia, omettere l'esame obiettivo, fare a meno della "imposizioni delle mani", dedicare tempo solo all'osservazione degli esami o allo schermo di un computer, significa trascurare manovre che possono notevolmente aumentare il rapporto positivo medico - paziente.

Al termine dell'articolo del NEJM sopraccitato l'Autore riprende l'incipit: riferisce di avere un atteggiamento lievemente scettico sull'esame obiettivo nella sua pratica clinica, ma quando è in veste d'insegnante, sottolinea l'importanza dei reperti obiettivi ed il loro significato ed esorta gli studenti ad applicarsi con rigore alla loro rilevazione. E come gli ha insegnato l'errore iniziale, ammonisce: *non potete mai sapere se l'esame obiettivo non contenga una chiave di lettura d'importanza vitale*. Un messaggio da tener presente in un'epoca in cui vi è il pericolo che scompaia l'interrogativo anche dal titolo di questo articolo.

Chiamate i carabinieri 2.0

A chiusura dell'articolo "Chiamate i carabinieri! Scusate ma voglio essere politicamente scorretto" avevamo sollecitato l'intervento di medici e pazienti relativamente al tema oggetto dell'articolo: ossia i limiti dei diritti e dei doveri dei pazienti e quindi, di riflesso, dei medici.

In questo numero pubblichiamo i primi due contributi (purtroppo ridotti per esigenze redazionali) giunti in redazione, uno di un paziente e l'altro di un medico.



Lo scrivente ha iniziato a lavorare quando esisteva solo il dovere. Poi con il tempo è subentrato il diritto e quindi coesistevano il dovere e il diritto. È risaputo che l'uomo si evolve quindi, dopo il diritto e il dovere, si è passati a prima il diritto e poi il dovere e, infine, a solo diritti.

Il paziente e i suoi famigliari si sono sentiti defraudati dei loro diritti e si sentivano in DIRITTO di fare le loro rimostranze. Il DOVERE di appurare il perché non ha nessuna rilevanza. Non esiste più il dovere perché ha chiesto di espatriare lasciando i suoi assistiti consapevoli di essere nel giusto.

È stato molto esauriente il medico che ha scritto di recente su Cuore & Salute del cambiamento abissale del rapporto medico paziente dai tempi del medico condotto ad oggi. È cambiato anche il paziente che ritiene il medico una persona a sua completa disposizione. Il paziente non vuol sapere come il sanitario ha passato la giornata, le sue difficoltà ed i suoi problemi perché a lui interessa solo il suo EGO.

Un'ultima riflessione: chi è stato preposto a dare la notizia che l'intervento era rimandato? È molto importante il modo in cui è stato riferito.

Faccio un esempio: poniamo che l'ambasciatore, da perfetto burocrate, abbia detto solo che l'intervento era rimandato, senza dare nessuna spiegazione. I parenti avranno

magari replicato per avere delle delucidazioni e lui in burocratese potrebbe aver risposto “non so; rivolgetevi a chi di dovere. Arrivederci”. Se ciò fosse accaduto sarebbe allora più che giustificata la reazione del paziente e dei suoi famigliari. Chiudo dando il consiglio che mio padre dava a me: “fai il tuo dovere e ti troverai sempre bene nel tuo intimo!”.

Distintamente

Ernesto D.B., Latina (paziente)

Mi unisco all'amarezza provata da tanti di noi per la mancata riconoscenza e la non considerazione della preziosa opera spesso svolta.

Purtroppo i tempi sono questi: la classe medica, in particolare chi opera direttamente, è sottoposta ad attacchi evidentemente clientelari di chi trova facile sbattere il mostro in prima pagina sotto lo slogan della malasana e di chi lucra sulla pleora di procedimenti giudiziari ricavandone benefici economici.

La politica e gli Ordini dei Medici, oltre ai sindacati di categoria, sono colpevolmente silenti.

A mio modesto avviso i correttivi sarebbero una campagna di stampa non denigratoria ma che esalti i successi della nostra medicina, le tante eccellenze e i pochi difetti costituzionali; la depenalizzazione dell'atto medico e l'obbligo al risarcimento da parte di chi perde il dibattimento, denunciato o denunciante.

Ad ogni modo teniamo duro che la strada di molti di noi è quella giusta.

Cari saluti.

Massimo P., Figline Valdarno (medico)

Lettere a Cuore e Salute

D. A proposito di piante e farmaci dimenticati

Ho letto con interesse l'articolo di Massimo Pandolfi dal titolo "piante e farmaci dimenticati".

Mi sia consentito di esprimere qualche perplessità sul racconto dell'eccezionale scoperta dei benefici effetti dello strofanto sul cuore ad opera del reverendo Orazio Waller e del suo amico Dr. Kirk. A tutti è infatti noto che il Kombetin è poco o niente assorbito a livello gastrointestinale e per risultare efficace deve venire somministrato per via intramuscolare (con il rischio però di deposito) o meglio endovenosa. Credo di poter affermare che in Italia la nostra Scuola (quella del prof. Luigi Condorelli) è stata forse la prima se non l'unica a fare regolare uso nell'immediato



Pianta dello Strofantio

dopoguerra di questo straordinario farmaco, alla dose in genere di 1/16 o di 1/8 di mg al massimo per volta, ogni 8-12 ore per via endovenosa senza il rischio a questi dosaggi di eventuali complicanze, specie aritmiche.

Ricordo che per questo timore la maggior parte dei medici rifiutava di praticare l'iniezione endovenosa di Kombetin o di altro analogo preparato, così che in quell'epoca come cardiotonico veniva di solito usato l'estratto di foglie di digitale, di dubbia efficacia per il suo incerto assorbimento per via orale. Ed è solo con l'avvento della digossina per bocca che la strofantina è stata definitivamente abbandonata nella terapia cardiologica corrente e che la terapia cardiocinetica è entrata nell'uso comune.

Molti cari saluti a voi e Pandolfi.

Mario Sangiorgi, Roma

R. Ho apprezzato l'attenzione del professor Sangiorgi sul mio articolo, attenzione della quale lo ringrazio. Devo comunque esprimere anch'io alcune perplessità sulle sue osservazioni. Al di là del tono volutamente romanzesco con cui scrivo i miei articoli, esiste una documentazione storica su cui è basato l'articolo.

Nicola Latronico (Il cuore nella storia della Medicina) affermava che fu lo stesso Kirk a beneficiare dell'effetto del Kombé, mentre Ernesto Riva (Accademia Italiana della Storia del farmaco) attribuisce l'evento a Waller. Entrambi (Waller e Kirk) sono citati nei diari di Livingstone, della cui spedizione sullo Zambesi fecero parte.

