

CUORE & Salute

N. 5-6 MAGGIO-GIUGNO 2014

CUORE & Salute



Le quote rosa in medicina

N. 5-6 MAGGIO-GIUGNO 2014

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

Una pubblicazione del:



Centro per la Lotta contro
l'Infarto

XXXII

ANNO



40 idee per Conoscere e Curare il Cuore 2015

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

Firenze, Palazzo dei Congressi
6 - 7 - 8 marzo 2015

Coordinamento: Francesco Prati
Segreteria: Alessandra Tussis

- L'assistenza ventricolare nel paziente con scompenso cardiaco: presente e futuro.
- Correzione di fattori di rischio a confronto. Quanto conta curare l'obesità ?
- La denervazione dell'arteria renale nell'ipertensione resistente. Luci ed ombre.
- Serve ancora raggiungere un valore target di colesterolo LDL ?
- La classificazione MOGES delle cardiomiopatie entra nella pratica clinica.
- Che fine ha fatto l'induzione delle aritmie ventricolari nel paziente con bassa FE ?
- La genetica nella scelta dell'inibitore P2Y12 dell'ADP più adatto.
- Logistica, farmaci e soluzioni tecniche per curare l'infarto: vecchie certezze che vacillano.
- Nitrato, calcioantagonista, beta bloccante, ivabradina, ranolazina: come scegliere il farmaco antianginoso ?
- Meno studi randomizzati e più registri.
- L'attività motoria nei soggetti con intolleranza ai carboidrati. Lo studio NAVIGATOR.
- Valutazione non invasiva dell'aterosclerosi coronarica: TC e RM a confronto.
- Quando va sospesa la terapia antiaggregante dopo l'angioplastica ?
- Angioplastica primaria e malattia multivasale. Rivascolarizzare tutto e subito ?
- Scompenso cardiaco con insufficienza renale. La scelta della terapia più adatta.
- Calcium score e polipillola. Il futuro della prevenzione ?
- Angiogenesi ed emorragia di placca. Il lato oscuro della fisiopatologia dell'infarto.
- Le cardiopatie congenite nell'adulto.
- Dagli studi randomizzati alla pratica clinica. La sostituzione valvolare aortica transcateretere (TAVI).
- Diagnosi del dolore toracico. E se bastasse un'unica determinazione della troponina ad alta sensibilità ?
- Nuove frontiere dell'endoprotesi per via percutanea: la valvola polmonare.
- Nuovi farmaci ipolipemizzanti: gli inibitori del PCSK. Quando e come impiegarli ?
- La morte improvvisa del giovane.
- Gli stent bioassorbibili. Siamo certi che vadano impiegati nelle sindromi coronariche acute ?
- La terapia chirurgica dell'arco aortico.
- Impiego dei nuovi farmaci anticoagulanti (NAO) nei pazienti da trattare con ablazione.
- Rivoluzione in aritmologia: il pacemaker senza fili.
- L'ablazione della tachicardia ventricolare nel paziente con cardiomiopatia (ischemica e non). Facciamo il punto.
- Quanto conta l'infarto periprocedurale ?
- Nuove armi nel trattamento dello scompenso cardiaco acuto: la serelaxina.
- Fibrillazione atriale: la causa più frequente dell'ictus.
- La TC coronarica: irresistibile attrazione ma con il timore delle radiazioni.
- Il defibrillatore sottocutaneo: il futuro è oggi ?
- Riabilitazione cardiologica. Mito o realtà ?
- Il QT lungo da farmaci.
- Il salvataggio del piede diabetico: risultati a breve e lungo termine.
- Quando preferire la chirurgia della mitrale alla Mitral Clip percutanea.
- Oltre la frazione d'eiezione: quali parametri considerare per porre indicazione a ICD ?
- L'ipertensione del giovane: cause, diagnosi e terapia.
- Infezioni di pacemaker ed ICD, un problema in espansione ?



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



DONA ORA DIVENTA SOCIO DEL CLU LA NOSTRA RICERCA SOSTIENI IL CLU CON IL TUO SKYONE ARCHIVIO NEWSLETTER

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

NEWSLETTER *Maggio 2014* 

Capire per prevenire di Antonella Labellarte


**TOUR DE FRANCE
TROPPO SPORT FA MALE O FA BENE?**
di Antonella Labellarte
Siamo in pieno Giro d'Italia: 3449,9 km, media 164,3 km, è iniziato a Belfast il 9 maggio e si concluderà a Trieste il 1 giugno, vi sono almeno 5 tappe di alta montagna con arrivo in salita. Ma noi oggi ci occupiamo di un'altra grande classica del ciclismo il Tour de France che ha festeggiato i cento anni nel 2013.


AMIODARONE CUORE E TIROIDE
di Luca Piantoni
L'amiodarone è un farmaco antiaritmico attivo sulla maggioranza dei disturbi del ritmo sopraventricolare e ventricolare. Contiene un'elevata quantità di iodio: una compressa contiene 75.000 microgrammi di ioduro, a fronte di un fabbisogno iodico giornaliero di 150 microgrammi...


LA CARDIOPATIA TIREOTOSSICA
di Luca Piantoni
Le cause più frequenti di ipertiroidismo o tireotossicosi sono: l'ipertiroidismo autoimmune o Morbo di Basedow, il gozzo pluri nodulare tossico, l'adenoma tossico o Morbo di Plummer, la fase ipertiroidica della tiroidite di Hashimoto (Hashitossicosi), la fase ipertiroidica della tiroidite subacuta, l'assunzione di iodio e di farmaci (tireotossicosi factizia).

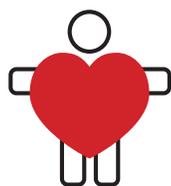
PER RICEVERE LA NEWSLETTER OGNI MESE CLICCA QUI  INVIA AD UN AMICO 



La scienza: il nostro cuore pulsante.

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

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



Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Presidente
Francesco Prati

Presidente onorario
Mario Motolese

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

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

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

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

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

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

n. 5-6 **sommario** 2014

www.centrolottainfarto.it
cuoreesalute@centrolottainfarto.it

Direttore Responsabile
Franco Fontanini

Direttore Scientifico
Filippo Stazi

Vice Direttori
Eligio Piccolo
Francesco Prati

Coordinamento Editoriale
Marina Andreani

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

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

Ufficio abbonamenti e pubblicità
Maria Teresa Bianchi

Progetto grafico e impaginazione
Valentina Girola

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

Anno XXXII
n. 5-6 Maggio-Giugno 2014
*Poste Italiane SpA - Spedizione
in abbonamento postale - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art 1, comma 1, Aut.C/RM/07//2013
Pubblicazione registrata al Tribunale
di Roma il 3 giugno 1983 n. 199*

Associata Unione Stampa Periodica Italiana



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

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

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



Le quote rosa in medicina Eligio Piccolo 132

Stiamo sbagliando qualcosa? Filippo Stazi 136

L'antica arte del polso Vito Cagli 138

Quadri & Salute Filippo Stazi 142

Vetrina delle perle
Parole che aiutano a vivere Bruno Domenichelli 145

• *Il fiore d'autunno che protegge le coronarie [E.P.]* 151

La palla di Tiche
L'ora sacra di Wagner Paola Giovetti 152

Alcol e Salute: un rapporto ambiguo Orazio Zanetti 155

Qualche secondo di buon umore 160

Dal Congresso Conoscere e Curare il Cuore 2014
Quanto è importante rivascularizzare l'ischemia silente? 161

Intervista di Filippo Stazi a Claudio Cavallini

• *Un'imprudente associazione di farmaci [V.C.]* 169

Si salvi chi può...è in arrivo l'era post-antibiotica! 170

Filippo Stazi

Stetoscopio addio? Eligio Piccolo 172

• *Povero fonendoscopio! [F.S.]* 174

Quaderno a Quadretti Franco Fontanini 175

Tramonto del femminismo

Cronache romane

Auenbrugger si consolò con la musica dalle delusioni della clinica



p. 136

Lettere a Cuore e Salute

178

- *L'obesità è una malattia? 2.o, Eligio Piccolo*
- *Se i trigliceridi sono elevati, Vito Cagli*

Medici e famosi ma non medici famosi

Dino Risi: il medico regista

Luciano Sterpellone

182

- *La fibrillazione penalizza la razza bianca [E. P.]*

184

La nostra Africa.

Cronache di viaggio di un medico euro africano.

185

Michelangelo Bartolo

News

Aggiornamenti cardiologici

Filippo Stazi

188

Aforismi

190



p. 172



p. 182



p. 185

Preghiera di Sir Robert Hutchinson

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

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

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

Le quote rosa in medicina

di Eligio Piccolo



Figlio di ostetrica che fin da bimba aveva sognato di diventarlo, appassionata del suo lavoro e brava al punto che a misura che vi si qualificava e aveva successo, aumentava nell'orgoglio e nell'autoreferenzialità; spesso assente ma sempre presente in famiglia, di buonumore e facile ai racconti propositivi. Credo di aver succhiato già dal suo latte il complesso problema della dedizione femminile all'arte medica. Succhiato di certo, ma per molti anni non digerito poiché dominava sempre la figura del medico maschio, unico e assoluto, e lei, brava quanto si vuole, spesso addirittura più perspicace di qualche dottore, era proprio per questo un'anomalia sociale. A rinverdire questa mia prima esperienza subdolamente maschilista, intervenne nel secondo dopoguerra un'assoluta novità, la prima laurea in medicina nel mio paese ad una signora, la quale, pur nell'inquieto mor-morio generale e nell'ostilità dei colleghi, seppe inserirsi con disinvoltura e intelligenza come moderna pediatra. Quando però capitava che non imbrocasse una diagnosi, cosa che succedeva anche ai Frugoni, non mancava il collega che sfogasse il suo "la dottoressa dei miei c.....".

Gli anni di università e quelli dopo la laurea non furono certo rivoluzionari in questo



Tutti dicono che il cervello sia l'organo più complesso del corpo umano, da medico potrei anche acconsentire. Ma come donna vi assicuro che non vi è niente di più complesso del cuore. Ancora oggi non si conoscono i suoi meccanismi.

Rita Levi Montalcini

sensò, perché le colleghe del mio corso si contavano sulle dita forse di due mani e quelle poche che si erano inserite nelle corsie cliniche venivano guardate quasi con commiserazione pensando alle difficoltà che avrebbero incontrato nel futuro. Ricordo una di loro, brava e attenta, che finì a seguire i malati privati del Direttore, un'altra anestesista con sex-appeal alla Juliette Greco, seguita sempre da un codazzo di colleghi maschi mentre andava al bar, che ho perso poi di vista ma avrà certo realizzato una sistemazione tradizionale, e una terza che dopo qualche anno di inutile attesa la ritrovai nei laboratori dell'Istituto Pasteur di Parigi. L'ultimo negazionismo nei confronti delle donne medico, che mi colpì in quegli anni per l'autorevolezza del personaggio, lo ascoltai in televisione, quando una giornalista chiese a un insigne clinico chirurgo dell'Università di Roma se si sarebbe fatto operare da una donna, la risposta fu "mai!", ma un mai così secco e convinto da non lasciare alcuna speranza nemmeno ad una qualche forma di battuta.

Già nell'antichità i grandi medici erano uomini, pensiamo a Ippocrate e Galeno, benché si adorasse la divina Igea, che era però figlia del "Primario" Esculapio. Fra gli egizi si menziona oltre agli esperti maschi una certa Peseshet, che era una levatrice. Mentre gli Aztechi consentivano alle donne l'esercizio di guaritrici, ma solo in età matura e dopo la menopausa. Nei secoli a venire, mentre i medici con la barba continuarono a presumere una certa scientificità nella scoperta di molti rimedi razionali, che in realtà erano solo empirici e la



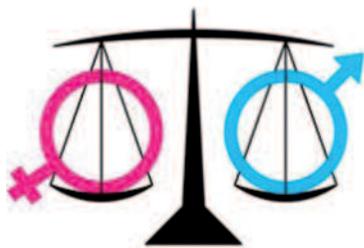
cui prova di efficacia poggiava più sul carisma dei proponenti che sulla realtà, alle donne veniva tollerata solo la fattucchieria, che se sconfinava però nella stregoneria le faceva rischiare il rogo. Naturalmente il confine tra l'una e l'altra di queste due specialità era stabilita dall'uomo, non necessariamente medico, anche ecclesiasta, come ai tempi della Santa Inquisizione. Per le povere donne quindi furono secoli molto bui, che cominciarono a rischiararsi, pur con grandi difficoltà, solo dopo quello dei lumi. In Inghilterra infatti il primo diploma in medicina a una donna avvenne a Edimburgo verso il 1810, ma la signora per ottenerlo dovette tramutarsi in uomo, non come oggi mediante intervento chirurgico, ma con l'abbigliamento, che pur non riuscendo a mascherarle la voce soprannaturale non le impedì la militanza di medico dell'esercito britannico per 46 anni. Era il Dottor James Barry, nato Margaret Ann Bulkley. Il fatto tuttavia non smosse nemmeno quelle acque, scientificamente meno torbide rispetto ad altri paesi, se pensiamo che Elizabeth Garrett, rifiutata dagli atenei di Oxford, Cambridge e Londra, per ottenere la laurea nel 1870 dovette ri-