R. Coupland ne parla estesamente nel suo testo (Kirk on the Zambesi, Negro Universities Press, New York).

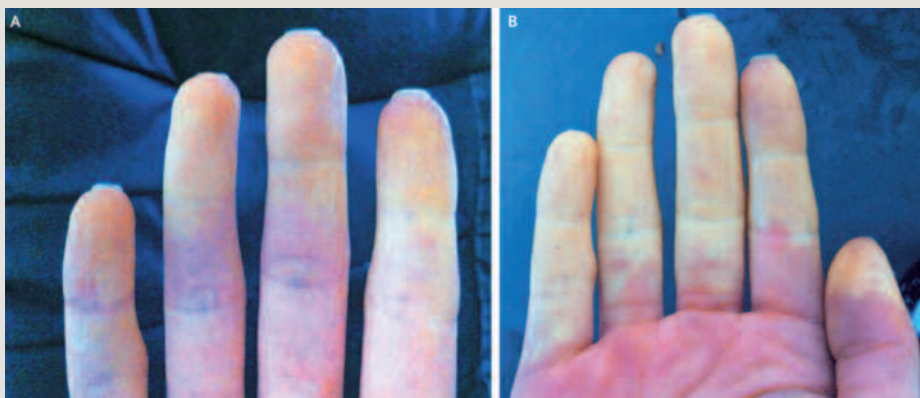
Quanto all'inefficacia per via orale, mi permetto di dissentire. Il Kombetin fu preparato dalla Boehringer Mannheim per endovenosa per le sue caratteristiche farmacodinamiche e farmacocinetiche, non certo per l'assorbimento che, trattandosi di un glicoside, non era molto diverso da quello della Digitalina Nativelle, del Cedilanid (deslanoside C) o della betametildigossina o dell'ultima sopravvissuta della famiglia, cioè la digossina. Il problema della digitale era (e resta) lo strettissimo margine tossico-terapeutico. Con affetto.

Massimo Pandolfi

D. La malattia di Raynaud

Gentile Cuore e Salute,
ho quasi 30 anni e da qualche inverno soffro molto il freddo alle mani, che facilmente mi formicolano e diventano pallide, qualche volta anche mi dolgono. Devo stare attenta all'acqua fredda e a non dimenticare i guanti. Il medico mi ha detto che ho la malattia di Raynaud e che devo solo ripararmi dal freddo perché non ci sono cure. Ho cercato di chiedergli qualcosa di più ma lui è stato sbrigativo come se la cosa non fosse importante. Ho cercato nelle enciclopedie e invece lì parlano anche di malattie serie, come il lupus e dicono che si tratta di un problema circolatorio. Vi chiedo cortesemente se devo fare qualche accertamento e se devo temere peggioramenti.
Complimenti per la rivista e cordiali saluti.

Lucilla S., Pavia

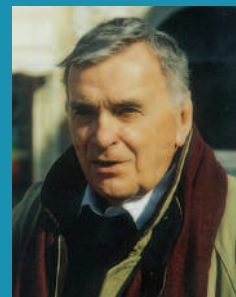


R. Gentile signora Lucilla,
il suo medico ha fundamentalmente ragione, la sindrome di Raynaud è nella stragrande maggioranza dei casi più un disturbo innocuo che una vera malattia ma, dati l'ovvia ignoranza del pubblico e il nome francese che fa sempre una certa impressione, forse avrebbe dovuto darle qualche spiegazione in più. Maurice Raynaud era in realtà un distinto medico degli Hopiteaux di Parigi nella seconda metà del 1800,

il quale non scoperse grandi cose se non questo originale disturbo che colpisce soprattutto le donne giovani fra i 20 e i 40 anni. Le mani di queste sventurate, che tuttavia non sono moltissime, quando d'inverno vengono esposte al freddo diventano pallide, possono poi virare verso il bluastro (cianosi) e finire con un arrossamento e con formicolii. È un disturbo molto fastidioso che può arrivare fino al dolore, come lei ha riferito. È dovuto allo spasmo delle piccole arterie che portano il sangue alle mani ed è causato da una eccessiva azione del sistema simpatico che regola il restringimento e la dilatazione di questi vasi. Perché le donne? Sono state fatte varie ipotesi, da quella ormonale a quella psicologica (emotività) e anche anatomica, che ha dimostrato come le arterie di lei sono più piccole rispetto a quelle di lui. La terapia è quella che ha suggerito il suo curante: far passare l'inverno e proteggersi, soprattutto dall'acqua fredda. Per certi casi si rendono necessari alcuni farmaci vasodilatatori, raramente l'intervento del chirurgo sui gangli simpatici. Nella mia lunga esperienza di medico ho visto un solo caso grave, un uomo 70enne, strenuo fumatore, che dovette fare operare per evitargli conseguenze gravi. E qui mi corre l'obbligo di sottolineare che la nicotina è un potente vasocostrittore e che il fumo facilita la malattia di Raynaud. Quanto all'enciclopedia che lei ha consultato, la voglio lasciare per ultima per non allarmarla. In effetti esistono malattie più "serie", come la sclerodermia, il lupus e certe artriti reumatoidi, che si possono accompagnare al fenomeno descritto da Raynaud ma nelle quali questo disturbo è secondario rispetto alla malattia di fondo. Sono certo che il suo medico ha visto che lei è ben lontana da queste patologie e che non avrebbe problemi se visse ai Caraibi. Con i più cordiali saluti.

Eligio Piccolo

Quaderno a Quadretti



di Franco Fontanini

La guerra più lunga

Secondo gli storici fra le innumerevoli guerre che hanno insanguinato il nostro pianeta, la più lunga sarebbe quella fra Francia e Inghilterra combattuta fra il 1338 e il 1454 e passata alla storia come la “guerra dei cento anni”, che durò esattamente 115 anni senza interruzioni. La Guerra Santa, dalla prima all’ultima crociata, si protrasse più a lungo, complessivamente 196 anni, ma ebbe numerose tregue per cui è stata esclusa dalla graduatoria.

Lo storico svizzero Babel ha precisato che dal 3500 a.C. ad oggi al mondo vi sono stati solo 292 anni senza guerre.

Non si è tenuto conto però di un altro conflitto, questa volta incruento, tra sostenitori e nemici del vino, in corso, secolo più secolo meno, da cinque millenni e in cui ancora si discute, quasi fosse un argomento di attualità, se il vino sia da considerare un alimento, una medicina naturale o una droga tossica.

Per certo si sa che dosi elevate fanno male soprattutto al fegato e al cervello, mentre le proprietà benefiche attribuite a dosi moderate non sono mai state completamente dimostrate. Vide giusto Aldous Huxley quando disse che Noè fece una scoperta che ha fatto epoca.



Negli ultimi cinquant'anni il consumo di vino è molto aumentato in gran parte del mondo, particolarmente negli USA, in Australia e soprattutto in Russia, dove la crescita ha superato l'80%. Molti paesi ci invidiano il primato che per lungo tempo è stato alternativamente diviso tra italiani e francesi. In Italia recentemente l'esportazione di vino è diventata una delle più fiorenti industrie.

Per la prima volta, da qualche anno, importiamo anche vino. Eccezion fatta per la condanna dell'abuso fra i giovani diventato un problema sociale, dal punto di vista medico la recente ripresa delle dispute pro e contro il vino appare poco giustificata, anche perché molte accuse sono lungi dall'essere dimostrate e non mancano i sospetti che conflitti commerciali abbiano preso il sopravvento su quelli sanitari.

Numerosi gli studiosi che parlano di "eccesso di prevenzione".

La dieta mediterranea ha molto contribuito a diffondere il vino nei paesi anglosassoni dove l'infarto ha cominciato contemporaneamente a calare, ma la totale uniformità di giudizi sul vino non sembra prossima.

Il "paradosso francese" sorprese tutti perché i francesi, spesso in testa alla classifica dei bevitori, sono agli ultimi posti fra le vittime dell'infarto in Europa, a dispetto del burro, del foie gras e dei tanti formaggi che mangiano in abbondanza. L'effetto non sarebbe dovuto all'alcol perché non viene ritrovato fra gli inglesi che bevono altrettanto alcol come whisky e birra.

Perfino i cinesi che in un lontano passato condannarono all'esilio il primo che pian-



tò la vite in Cina, preoccupati dalla crescita delle malattie coronariche, nonostante la loro bassa colesterolemia, si stanno convertendo al vino.

Il primo medico, Ippocrate, fu anche il primo a prescrivere una moderata quantità di vino e San Paolo, in una lettera, consigliò, come è scritto nella Sacra Scrittura, di non usare per *l'innanzi acqua sola ma un po' di vino per far meglio funzionare lo stomaco e per le più frequenti infermità respiratorie*. Negli ospedali romani del '600 la *zuppa di vino rosso e un bicchiere di bianco dei Castelli* erano di rigore.

Nel Corano è scritto che il vino non ha nessuna proprietà curativa e si vieta a tutti i mussulmani. La maggioranza dei medici del Medioevo e del Rinascimento erano sfavorevoli al vino, Federico I faceva mozzare l'orecchio agli ubriachi recidivi e Federico V fondò la prima società della temperanza. Nessuno di questi provvedimenti dette mai risultati positivi, l'ultimo fallimento fu il proibizionismo nordamericano che

venne abrogato per le conseguenze nefaste di altro genere.

Non è facile dire quanto si può bere senza correre rischi, non sappiamo infatti perché la cirrosi epatica colpisca meno della metà degli alcolisti, perché molti forti bevitori raggiungono l'età avanzata, né perché la cardiomiopatia alcolica colpisce solo pochissimi bevitori.

Il fegato metabolizza in un'ora 0,15 grammi di alcol per ogni chilo di peso corporeo, per cui, convenzionalmente, si dice che un uomo di settanta chili può bere senza rischi fino a 80 grammi di vino di undici gradi al giorno. Nella donna, più vulnerabile, il limite sarebbe di 40-50 grammi, limiti che molti ritengono troppo elevati, ignorando che Santa Giovanna d'Arco beveva come un contadino lorenese.

Devono astenersi dal vino gli ammalati di fegato, coloro che hanno l'ulcera gastrica, le gravide e coloro che prendono psicofarmaci, oltre a coloro che soffrono di aritmie cardiache, scompenso, ipertensione o che vo-

gliono perdere peso perché un grammo di alcol contiene quattro calorie anche se si tratta di calorie "nude", cioè di scarso valore nutritivo. Anche se si parla meno di "holiday failure", l'insufficienza cardiaca che colpisce gli americani durante il weekend, i nemici del vino non demordono, come non riconoscono che l'azione degli antiossidanti contenuti in due bicchieri di vino rosso sembra ridurre l'incidenza dell'infarto miocardico. Ma la guerra non si conclude, alcuni anni fa tre università canadesi, Ottawa, Toronto e Montreal hanno iniziato contemporaneamente indagini epidemiologiche per accertare le possibili correlazioni tra consumo di vino e incidenza dei tumori del seno nelle giovani donne, che sarebbe l'ultimo motivo di guerra.

Ancora non si conosce alcun dato, ma non si può dimenticare che oltre vent'anni fa fu proprio il Canada a ritirare dal commercio la saccarina con l'accusa di essere responsabile dell'accresciuta frequenza del tumore all'utero, che risultò priva di fondamento. Quando fu riammessa in commercio trovò il mercato occupato da un edulcorante made in Japan.

Si tratta di un bruttissimo esempio di guerra commerciale probabilmente non isolato. L'OMS nei confronti del vino è sempre stata molto cauta per motivi di vario ordine e soprattutto per difficoltà di fare chiarezza nella pletora delle ricerche pro e contro il vino che prosegue senza tregua.

Il gorilla non ama le diete

La scimmia antropomorfa, sebbene sia il primate più rassomigliante all'uomo se non



Università di Toronto



suo ascendente, ha contribuito ben poco al progresso della medicina.

Gli esempi più noti sono stati esecrati unanimemente, basti pensare a Voronoff, il primo trapiantatore di organi: castrava gli scimpanzé per conferire una protratta giovinezza ai suoi clienti. Per disporre di testicoli a sufficienza per tutte le richieste, mise su un allevamento di scimmioni a Montecarlo, nei pressi del castello Grimaldi, e gliene derivarono guai a causa di uno scimpanzé luetico.