correre alla legge che, come si sa, in Gran Bretagna ha meno cavilli che da noi e può cambiare le consuetudini. In America la prima fu Elizabeth Blackwell, che si laureò a New York verso la metà del 1800 e fonderrà poi il *NY Dispensary for poor women and children*. Anche in Italia nella seconda metà di quel secolo, forse più per spirito polemico che per avanzata culturale, compaiono le prime dottoresse: Ernestina Paper nel 1877 diplomata nell'Istituto Fiorentino di Studi Superiori, Maria Farné Valleda a Torino e la famosa Maria Montessori a La Sapienza di Roma nel 1896, tutte sommessamente obbligate all'attività di laboratorio o pediatrica, perché quella più "impegnativa" per gli adulti restava, non per legge beninteso ma per supposta competenza, riservata ai maschi.

La polacco-francese M.me Curie, che aveva superato con umiltà e intelligenza tante difficoltà e peregrinazioni prima di emergere come insegnante alla Sorbonne di Parigi e ottenere il Nobel, si era fatta un suo concetto su questa tanto osteggiata discriminazione quando disse che "l'umanità ha bisogno di uomini pratici, che offrono il meglio del loro

lavoro, ma anche di sognatori per i quali lo sviluppo disinteressato di un'impresa è così accattivante che diventa impossibile per essi dedicare la loro attenzione ai profitti materiali". Per questi secondi, i sognatori, lei non lo esplicitò, ma si capisce che intendeva le donne. Contrasta con la meditazione del premio Nobel per i raggi X quella molto meno conciliatrice di un insigne endocrinologo dell'Università di Roma, che nel 1939 affermava nella rivista *Educazione Fisiopsichica*, che "i fattori di pervertimento della natura femminile (facendo gli stessi studi degli uomini) sarebbero tre: la volontà di emancipazione economica, il desiderio di emancipazione coniugale e familiare e terzo l'emancipazione spirituale". Fortunatamente ha usato il condizionale e né lui ha conseguito il Nobel, a differenza della Levi-Montalcini con il fattore di crescita delle cellule nervose, né la società italiana gli ha dato ascolto visto che la percentuale di donne iscritte all'Ordine dei Medici è salita nel secolo scorso dal 12% del 1978 al 30% del 1994 e forse oggi è vicina al 50%.

È rimasto tuttavia in sospenso il bisogno, forse non completamente maschilista, di mantenere pur modificandoli gli stereotipi di genere nell'attività medica, ossia i compiti più opportuni per ciascun sesso. Nel 1970 un'autorevole rivista nordamericana riferiva l'opinione di un'ottantina di psichiatri e psicologi, secondo cui gli uomini risultano logici, attivi e autonomi, mentre la donna è irrazionale, passiva e dipendente; ma già nel 2010 uno studio pubblicato su *Annals of Family Medicine* riferiva che quattromila pazienti cardiovas-



scolari non avevano rilevato alcuna differenza nelle cure ricevute dai medici dei due sessi; solo i diabetici avevano notato che mentre i dottori si concentravano più sul numero e la qualità dei farmaci, le dottoresse dedicavano maggior tempo alla spiegazione dei fattori di rischio e alle più utili modifiche dello stile di vita. Recentemente di questo problema se n'è occupata la facoltà di Medicina di *Umea* in Svezia, i cui docenti hanno osservato che le aspiranti medichesse erano capaci, empatiche, caute, con poca autostima, mentre gli studenti maschi erano razionali, fiduciosi, esigenti, provocatori, competitivi, invadenti e con alta o eccessiva autostima. Commentava la dott.ssa Oberhammer che ci sono due codici di comportamento, il femminile caratterizzato da intuizione, interconnessione, empatia e sentimento, il maschile con settorializzazione, razionalità e comando. Nel commento poi di questa ricerca si suggeriva alle dottoresse di imparare a dire di no, pretendere più spazio e pensare a comportarsi come uomini senza perdere la femminilità.

Non c'è dubbio che in tutti i campi l'uomo e la donna siano diversi e che in ognuno il

contributo dell'uno si integra con quello dell'altra. Il pensiero maschile si basa più sulla razionalità di un sistema, sia materiale che umano, in cui tutto funziona meglio se ha una logica, una catalogazione; qualcuno dice che l'uomo se sta facendo una cosa, spesso una per volta, non risponde nemmeno se viene sollecitato. Il pensiero femminile invece valuta la problematica nel suo insieme e in tutte le sue sfumature, talvolta dispersive, riesce meglio ad immedesimarsi nei problemi dell'altro, spesso interviene con quel meraviglioso "me lo sento", il famoso sesto senso, una specie di capacità del non detto, che arriva da segnali impercettibili, quasi una telepatia, il "...esse sanno e non sanno..." delle donne di *Canterbury* di Eliot. È mancata per troppo tempo e certamente non è ancora ben definita questa integrazione fra dottori e dottoresse, per una migliore cura del malato, ma sono sicuro che ci stiamo arrivando e credo sia doveroso per tutti i medici maschi concludere con l'incipit di un articolo che Pier Luigi Prati pubblicò anni fa su questa rivista: "Chiedo perdono alle dottoresse, non avrei mai immaginato che si sarebbero rivelate tanto brave!"

Stiamo sbagliando qualcosa?

di Filippo Stazi

Si sente continuamente dire che l'Italia degli ultimi 20 anni è stata un paese fermo al palo. Un paese che ha sperato di vivere solo di rendita, in realtà sperperando quanto era stato accumulato fino ad allora. Un paese bloccato, arroccato nella difesa dello status quo e dei privilegi consolidati. Un paese che non ha investito nella cultura, nell'istruzione. Un paese, insomma, che si è dimenticato di progettare il futuro. Credo che queste affermazioni siano oggettivamente vere.