Un altro caso ancor più deprecabile e più assurdo fu il trapianto del cuore di un babuino ad un neonato in un ospedale californiano. Dopo tanti film fantascientifici adesso sugli scimmioni vengono sperimentati sieri che hanno dato qualche lontanissima speranza di poter contrastare l'Alzheimer e si torna anche a parlare del cuore del gorilla per un esperimento non drammatico e che, molto verosimilmente, non porterà a scoperte rilevanti. Una dottoressa del Cleveland zoo ha rilevato che i gorilla in cattività vanno incontro a morte

prematura per malattie cardiocircolatorie e la causa principale sarebbe, a suo avviso, il rilevante sovrappeso rispetto a quelli che vivono in libertà nelle foreste africane. La dottoressa ha iniziato un'indagine per accertare se nel loro cuore siano rilevabili le stesse alterazioni che si osservano nell'uomo e se una dieta ipocalorica che faccia perdere l'eccesso di peso, riduca le alterazioni e contrasti la precoce ipermortalità. Niente di sorprendente, la sola novità è l'inversione del percorso rispetto alle indagini condotte fino ad oggi. Nulla da eccepire dal punto di vista di uno zoologo che si preoccupa di accertare se ciò che nuoce all'uomo sia nocivo anche per la scimmia e se i risultati che si ottengono con le cure nell'uomo siano trasferibili alle scimmie. Il cuore dello scimpanzé e dell'orango sorprendentemente è meno conosciuto di quello dell'uomo, il motivo principale è sempre stata la rarità nei nostri laboratori degli scimmioni che non si sono mai adattati a vivere in Europa al punto che fino al 1920 si riteneva impossibile ospitare scimmie antropomorfe nei giardini zoologici perché, nonostante tutti i riguardi, non resistevano alla cattività.

Il primo gorilla giunto in Inghilterra nel 1870 sopravvisse per qualche settimana. Alla stessa sorte andarono incontro tutte le scimmie di grossa taglia portate in Europa. La sola eccezione ci fu nel 1887, grazie ad un'eccentrica signora britannica che portò a Londra un grosso gorilla africano che si adattò, divenne popolarissimo quando usciva di casa, sempre in compagnia della sua protettrice, bloccava il traffico nel-



le vie londinesi, si diceva che mangiava al tavolo con la signora, dormiva in un letto separato, era esibizionista e che, a richiesta, si dava pugni sul petto come i lottatori di wrestling, applaudiva e salutava con le grosse mani.

Altro non si sa perché la protettrice si oppose ostinatamente a sottoporlo ad esami di qualunque genere, divieto che dette origine a qualche pettegolezzo.

Gli zoologi non seppero spiegare come un animale abituato a vivere con l'uomo dal tempo degli egizi, che lo trattavano con grandissimo rispetto fino ad erigere in suo onore alcuni templi dove potesse isolarsi a

meditare e forse a pregare, scaltro nell'evitare i pericoli, capace persino di gelosia nei confronti della sua compagna e che ricopriva i suoi morti con cumuli di terra, rami e foglie, fosse così refrattario alla vita in Europa e in America.

Anche nei migliori zoo diventa pigro, indifferente, depresso, fino a morire.

La sola causa, secondo la promotrice dell'ultima indagine, era nell'alimentazione. In libertà si nutriva esclusivamente di vegetali con la sola eccezione stagionale di qualche uovo di uccello, mentre negli zoo mangiava moltissimi biscotti speciali preparati appositamente: diveniva indifferente a tutto meno che ai suoi biscotti ricchissimi di calorie che lo facevano aumentare di peso.

Adesso ventidue gorilla di giardini zoologici americani scontano la loro golosità e sono sottoposti, loro malgrado, ad una dieta rigorosamente vegetale, ipocalorica e ipolipidica, come gli uomini obesi, ipercolesterolemici e diabetici, molti la rifiutano e perché non muoiano spesso debbono essere riportati alla loro alimentazione naturale.

Un “Amplifon” per l’angina del vecchio?

di Eligio Piccolo

Il dolore al petto, quello che ci mette in allarme per il cuore, ha come si sa una lunga storia: lo conoscevano gli antichi, ma l’ha precisato meglio un medico inglese del ‘700, il quale lo descrisse così bene che nemmeno i clinici attuali, privilegiati da tante sofisticate conoscenze, ne hanno potuto cambiare in meglio la descrizione. È un dolore purtroppo che, fuori dai casi tipici, la minoranza, ha tali e tante limitazioni, quali le variabilità di tipo e di sede, la confusione con altre origini e perfino la sua levità o assenza, da rendere spesso difficile la diagnosi. Ed è proprio a causa di questo possibile errore che i Pronto Soccorso si trovano intasati da tanti falsi positivi, ossia di pazienti che hanno più ansia o altre cause che male alle coronarie, ma che tuttavia devono essere trattenuti onde completare gli accertamenti prescritti dalle linee-guida.

Le ricerche cliniche, inoltre, attuate per capirlo meglio ci hanno insegnato che il dolore anginoso cronico, quello che non minaccia l’infarto, ma che compare durante un certo sforzo, può con il tempo migliorare, non solo grazie alla terapia, ma anche ai meccanismi di compenso che le coronarie riescono a sviluppare. A complicare ulteriormente questo quadro diagnostico complesso, che lascia il giovane medico smarrito e l’an-



ziano, invece, scafato ma pur sempre guardingo, s'è aggiunta una ricerca tedesca, capeggiata da *Harald Rittger* dell'ospedale di Coburgo, dalla quale risulta che i coronaropatici di età superiore ai 70 anni hanno una minore percezione del dolore anginoso rispetto a quella dei meno anziani. Come l'hanno potuto verificare? Semplice, con la stessa tecnica usata molti anni fa per vedere in che modo si modificava l'elettrocardiogramma (ECG): tappando i differenti rami coronarici mediante il palloncino usato per l'angioplastica. Anche allora si era potuto precisare che il dolore compariva tardi, dopo le alterazioni dell'ECG, e con tempi diversi secondo il ramo temporaneamente occluso. A quel punto e con le

tante conoscenze non fu difficile intuire che la sensibilità al dolore variava da soggetto a soggetto, le donne pare più sensibili degli uomini. Ma che la vecchiaia ci penalizzasse anche in questa specie di "anestesia", quando dovremmo invece essere privilegiati da un allarme più tempestivo, speravamo non fosse così evidente come quella ricerca ha documentato.

Da molti anni la tecnologia ci ha fornito una specie di pacemaker capace di ridurre il dolore anginoso in chi è troppo penalizzato, con risultati peraltro molto discutibili; speriamo che a nessuno venga in mente di costruirne uno che a guisa della ipoacusia senile programmi l'aumento della sensibilità al dolore anginoso nei vecchi.