L'amaro dubbio è che qualcosa di analogo stia accadendo anche al mondo della ricerca cardiologica, sia italiana che internazionale. Quando mi sono abbonato per la prima volta al *New England Journal of Medicine*, circa venticinque anni fa, non vi era praticamente numero settimanale della prestigiosa rivista che non ospitasse almeno un articolo originale a tema cardiologico. La cardiologia sembrava essere il vero volano, o almeno uno dei motori principali, del progresso medico. Ed effettivamente in quegli anni l'avanzamento delle conoscenze nella diagnosi e nella cura delle malattie cardiovascolari è stato portentoso. Si calcola infatti che la gran parte dell'allungamento della vita media di cui stiamo al momento beneficiando sia figlio della minore mortalità cardiovascolare. Oggi, però, le cose probabilmente non stanno più così!



Sfogliando i numeri del 2014 del *New England* si osserva infatti che dal 1 gennaio ad oggi nella sezione “articoli originali” sono stati pubblicati 77 lavori. Di questi solamente 9, l’11,6%, erano di pertinenza cardiologica. Non solo, in cinque di questi nove report il nuovo intervento terapeutico in esame non ha indotto alcun vantaggio rispetto alla terapia convenzionale di confronto; in 3 casi il gruppo di pazienti trattato con l’oggetto della ricerca è andato addirittura peggio della coorte di controllo. Solo in un articolo “benefici della resincronizzazione ventricolare nello scompenso cardiaco lieve” si è assistito ad un risultato positivo ma va comunque segnalato che in realtà non si trattava di uno studio nuovo ma del prolungamento del follow up di un trial precedente, il MADIT-CRT, che già aveva mostrato l’efficacia di tale terapia.

Stiamo allora sbagliando qualcosa? Probabilmente sì anche se è difficile dire cosa. Minori investimenti, farmaci ormai vecchi, scarsa fantasia, abitudinarietà, tendenza a percorrere sempre le stesse strade; più probabilmente l’insieme di tutti questi elementi. Il sospetto è che i filoni di ricerca che ci hanno consentito progressi superlativi si siano ormai inariditi, che il fondo di questi barili sia già stato raschiato e che sia tempo di puntare coraggiosamente verso nuovi orizzonti. Non è facile anche

perché la ricerca, sia nei nuovi devices che nei farmaci, è ormai pilotata dall’industria. Aprire nuove strade significa anche spendere denaro che non frutterà, significa, ad esempio, studiare più l’aterosclerosi in tutte le sue sfaccettature che non l’impiego di nuovi farmaci o stent. Questo l’industria difficilmente potrà farlo e pertanto è compito delle istituzioni, nazionali ed europee, impiegare fondi per studi non profit.

Elenco degli articoli citati

- *Unexpected abrupt increase in left ventricular assist device thrombosis.*
- *Mitral-valve repair versus replacement for severe ischemic mitral regurgitation.*
- *Spironolactone for heart failure with preserved ejection fraction.*
- *A controlled trial of renal denervation for resistant hypertension.*
- *Fibrinolysis for patients with intermediate risk pulmonary embolism.*
- *Aspirin in patients undergoing noncardiac surgery.*
- *Clonidine in patients undergoing non cardiac surgery.*
- *Survival with cardiac-resynchronization therapy in mild heart failure.*
- *Darapladib for preventing ischemic events in stable coronary heart disease.*

L'antica arte del polso

di Vito Cagli



Un tempo, ma fino a non molti decenni or sono, il primo gesto del medico che si accostava al malato era quello di portare le dita della propria mano

a ricercare le pulsazioni avvertibili in quella zona del corpo che denominiamo “polso”.

Questo gesto veniva da lontano, da molto lontano, da una storia che possiamo far cominciare con il *Canone di Medicina* che, nella sua forma originaria fu redatto dall'imperatore cinese Huang Ti, più di 2500 anni prima di Cristo. Secondo questo testo erano quattro i mezzi con cui il medico doveva esaminare il malato: l'osservazione, l'udito, l'inchiesta, la palpazione del polso. Quest'ultima divenne, nel corso



La fanciulla malata: un quadro di Jan Steen (circa 1660). Il medico è ritratto nell'atto di prendere il polso alla sua paziente, (da Lauriello G I colori della medicina: la storia della medicina attraverso dipinti famosi Edizioni Noitrè, Battipaglia 2008).

Un medico cinese palpa il polso della sua paziente con un solo dito.
(da Lyons AS, Petrucci RJ Medicine: an illustrated story Abrams HN Inc, New York 1987, p.128).

dei secoli, l'indagine più sviluppata della medicina cinese, tanto che un trattato sul polso in ben dieci volumi scritto da Wang Shu-ho nel 280 a.C. ne riconosce 23 varietà, ciascuna indicativa di una determinata situazione patologica. Le pulsazioni venivano apprezzate sia con un solo dito, sia con tre dita contemporaneamente, l'indice, il medio e l'anulare, così con la mano sinistra sul polso destro, come con la mano destra sul polso di sinistra. Ogni polso percepito da ciascun dito posto su tre zone diverse aveva un proprio nome e rinviava alle condizioni di due organi interni: per esempio, il polso *Tsuen* di sinistra, palpato dall'anulare della mano destra, avrebbe fornito indicazioni sulle malattie del cuore e dell'intestino tenue. Ogni polso andava apprezzato tanto con una palpazione superficiale quanto con una profonda, sicché per ogni lato i polsi risultano essere sei e salgono dunque a dodici nel totale dei due lati, ma divengono ancora più numerosi se si considera che il rilevamento andava ripetuto in ore diverse della giornata. Non era stata stabilita, però, dalla medicina cinese, una chiara relazione tra pulsazione di un'arteria periferica (il polso) e l'attività cardiaca, in quanto mancavano precise nozioni di anatomia e di fisiologia dell'apparato circolatorio, a causa del fatto che, fino al 1913, le dissezioni del cadavere in Cina erano proibite.



Una prima, forse la più antica, descrizione del polso come fenomeno collegato all'azione del cuore, la troviamo nel papiro di Ebers del 1552 a.C. in cui si può leggere:

L'inizio del segreto del medico: la conoscenza dei movimenti del cuore. Vi sono vasi che da esso vanno a ogni membro. Così quando un medico, un chirurgo o un esorcista pone le mani o le dita sulla testa, dietro la testa, sulle mani, ove è lo stomaco, sulle braccia, sui piedi allora egli esamina il cuore, perché tutte le membra hanno i loro vasi, perché il cuore parla dai vasi di ogni membro.

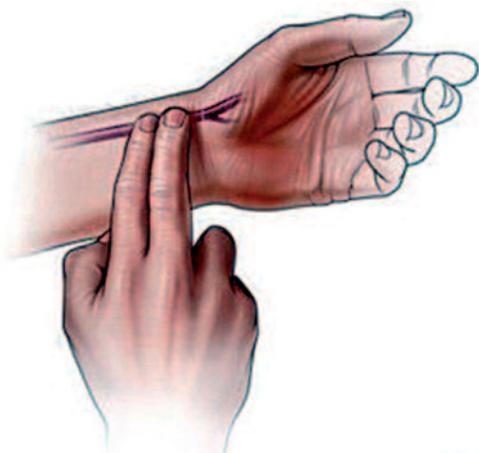
Qualcosa di simile, sempre in Egitto, era stato già scritto, due secoli prima, nel papiro di Edwin Smith, in cui si afferma che: "La sua pulsazione del cuore è in ogni vaso di ogni membro". Stupisce il fatto che a nessuno fosse venuto in mente di appoggiare l'orecchio sul torace per ascoltare i toni cardiaci. Ma per giungere a questo si dovrà attendere per oltre tremila anni, cioè fino al-

l'introduzione dell'auscultazione da parte di René Théophile Laënnec ai primi dell'Ottocento.

In Grecia, Ippocrate (460-375/351? a.C.) auscultava il torace ma soltanto per cogliere i rumori provenienti dall'apparato respiratorio e pare contasse le pulsazioni, senza però dare particolare importanza al polso. In epoca alessandrina (intorno al 300 a.C.) Erofilo descrisse i caratteri del polso in modo sovrapponibile a quanto noi oggi facciamo: frequenza, ritmo, tensione, ampiezza. Egli misurava la frequenza valendosi di una clessidra ad acqua di sua invenzione.

Nella medicina romana Galeno sviluppò un'articolata teoria del polso, enumerandone ben 27 varietà, ma con riferimento alla pratica descrisse soltanto la frequenza e l'eguale o ineguale susseguirsi degli impulsi.

Durante il Medio Evo e fino a tutto il '600, Galeno fece testo e quindi anche il polso fu considerato un elemento importante dell'esame del malato, insieme all'aspetto



delle urine (uroscopia) che anzi, almeno sotto il profilo iconografico, ricevette più attenzione del primo. Nel *Regimen Sanitatis*, che riassume l'esperienza della Scuola Salernitana (IX-XIV secolo) leggiamo:

Come l'urina si distingue dal colore, così il polso si conosce dalla natura e dalla forma.

La secchezza degli umori non produce un polso pieno, ma fa percepire un polso sottile. Se il calore abbonda, si nota un polso celere; quando è lento è prova che il freddo ne è la causa.

Il sangue produce il polso pieno e celere; la bile lo rende sottile e molto agitato; la flemma produce il polso pieno e molto lento, ma la melanconia lo rende sottile e debolissimo. Così, a seconda dei quattro umori, dal moto del polso si ha la causa e una sicura cognizione.

Come si vede, siamo ancora alla teoria ipocratica dei quattro umori, ritrasmessa da Galeno.

Bisognerà attendere anzitutto la scoperta della circolazione del sangue da parte di Harvey (1649) perché divenga possibile valutare a pieno l'importanza del polso e l'iconografia pittorica ci attesta che anche nel XVII secolo il polso costituiva l'emblema della visita medica.

Sarà la rivoluzione della semeiotica medica dell'Ottocento a modificare radicalmente il modo di visitare i malati e a consentire un'ulteriore valorizzazione del polso. Dopo Corvisart che nel 1808 tradusse il libro di Auenbrugger sulla percussione del torace, diffondendone in tal modo

l'adozione, fu soprattutto il già ricordato Laënnec che, pubblicando nel 1819 il suo trattato sull'auscultazione e sull'impiego dello stetoscopio, dischiuse ai medici il concerto di suoni e rumori provenienti dall'apparato respiratorio e dal cuore. Con l'introduzione dell'auscultazione nasce la cardiologia clinica e si sviluppa quell'attenzione ai toni, ai soffi e ai rumori cardiaci che per più di un secolo hanno tenuto banco nella clinica del cuore. Inoltre, l'esame contemporaneo del cuore attraverso l'auscultazione e del polso attraverso la palpazione consente di affinare le conoscenze sulle malattie cardiache, aiutando a collocare soffi e rumori in rapporto con le diverse fasi dell'azione cardiaca (in tempo sistolico, diastolico ecc.) e anche a meglio distinguere le aritmie. Vennero altresì descritti tipi particolari di polso, come il polso celere di Corrigan dell'insufficienza aortica; il polso di Kussmaul, denominato "paradosso", perché diviene più piccolo in coincidenza con la fase inspiratoria del respiro e che è tipico dei versamenti pericardici. Il fatto che dei polsi con particolari caratteristiche siano rimasti legati al nome dei clinici illustri che li hanno collegati a specifiche condizioni morbose dimostra come nell'Ottocento la palpazione del polso conservasse tutta la sua importanza. Così fu anche per buona parte del '900, nonostante le numerose innovazioni introdotte in quel secolo nella cardiologia, prima fra tutte l'elettrocardiogramma.

L'altra grande novità del Novecento fu l'impiego dell'apparecchio descritto da Scipione Riva-Rocci nel 1896 per misurare la pressione arteriosa, che per tutto l'800 era stata valutata solo approssimativamente dai caratteri del polso. Una precisa determinazione della pressione sistolica (o massima) era ottenibile in base alla scomparsa del polso radiale, ottenuta mediante la compressione esercitata dalla cuffia gonfiabile dell'apparecchio, in corrispondenza di un determinato valore di pressione del sangue indicato dall'altezza della colonna di mercurio su di una scala graduata, dunque, un ulteriore "servizio" del polso che sarà integrato, a distanza di alcuni anni dal metodo auscultatorio introdotto da Korotkov, con cui si potrà misurare anche la pressione minima (o diastolica). Il tempo attuale è tempo di tecnologia e ora sono gli apparecchi automatici per la misurazione della pressione a fornire anche il valore della frequenza del polso. Così si è ridotta ulteriormente l'attenzione sull'antica arte di apprezzare il polso con le proprie mani. Tuttavia la buona abitudine di prendere il polso agli ammalati non dovrebbe andare perduta. Dall'esame del polso si traggono ancora oggi informazioni utilissime e il gesto del medico che tiene nella propria mano il polso del paziente è un contatto intimo ma non invadente, fuggevole ma intenso, che comunica silenziosamente la vicinanza al paziente.