Gli americani si preparino al peggio

Se il buongiorno si vede dal mattino i futuri yankee dovranno raddoppiare o quasi la loro spesa sanitaria negli anni a venire. Lo predicono i molti studi che a più riprese hanno documentato come il comportamento dei giovani ricade sulla loro salute futura, e lo preannuncia la survey attuale dell'American Heart Association, una specie di FIC (Federazione Italiana di Cardiologia), che ha raccolto fra il 2005 e il 2010 le abitudini di un gruppo rappresentativo degli adolescenti USA fra i 12 e i 19 anni. Ne è risultato che la pressione arteriosa era troppo alta già nel 22% dei ragazzi e nel 10% delle ragazze ma soprattutto che la dieta era inadeguata (leggi eccessiva) nel 99% di entrambi i sessi! Inoltre il colesterolo sforava i valori ideali nel 35% dei maschi e nel 28% delle femmine, l'attività fisica era scarsa nel 56% e nel 33% rispettivamente e la glicemia era troppo alta nel 21% dei primi e nel 26% delle seconde. L'ovvia conseguenza era che l'indice di massa corporea si situasse tra il sovrappeso e l'obesità in un terzo dei casi. L'abitudine al fumo, infine, era presente nel 34% dei maschi e nel 30% delle compagne. Volendo fare una specie di sintesi di queste sei cattive abitudini dei suoi concittadini, Christina Shay e collaboratori hanno rilevato che più del 50% degli adolescenti ne totalizza almeno cinque. Con la previsione logica che nel loro futuro dovranno guardarsi dall'obesità, dall'ipertensione, dal diabete e dalle malattie cardiovascolari. A meno di non invertire la rotta. E l'italiano che "vuò fa l'americano" mediti.

E.P.

Coltello e femminicidi

di Franco Fontanini

Nel mondo oggi la violenza si diffonde come un'epidemia del passato contagiando gran parte dell'umanità. È sempre esistita, ma era lecito sperare in John Stuart Mill, sociologo inglese di grandissima cultura, convinto che la maggioranza degli uomini avrebbe collaborato al miglioramento del mondo. Fu anche il primo ad impegnarsi nella difesa della donna e si dichiarò certo che la violenza si sarebbe estinta con l'avanzare della civiltà. Purtroppo non è andata così, le speranze riposte nel riassorbimento dei ghetti, nell'assimilazione delle minoranze, nella lotta alla miseria e nel diffondersi dei codici civili, sono andate deluse.

Le origini della violenza sono molteplici e recondite, persino le leggi e i precetti rivolti a proteggere l'uomo, pesanti da sopportare come il servizio militare, la scuola dell'obbligo, la protezione obbligatoria dalle malattie, dalle calamità naturali, i tanti codici civili e legali, la burocrazia invadente, non sempre tutti auspicabili ed equanimi, sono diventati sempre più gravosi provocando talvolta reazioni avverse sempre meno latenti. C'è stato anche chi ha considerato la violenza un male utile, Lenin la definiva la levatrice delle classi in ascesa.





Ti amo tanto
da farti morire

Tanti provvedimenti cautelativi e benefici nelle intenzioni finirono con il limitare la libera scelta, senza tener conto dell'inevitabile violenza collettiva, delle oppressioni oligarchiche, dei focolai ricorrenti di terrorismo sociale o razziale.

L'uomo è sempre stato per natura incline alla violenza contro la donna e alla ripartizione dei propri diritti e dei doveri muliebri sostenuti da tutti i codici matrimoniali, compreso quello napoleonico che dette molte speranze.

Anche la Chiesa, a partire da San Paolo, fu sempre fondamentalmente maschilista, nostalgica della famiglia patriarcale che considerava il matrimonio equivalente all'appropriazione della donna.

I periodici movimenti di parità sessuale o coniugale hanno sempre influito ben poco, perfino il femminismo ebbe una lunga latenza nonostante il clamoroso caso parigino della moglie femminista che uccise il marito senatore antifemminista. L'impegno delle sue compagne la fece assolvere con formula piena, poi riuscì a farle assegnare anche la pensione di vedova di parlamentare.

La maggioranza degli economisti attribui-

rono grande responsabilità nella crescita della violenza al consumismo che mette quotidianamente in evidenza le ingiustizie anche spicciole della nostra società, i cattolici l'attribuiscono alla decadenza della religiosità, all'indebolimento di tanti valori tradizionali, al calo della fiducia nella magistratura e nelle istituzioni politiche.

Vittima principale della violenza è sempre stata la donna: si calcola che le mogli uccise dai mariti siano almeno dieci volte più numerose dei mariti vittime delle mogli. Di parità sessuale si è parlato molto ma ben poco è stato fatto per introdurla. Se si escludono le aristocratiche, che hanno sempre avuto leggi proprie, la vita sessuale della donna nel matrimonio, esauriti i doveri nella produzione degli eredi, era ben poca cosa, anche a letto permanevano i diritti del marito e i doveri della moglie, che si estinguevano dopo il sesto - settimo figlio.

Un fenomeno concomitante con il diffondersi della violenza maschile è il revival imprevedibile e anacronistico del coltello, divenuto simbolo del machismo.

Il coltello è verosimilmente coetaneo dell'uomo che lo fece nelle caverne con la si-

lice e fu uno strumento essenziale alla sua sopravvivenza.

Dopo molti millenni è diventato un'arma malavitosa da bassifondi. Non è da escludere che sui tavoli dei ristoranti ritornino per legge i coltelli senza punta come nelle bettole di qualche secolo fa. Le storie d'amore e di coltello sono tornate in voga nel cinema e nelle cronache gialle. Un fidanzato abbandonato, in Toscana è stato scoperto con un coltello sotto il pigiama. Il coltello divenne l'arma preferita per il castigo delle mogli infedeli, il mezzo che restituiva nella mentalità popolare, l'onorabilità al marito.

All'inizio non doveva essere molto in uso; in una cronaca del 1893 è riportato il caso di una giovane moglie napoletana accoltellata dal marito che morì perché non poté essere ricoverata nell'ospedale dei Pellegrini dove non c'era un reparto per le donne ferite da arma bianca.

Oggi nell'ospedale San Carlo di Milano, in un anno, sono state ricoverate centocinquanta donne in gravi condizioni e oltre seimila sono state curate nel pronto soccorso per accoltellamenti non mortali, subiti in massima parte nell'ambiente familiare. Nacque così il neologismo femminicidio divenuto d'attualità.

Al Palazzo delle Stelline si è tenuto un incontro fra i chirurghi del San Paolo e dell'ospedale militare con quelli di un ospedale del Bronx e d'Israele considerati i maggiori esperti al mondo.

In Italia nel 2012 ci sono state centoventi donne uccise: si tratta di dati ufficiosi perché non c'è ancora un osservatorio nazio-

nale sul femminicidio, probabilmente la realtà è ancora più grave perché permane la paura a fare le denunce.

Persino l'avvento della TV avrebbe contribuito, secondo gli psicologi, all'incremento dell'uxoricidio che si va estendendo in tutto il mondo, con qualche differenza fra un paese e l'altro. La maggior parte dei femminicidi avviene all'interno di rapporti sentimentali che rappresentano l'ottantacinque per cento di tutte le violenze, dovunque in aumento.