QUADRI & SALUTE

di Filippo Stazi



Picasso: *Scienza e carità*; 1897

“Ci sono pittori che dipingono il sole come una macchia gialla, ma ce ne sono altri che, grazie alla loro arte e intelligenza, trasformano una macchia gialla nel sole” (Picasso).

Pablo Picasso (Málaga, 25 ottobre 1881 – Mougins, 8 aprile 1973) è stato un Artista poliedrico e geniale che ha attraversato vari periodi artistici. Il suo percorso pittorico è ben riassunto da una sua celebre frase *“A los*

doce años sabía dibujar como Rafael, pero necesité toda una vida para aprender a pintar como un niño". (A dodici anni dipingevo come Raffaello, però ci ho messo tutta una vita per imparare a dipingere come un bambino). Nel 1897 durante gli anni del cosiddetto realismo spagnolo il sedicenne Picasso dipinge un olio su tela, ora conservato al Museo Picasso di Barcellona, intitolato Scienza e carità. Nella scena, un medico (per questa figura posò il padre dell'artista) è seduto al capezzale di una malata dal volto esangue, mentre una suora tiene in braccio il bambino della donna e le porge una tazza.

La scena si svolge in una stanza spoglia, dai muri rovinati dall'umidità e in cui spicca, sulla parete di fondo, la doratura della cornice barocca che incombe come una bocca spalancata, sospesa sui presenti. Si vuole che Picasso abbia rievocato in questo quadro la malattia della sorella. Nel dipinto ben si amalgama la "scienza" del medico

che sta tastando il polso della malata e la "carità" della suora che, contemporaneamente, accudisce l'ammalata ed il suo bambino. Nella composizione abbondano le componenti un po' inquietanti e simboliche allusive alla morte. Il cono d'ombra che sembra entrare nella stanza è una presenza negativa, la mano abbandonata e oscura della donna ha un aspetto macabro, come pure le sfumature rossastre sotto le imposte chiuse della finestra. L'opera, le cui dimensioni raggiungono i 197 x 249.5 cm, è stata dipinta sopra un altro quadro di natura sconosciuta (forse una battaglia), secondo un'attitudine al riciclo tipica del giovane Picasso fino agli anni del primo successo e dovuta alle ristrettezze economiche d'inizio carriera.

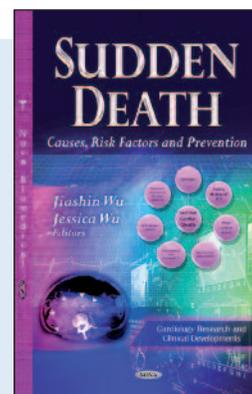
Già nel 1897 il dipinto venne premiato con una menzione d'onore alla Fiera generale delle Belle Arti di Madrid e con una medaglia d'oro alla successiva Esposizione provinciale di Malaga (città natale di Picasso).

tra i libri ricevuti

Sudden death

Questo libro descrive l'esperienza della scuola padovana di Sergio Dalla Volta, portata avanti in particolare da Bortolo Martini, Andrea Nava e Gaetano Thiene, sul problema della morte improvvisa del giovane e degli atleti, consegnando alla ricerca importanti contributi sulla cardiomiopatia aritmogena così frequente nel Veneto e sulla sindrome di Brugada.

E. P.



Esplorare la vita



Realizzare i sogni

Science For A Better Life



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

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

www.bayer.it



Bayer:

HealthCare

CropScience

MaterialScience

Parole che aiutano a vivere

di Bruno Domenichelli



Esistono parole capaci più di altre di evocare immagini ed emozioni immediate nella mente. Parole-simbolo. Gabbiano è leggerezza, senso di libertà. Vela è fantasia, alimentata dal vento. Parole che secoli d'uso hanno reso dense di significati, di musiche e di profumi inconfondibili e alle quali ognuno di noi attribuisce talora sensi e sensazioni personalissimi. Capaci spesso, mediante la capacità evocativa del loro suono, di trasmettere e far godere atmosfere e magie di significati nuovi e inconsueti, liberando sciami di farfalle impazzite che ti volano attorno e ti trascinano imprevedibilmente nel volo. Parole capaci di indurre nella mente, in un gioco magico di caleidoscopi, risonanze interiori e scintille di libere associazioni di idee. Parole capaci di destare d'improvviso sinestesie dimenticate. Iridescenti germi di potenziale creatività. Come quando il profumo giallo del narciso rievoca voli neri di rondoni d'infanzia, arcobaleni di stridii capaci di legare per sempre il cielo con la terra. O come quando la folata improvvisa del profumo intenso della torta di mele materializza nel ricordo il sorriso della nonna che tagliava le fette per i nipoti festanti. Parole per alleviare la tristezza o con cui evocare nell'anima momenti imprevedibili di gioia.



La vetrina delle perle, che da oggi vi proporrò, sarà l'ideale contenitore di queste parole, esplorate e raccolte in un itinerario del tutto casuale della fantasia, alla ricerca di strumenti per chiarire più compiutamente i significati di concetti e sentimenti con i quali ognuno di noi è portato tutti i giorni a confrontarsi; per integrarli nella nostra sfera di consapevolezza e farne compagni di viaggio cordiali e stimolanti della nostra avventura quotidiana. *Parole che aiutano a vivere*, appunto, che suggeriscono dimensioni inesplorate e lussureggianti dell'esistenza.

Perché cercare di "definire" un concetto, attraverso le parole che per la prima volta ci hanno consentito di appropriarcene, incorporandolo nel nostro essere, significa *circoscriverlo* e osservarlo isolato, in una sintesi che ne chiarisca meglio l'essenza e ne conservi integra la carica di significati e di emozioni.



Ancora una raccolta di massime e di aforismi, allora?

No. Solo il desiderio di immergere a caso le mani fra la sabbia, con il piacere e la frenesia ludica di un bambino che sull'orlo della spiaggia, affonda le dita nella trasparenza del mare, nel piacere della ricerca di perle nascoste in conchiglie costruite nel corso di una vita. Un'operazione letteraria che, immaginata da un medico, non poteva che proporre le perle, forse per deformazione professionale, come farmaci di "ricette esistenziali"... da assumere a piccole dosi nella terapia dell'anima.

Parole e immagini per "vivere", appunto, spunti di riflessione non solo per conoscere meglio se stessi, ma da utilizzare per le quotidiane esigenze dell'ecologia della mente. Sarà un approccio mediato da linguaggi fra loro diversi e talora inconsueti, che tradiscono l'eterogenea provenienza dei frammenti scelti dal coacervo della produzione letteraria maturata in una vita e che sfuggono comunque alla costruzione sintattica formale dei classici aforismi.

Pensieri ed immagini che, anche se avulsi dai contesti originari dai quali sono stati enucleati (o forse proprio per questo), conservano intatta, se non spesso esaltata, la limpidezza e l'assoluta libertà espressiva che ne aveva caratterizzato il processo creativo, privo di ogni primaria intenzionalità definitoria.

Scoprire a posteriori, spesso a distanza di anni e quasi casualmente, le potenzialità significanti di questi frammenti, schegge di creatività isolate da più ampi contesti, è stata per me una gratificante sorpresa,

come se l'operazione di decontestualizzazione ne avesse esaltato la densità dei contenuti e l'immediatezza espressiva. Ne ho provato talora una sensazione di spersonalizzazione, non sempre riconoscendo l'occasione in cui avevano trovato la luce. Una controprova sperimentale forse, che l'autore non è talora che un semplice spettatore-testimone attonito di ciò che accade nella sua mente. Tramite stupefatto e passivo di misteriosi *oltre*.

Nelle pagine che seguiranno, le singole parole, presentate in ordine alfabetico, quasi ad esaltarne l'individualità dei significanti, saranno "illustrate" con l'aiuto di frammenti estratti dai contesti letterari più diversi: da centinaia di racconti, saggi, poesie e articoli giornalistici che ho pubblicato nel corso della vita. Autocitazioni che, pur nella loro soggettività, assumono talora un significato "definitorio" evocativamente assoluto che, se anche atipico nella forma, ha in sé la forza evocativa e la potenzialità conoscitiva che la psicoanalisi riconosce ai sogni, che, pur privi di una sintassi tradizionale, sono proprio per questo capaci di offrire suggestivi squarci di visione nel profondo dell'essere, fino a far sbalzare nella sua definitiva purezza l'essenza significativa di un concetto o di un sentimento.

Illuminazioni che la fantasia evoca dalla fantasia dall'universo interiore di ognuno di noi, abitato da memorie collettive ed individuali; da un mondo affollato da archetipi alla ricerca solo dell'immaginazione di un artefice che li porti alla luce della coscienza, lucenti come bronzi recuperati dal

mare. Un mondo sommerso, appunto, di cui ognuno di noi è scrigno inconsapevole. Un tesoro che rischieremmo di non conoscere mai se non ci aiutassero i sogni o se la nostra analisi razionale od emotiva non cercasse altrimenti di scandagliare le profondità dell'essere.

Questa raccolta di frammenti si propone quindi come strumento maieutico di comprensione, nel significato etimologico più ampio di "cum-prehendere", di assumere cioè in noi, fino a farne patrimonio personale, il senso degli oggetti e delle idee che ci accompagnano nella vita quotidiana.

Si propone inoltre di suscitare in chi legge emozioni gratificanti, capaci di far sbocciare nell'anima risonanze di suggestioni inconsuete o vibrazioni con qualche sconosciuta necessità dell'essere, al pari del verso illuminante di una poesia o di un pensiero filosofico.

Come lo scalpello di uno scultore che fa emergere un volto dalla massa informe del marmo, così le parole di uno scrittore fanno affiorare dall'indistinto della mente gli oggetti della realtà e le idee del mondo interiore, colorando le sfumature dei sentimenti e animandole di vita propria.

Allo stesso scopo ho collocato negli scaffali di questa ideale "vetrina delle perle" i risultati dei miei tentativi personali di "chiamare" ogni cosa con il suo nome, e tentare in qualche modo di "dialogare" emotivamente o razionalmente con lei, inconsapevolmente accogliendo l'invito fatto all'Uomo nell'Eden, quando metaforicamente Adamo fu chiamato a dare un nome ad ogni creatura animale, e quindi a farla propria;

come se nel “nominarla” fosse già in sintesi il concetto di “com-prenderla, incorporarla” nella propria natura di uomo.

Alla ricerca dei mille significati e della carica misteriosa di emotività che ogni parola porta segretamente in sé ed è capace di suscitarcì nell’anima.

Accettazione

Imparare a non piangere se nei ricordi, quando giunge l’autunno, sale la nebbia o se con gli anni si smarrisce nella memoria il contorno di un volto o l’immagine del volo di un falco o il profumo del biancospino.

Adolescenza

Adolescenza: rubare il fuoco agli dei.

Fuggita adolescenza, più non ritrova la via del cuore l’eco dei nostri passi.

Quando la vita ha sapore di mela acerba e di promesse sognate.

Quando la vita è la musica delle cicale assolate.

Quando avevamo nel cuore voli di rondini impazzite.



Albero

Inconsapevole, l’albero conosce cielo e terra e l’orologio del sole. Con sapienti dita, in silenzio decifra messaggi di stelle e di luna.

Allegria

Allegria dell’animo: antidoto indispensabile per sopravvivere alla ripetitività del quotidiano; per illuminare il buio di giornate interminabili d’ansia o di monotonia.

Amarezza.

Amarezza è una vita di affetti non vissuti o sprecati, di giorni trascorsi nel disamore e nell’indifferenza, senza nulla donare o ricevere; senza più udire la voce del vento fra i pini o le parole del cuore.

Amicizia.

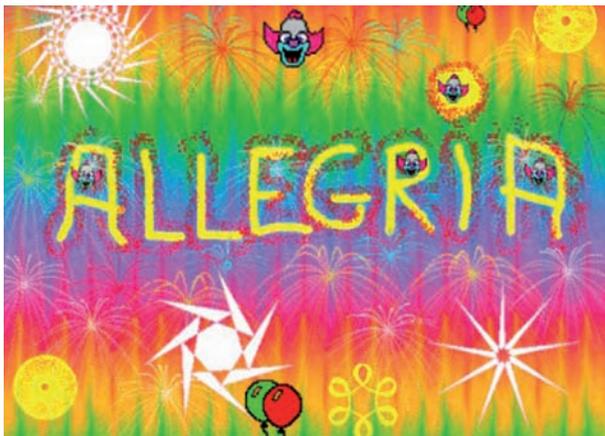
Un bicchiere di vino centellinato insieme, senza parole, di fronte al fuoco di un camino. Un ponte gettato insieme, fra l’infanzia e il futuro.