Nei giorni in cui l'atleta Pistorius uccise la bellissima fidanzata, i giornali riportarono che in Sudafrica in un anno, le donne vittime della violenza maschile erano state oltre duemila.

Nella maggior parte delle nazioni non c'è una legge organica rivolta a porre un freno e quasi dovunque è forte la paura di denunciare. Anche l'Italia è ancora priva di leggi.

Luciana Littizzetto si è sentita in dovere, durante un intervallo dell'ultimo festival della canzone di San Remo, di fare un'imprevista denuncia ai molti milioni di spettatori con la speranza che qualcosa si muova.

Negli anni sessanta, ci fu un film di Hitchcock di grandissimo successo con l'impressionante scena di una giovane donna nuda trucidata sotto la doccia, che fu molto disapprovata. I produttori si giustificarono dicendo che era nelle loro intenzioni diffondere repulsione per l'accoltellamento. Solo un nostro comico si dichiarò impressionato, disse di aver visto il film per la prima volta da ragazzo, di provarne ancora orrore e confessò che mai avrebbe accoltellato giovani donne sotto la doccia.

Aggiornamenti cardiologici

di Filippo Stazi



BLOCK HF: stimolazione biventricolare in pazienti con blocco atrioventricolare e disfunzione sistolica: In che modo stimolare i pazienti con blocco atrioventricolare, disfunzione sistolica ($FE \leq 50\%$) e scompenso lieve-moderato non è chiaro. I trial sulla terapia di resincronizzazione hanno volutamente ignorato questa tipologia di pazienti concentrandosi sui soggetti con scompenso avanzato e QRS di aumentata durata. Il BLOCK HF ha cercato di colmare questa lacuna randomizzando 691 pazienti con le caratteristiche prima delineate a stimolazione biventricolare o del solo ventricolo destro. LA FE media era $40 \pm 8\%$, il follow up medio era di 37 mesi, la maggior parte dei pazienti era in classe NYHA II o III e più del 50% dei soggetti aveva un blocco atrioventricolare di III grado. L'end point primario dello studio (mortalità totale, necessità di terapia endovenosa per la cura dello scompenso ed incremento di più del 15% del volume telesistolico del ventricolo sinistro) si è verificato nel 45,8% dei pazienti con stimolazione biventricolare e nel 55,6% di quelli con pacing destro (HR 0,74). Il beneficio della stimolazione biventricolare si manteneva anche considerando solo i due end point clinici ed escludendo dalla valutazione le variazioni del volume telesistolico. L'ovvia conclusione degli autori era che la stimolazione biventricolare fornisce un significativo beneficio clinico rispetto alla stimolazione destra nei pazienti con disfunzione ventricolare sinistra che abbiano bisogno di un pacing ventricolare a causa di un blocco atrioventricolare. (*N Engl J Med* 2013; 368: 1585-1593)

Che succede quando la “triplice” terapia diventa “duplice”?: Una delle problematiche emergenti in cardiologia è senz’altro l’elevato rischio emorragico connesso con la cosiddetta “triplice” terapia. Ossia l’associazione dell’anticoagulante orale con aspirina e clopidogrel. Condizione questa ormai molto frequente e che riguarda soggetti in terapia anticoagulante orale in genere per fibrillazione atriale o, meno, perché portatori di protesi valvolari, che vengano anche sottoposti a rivascularizzazione coronarica percutanea con impianto di stent. Il WOEST study ha valutato la sicurezza e l’efficacia dell’associazione dell’anticoagulante orale con il solo clopidogrel (duplice terapia) oppure con la combinazione di clopidogrel ed aspirina (triplice terapia). L’end point primario era la comparsa di un qualsiasi evento emorragico nel primo anno dopo la procedura interventistica. 54 dei 279 pazienti (19,4%) in duplice terapia hanno presentato complicanze emorragiche contro i 126 su 284 soggetti (44,4%) in triplice trattamento (HR 0.36). 6 pazienti (2,2%) in duplice e 34 (12%) in triplice terapia sono incorsi in eventi emorragici multipli. Il ricorso alle trasfusioni, infine, è stato più frequente in coloro che ricevevano sia aspirina che clopidogrel (9,5% vs 3,9%). L’uso del clopidogrel senza l’aspirina è quindi risultato associato ad una significativa riduzione delle complicanze emorragiche senza indurre un aumento di frequenza degli eventi trombotici. (*The Lancet 2013; 381: 1107-1115*)

Un grande classico riveduto e corretto ovvero trombolisi o angioplastica primaria nell’infarto con sopraslivellamento ST: Le linee guida considerano l’angioplastica primaria come la strategia ripercussiva da preferire nei soggetti con infarto miocardico e sopraslivellamento ST (STEMI) purchè venga praticata in tempi accettabili. Purtroppo sono ancora molti gli ospedali privi di una struttura di emodinamica e quindi, nonostante i tanti sforzi organizzativi messi in atto, vi è un numero elevato di pazienti in cui l’angioplastica viene eseguita tardivamente con conseguente incremento di morbilità e mortalità. Lo STREAM ha incluso pazienti con STEMI insorto da non più di 3 ore ed in cui l’angioplastica primaria non poteva essere eseguita entro un’ora dal contatto medico. 943 pazienti sono stati randomizzati ad eseguire comunque l’angioplastica primaria mentre altri 939 soggetti sono stati trattati con trombolisi preospedaliera con tenecteplase associata a terapia eparinica ed antiaggregante e poi sottoposti a coronarografia dopo 6-24 ore. In caso di riduzione del sopraslivellamento ST < 50% o di evidenza clinica di mancata ripercussione i pazienti del secondo gruppo venivano sottoposti comunque ad angioplastica di salvataggio. L’end point era la combinazione di morte, shock, scompenso o reinfarto a 30 giorni e si è verificato nel 14,3% dei pazienti del gruppo angioplastica e nel 12,4% di quelli trattati con trombolisi (p = 0.21). Nel 36% di questi ultimi è stata necessaria una coronarografia di emergenza mentre negli altri lo studio angiografico è stato eseguito dopo una media di 17 ore dalla randomizzazione. Il gruppo trombolisi ha presentato una maggiore frequenza di emorragie intracraniche (1% vs 0.2%, p = 0.04) mentre i sanguinamenti extracranici sono stati simili nei due gruppi. La conclusione è che la strategia della trombolisi preospedaliera seguita da coronarografia in un secondo tempo, in pazienti in cui l’angioplastica primaria non può essere eseguita entro un’ora dal contatto medico, può essere considerata efficace anche se gravata da un aumentato rischio di emorragie intracraniche rispetto all’angioplastica effettuata sia pure tardivamente. (*N Engl J Med 2013; 368: 1379-1387*)

Ridateci Carolina Invernizio

di Franco Fontanini

Carolina Invernizio, chi era costei?

Dopo la scomparsa delle ultime zie, sue fedeli lettrici, nessuno più la ricorda. Flora, nella sua monumentale storia della nostra letteratura, ne cita il nome due volte, entrambe con un sorriso di sufficienza, senza una parola di commento. Inutile perquisire le librerie dell'usato, dei suoi libri non c'è traccia, sebbene l'editore Salani abbia pubblicato oltre 140 suoi romanzi, con tirature inverosimili a quel tempo, moltissimi siano stati tradotti, venisse definita scrittrice di inesauribile talento e proclamata regina del feuilleton italiano, oggi sembra non essere esistita.

Anche in passato era stata snobbata da molti e soprannominata ironicamente Carolina di Servizio. Pitigrilli che se ne intendeva, disse che non si può essere generosi con gli scrittori che vendono centinaia di migliaia di copie.

L'oblio, immediato dopo la sua morte, sembrò una vendetta meditata e attesa...

Oggi a Hollywood, con qualche aggiornamento, avrebbe un successo senza eguali e sarebbe miliardaria come Barbara Cartland, la regina inglese del romanzo rosa.

Carolina Invernizio non fu mai sfiorata da ambizioni letterarie e fu indifferente agli aspetti economici: non percepì mai una lira



di diritti d'autore perché Salani giudicava inelegante dare soldi a una signora. Lei perseguiva soltanto il successo e la fedeltà dei lettori era la sua più grande soddisfazione. Nelle città in cui visse seguendo il marito ufficiale di carriera, ebbe salotti ambitissimi da letterati e personaggi della cultura; sulla facciata dell'ultimo, quello di Cuneo, c'è una lapide che dice: "Qui chiuse la sua operosa esistenza il signorile salotto di Carolina Invernizio con i suoi romantici fantasmi". Di modesta cultura, superflua per i suoi romanzi "storico-sociali", partecipò alla vita politica; fu progressista, femminista, divorzista e, almeno a parole, vicina al proletariato, anche se i suoi eroi avevano tutti almeno un quarto di sangue blu.

Era una bella donna elegantissima che teneva in gran conto le opinioni dei lettori, del sarto, del parrucchiere e persino della figlia.

- "Che ne dici Marcellina, la facciamo morire questa duchessa Santangelo?"
- O no, mammina, lasciala vivere per un po', hai ammazzato ieri il barone Riccardi". Così la duchessa la scampò e visse felice per altre cinquanta pagine.

Un po' ingiustamente venne definita imitatrice di Paumon de Ferrarol e di Ponson du Terrail, inventori e maestri francesi del romanzo d'appendice, ma possedeva una sua originalità e, come pochi, l'arte di riuscire gradita ai lettori e di farli aspettare con trepidazione "il prossimo numero", superata in questo solo da Sue e da Dumas.

Sapeva raccontare le vicende con consumata abilità e creare suspense come pochi. Esempio è il "Bacio della morta", uno dei successi maggiori fondato sullo scontro fra



bene e male, ricco di brividi di terrore, intrecci complessi che coinvolgevano, colpi di scena, flash-back improvvisi, agnizioni a sorpresa, tutto inteso ad accrescere la tensione. Talvolta i protagonisti di molti suoi romanzi sono dei morti, quasi sempre vittime di vendette perché la vendetta, come regolamento di conti, è il sentimento più diffuso e inderogabile. La morte è raramente risolutiva perché lascia la possibilità di resurrezione, in genere per perpetrare altre vendette. La sete di vendetta è più forte dell'amore ed è fonte di soddisfazione e di vera felicità, per uomini e per donne.

Raramente gli uomini sono i personaggi più importanti, quasi sempre sono destinati a soccombere di fronte alle donne, se poi sono belli e buoni sono sempre un po' stupidi, si salvano solo quelli molto misteriosi. Le donne sono disposte a tutto per amore, persino ad amare un figlio di antichi amori dimenticati e di far sposare una figlia al-

l'amante prediletto per tenerlo vicino. La donna, soprattutto se è buona, risorge più spesso dell'uomo per chiarire vicissitudini drammatiche che hanno lasciato in sospeso le emozioni dei lettori. I risorti venivano guardati con sospetto, a meno che non fossero nobili, in tal caso erano ben accetti anche se dissepelliti.

Altri fondamentali protagonisti sono i baci, descritti in ogni minimo particolare e che caratterizzano ogni storia. Impossibile citare tutti i tipi che a volte condannano alla morte e che altre volte ridanno la vita. C'è persino il bacio raccapricciante ad una pantera.

Seguono al terzo posto gli orfanelli anch'essi succubi di pregiudizi razzisti, tutti lacrimevoli, non raramente ciechi. Se però si scopre che hanno lontane parentele nobili possono ritrovare la madre, la famiglia, nonché recuperare la vista. Per gli orfani di origine plebea nulla e cecità a vita.



Altrettanto rigoroso il classismo per le prostitute: se di umile origine erano condannate a restare meretrici immonde, disprezzate, senza alcuna possibilità di redenzione, quelle di origine elevata diventavano mantenute, cortigiane, favorite, e potevano uscire dalla loro umiliante condizione. Non poche divennero altoborghesi, alcune nobili, tre o quattro, che si sappia, addirittura sovrane.

Qualcuno, in preda all'entusiasmo propose, senza fortuna, la definizione "letteratura inverniziale".

Inutile ricercare nei suoi racconti o romanzi la bella pagina alla Croce, lo stile della Invernizio era frettoloso, un po' volgare, con eccesso di nozioni, di vicende contorte, di colpi di scena che si accavallavano, aggiungeva e tagliava episodi o personaggi con veri e propri virtuosismi da giocoliere, tutto impreveduto denso di suspense, sorprendente, in uno stile inaccettato dai letterati che conquistava i lettori e specialmente le lettrici piccolo borghesi. Era evidente una sofisticata ruffianeria molto efficace. Sapeva "farsi aspettare" come nessun altro.

Non mancavano il kitsch, le situazioni in-



volontariamente umoristiche, i personaggi erano archetipi, se belli erano sempre biondi e con gli occhi azzurri. Tutti manovrabili a piacimento e contraddittori, la morale era manichea. Nonostante l'incontenibile vocazione per le forti emozioni, avevano un'etica elementare e tutto si concludeva con un happy ending matrimoniale, un moralismo formale, negato ai cattivi, che faceva bene sperare per il futuro. Mai villanie e sconcezze.

Non si deve infine disconoscere che la Invernizio con le sue trame favorevoli alle donne ha contribuito non poco e in modo molto diretto all'emancipazione delle donne. Inoltre la si deve considerare come una precorritrice del "giallo", avendo inventato an-

che il poliziotto che immancabilmente scopre il colpevole, della vicenda ambientata dall'inizio alla fine in un tribunale, il cui successo perdura tuttora grazie a Perry Mason nonché di quasi tutti gli antenati di Beautiful che bene o male imperversano nelle TV di tutto il mondo!

Impregiudicato è rimasto il giudizio morale che tanto assillò le madri di un secolo fa che costringevano le ragazze a leggere i libri della Invernizio di nascosto.

Oggi anche questo fa sorridere.

Meritevole di essere riconsiderato il giudizio della candida vedova di Dino Buzzati Almerina che quando incontrò a Cortina Collette Rosselli aveva nella sporta quattro romanzi dell'Invernizio da moltissimo tempo fuori corso, trovati chissà dove.

- "Per chi sono?" Le chiese piena di curiosità.
- "Per mia figlia Zelda"
- "Ma sono pieni di fattacci e di morti violente, inadatti a una dodicenne"
- "Può darsi, ribatté, ma anche di sentimenti e d'amore. Preferisco che Zelda conosca queste cose dai libri anziché dalla televisione o da certi rotocalchi".

Ricordando questo giudizio di circa vent'anni fa e pensando ai serial killer e agli horror nordamericani o scandinavi, viene spontaneo chiedere: "Ridateci Carolina Invernizio!".

Il “guerriero della luce”

di Bruno Domenichelli

Un guerriero della luce è *“colui che è capace di comprendere il miracolo della vita, di lottare fino alla fine in qualcosa in cui crede e di sentire allora le campane che il mare fa rintoccare nel suo letto”* (Paulo Coelho). *La gente dice: “È matto”. Oppure: “Vive in un mondo di fantasie”. O ancora: “Come può confidare in cose prive di logica?”... “Ma il guerriero sa che l'intuizione è l'alfabeto di Dio e continua ad ascoltare il vento e a parlare con le stelle”* (id.)

Follia? Saggezza? Utopia?

Nell'immaginario popolare un utopico è spesso considerato un alienato che vive fuori dalla realtà. Ma lottare per un'utopia può mutare il corso della storia. Datemi un'utopia e rivoluzionerò il mondo! Con la forza delle loro utopie, San Francesco e Madre Teresa di Calcutta hanno contribuito a rivoluzionare il senso della vita.

Allo stesso modo, trovare la forza di lottare contro tutte le evidenze della realtà può cambiare talora il senso della storia personale. Ogni medico conosce la forza terapeutica dell'ottimismo e della speranza. Lo conferma la moderna ricerca psicosomatica. Molte guarigioni “miracolose” avvengono nel segno della fiducia di guarire.

La psiconeuroendocrinoimmunologia è una nuova branca della scienza che studia le relazioni fra dinamiche psicosomatiche e reattività neuroendocrina e immunologica come possibili meccanismi di malattia. Sempre maggiori sono le evidenze che sentimenti negativi come l'ansia, la depressione, il pessimismo e il senso di isolamento possono compromettere la resistenza dell'organismo verso molte malattie.

Fiducia, ottimismo e voglia di vivere possono viceversa fare di un malato anche grave un “guerriero della luce”, capace di combattere il drago della propria malattia; e comunque di gustare almeno l'aspra gratificazione del combattimento, lottando serenamente *“fino alla fine per qualcosa in cui crede”*.



V. Carpaccio. *San Giorgio e il drago* (1502). Scuola di San Giorgio degli Schiavoni. Venezia
Fiducia e ottimismo possono fare di un malato anche grave un guerriero della luce, capace di combattere il drago della propria malattia e di influenzarne positivamente il decorso.

aforismi

Si dice che l'eccezione conferma la regola ma non azzardatevi a spiegare come.

> **G. Flaubert**

L'intelligenza è una conquista, solo la stupidità è un dono di natura.

> **Mac**

Com'è che se mischi farina e acqua ottieni colla? E quando aggiungi uova e zucchero ottieni una torta? Dove va a finire la colla?

> **R. Rudner**

Mio Dio, fai diventare buoni i cattivi e simpatiche le persone buone.

> **M. Twain**

Dato che un politico non crede mai in ciò che dice, resta sorpreso quando gli altri ci credono.

> **C. De Gaulle**

I peccati della carne, talvolta possono far bene allo spirito.

> **F. Fontanini**

Quando hai qualcosa da dire, dillo; quando non ce l'hai, scrivi.

> **Decalogo dello scrittore**

La vera adulazione è dire ad una persona quello che pensa di sé stesso.

> **O. Wilde**

È un uomo molto intelligente, di grande valore, di grande peso, onesto e molto generoso, capace di grandi sconti su tutto questo.

> **F. Fontanini**

La bruttezza, oltre certi limiti, è maleducazione.

> **P. Santanché**

Perdona chi ti ha fatto del male, ma tieni a mente i loro nomi.

> **J. Kennedy**

Quando si rese conto di non essere un giovane promettente, andò in pensione.

> **F. Fontanini**

Quando tutto il resto ha fatto fiasco, leggi le istruzioni.

> **A. Block**

Per vedersi in maniera soddisfacente, la nostra umanità si guarda allo specchio attraverso gli occhiali bifocali della vanità e della compiacenza.

> **M. Vassalle**

La disonestà di un pensatore si riconosce dalla somma di idee precise che propone.

> **E.M. Cioran**

Molti sarebbero vigliacchi se ne avessero il coraggio.

> **T. Fuller**

Farei di tutto per essere uguale a questo attraente giovanotto, tranne fare ginnastica e mangiare meno.

> **S. Martire**

La glossolalia, il parlare strano, esercita, come diceva San Paolo, un'invincibile attrazione sugli imbecilli.

> **E. Flaiano**

Cambia continuamente le idee che non ha.

> **R. Gervaso**

Sostenete e diffondete Cuore e Salute

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

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



MODULO PER ISCRIVERSI ALLA FONDAZIONE O PER ISCRIVERE UN AMICO

DESIDERO: ISCRIVERMI RINNOVARE L'ISCRIZIONE ISCRIVERE UN AMICO AL

CENTRO PER LA LOTTA CONTRO L'INFARTO - FONDAZIONE ONLUS

COGNOME NOME

CODICE FISCALE

VIA CAP CITTÀ

PROV. NATO A IL

E-MAIL CELL

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

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

VERSAMENTO SU C/C POSTALE N°64284003

BONIFICO BANCARIO IBAN IT 56 Y 01005 03213 000000012506

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

ASSEGNO NON TRASFERIBILE

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

AI NOSTRI LETTORI

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

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