Un sentimento che ama parole e silenzi. Le parole, per esprimere alla mente i propri imprevedibili volti; i silenzi, perché il cuore sa comprendere senza parole.

Amicizia è tollerare e comprendere; è il miracolo di diversità apparentemente incolmabili che rendono fratelli.

Amicizia è trovare la chiave per scoprire i segreti dell’anima dell’amico, ma insieme saper rispettare i rifugi inviolabili della solitudine.

Amicizia: sapienza di restare in ascolto, affinché nel tuo silenzio il cuore dell’amico trovi il giusto spazio e parole per aprirsi al tuo.



Amore

Ti dono un fiammifero magico. Per accendere nella tua notte un'esplosione di fuochi d'artificio.

Ti dirò parole lievi d'amore e i tuoi pensieri saranno trasparenti come cieli.

Illuminerà la notte la scintilla di un amore nuovo scoperto d'improvviso.

Hai nelle mani profumo di vivere.

Desideri che scavano nel cielo.

Questa sera donerò a te sola parole piene di musica, parole lievi d'amore e i tuoi pensieri saranno trasparenti come cieli.

Lasciami staccare qualche stella dal cielo; voglio farne ghirlande di luci per il tuo volto. Più nulla ha senso, se l'amore muore. Vela senza vento; cielo senza voli d'uccelli; notti senza luci di stelle. Assiderato muore anche il pianto.

Ti sei distesa a ricevere il mio desiderio. La lucertola si faceva di luce e di sasso nella canicola.

Hai chiuso gli occhi, senza parlare. L'ape di miele palpitava sulla corolla di un fiore, abbacinata dal sole.

Apocalisse

Tutto finì quando la terra mostrò alle stelle il suo cuore incandescente aperto nella

notte come una melagrana di fuoco. Grani rossi di sangue si dispersero galleggiando nell'universo.

E l'uomo, l'ottavo giorno, disseminò di mostri la stratosfera e le aurore boreali si spensero. Disorientati erravano nel cielo voli di aironi, la bussola impazzì e i fiori si volsero a cercare il buio.

Glaciazioni di stelle hanno spento la terra. In un attimo d'infinito si sono consumate le presunzioni tragiche della storia dell'uomo, grigie morene che il tempo trascina e dimentica in valli sperdute dello spazio.

Armonia

Esperienza di sintonie vissute serenamente dal cuore: unisoni cellulari percepiti dentro di sé e nei voli dei gabbiani, a ondate nel cielo.

Arte

Arte? È il respiro dell'uomo nella storia. La produzione di un'opera d'arte esprime la nostalgia struggente da parte dell'artista per una smarrita armonia con gli archetipi insondabili nascosti nella profondità dell'anima. Per chi l'osserva, un'opera d'arte è il desiderio di un dono, la rivelazione di una realtà spesso già inconsciamente posseduta nel profondo dell'animo.

Associazioni d'idee

Scandagli gettati nella memoria alla ricerca di risonanze dimenticate.

Stimoli privilegiati per far emergere nella sfera della coscienza idee primordiali che vivono da sempre, prima del linguaggio, nella mente dell'uomo.



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.

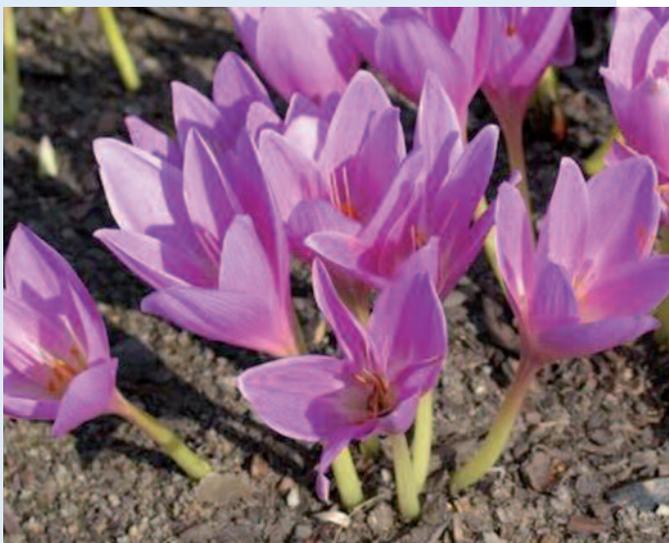
Il fiore d'autunno che protegge le coronarie

I botanici moderni l'hanno battezzato *colchicum autumnale*, ma questo fiore delicato dalla forma di un piccolo giglio rosa-violetto, che trapunta i prati specie d'autunno, era già conosciuto dagli antichi ed anche utilizzato per alcune proprietà antalgiche. Lo era perfino come veleno perché a certe dosi diventa una specie di "arsenico vegetale", provoca la morte con gravi disturbi intestinali. La farmacopea ufficiale ne indica il suo principio attivo, la colchicina, come un antidoto contro il dolore e l'infiammazione dell'artrite gottosa, la podagra della passata letteratura, una malattia quasi scomparsa ai giorni nostri, ma sempre in agguato se non se ne correggono i presupposti.

La colchicina si era già avvicinata al cuore anni fa quando alcuni clinici avevano osservato la sua capacità di impedire le recidive della pericardite benigna, quella di probabile origine virale. Ma oggi alcuni ricercatori australiani e canadesi, suggestionati proprio da quelle sue proprietà antinfiammatorie, hanno voluto verificare se nei malati coronarici, nei quali molti studi moderni indicano un ruolo della componente infiammatoria nel provocare la comparsa di angina, di infarto o di ictus, la colchicina esercitasse un effetto protettivo.

I risultati pubblicati su un'importante rivista cardiologica americana sono a dir poco sorprendenti perché i pazienti che, oltre agli abituali farmaci usati a questo scopo, assumevano anche la colchicina alle dosi di una mezza compressa giornaliera, riducevano quel rischio di ammalare di oltre i due terzi.

Quando ho raccontato questa singolare ricerca a un veneziano non medico, che mi stava ascoltando attentamente e mi fissava con lo sguardo di chi voleva capire, ma, come diceva Manzoni nei riguardi del dottor Azzecagarbugli, in realtà non aveva capito niente, alla fine mi disse: "Ma varda ti cossa che i va a pensar sti cardiologi".



E.P.



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.

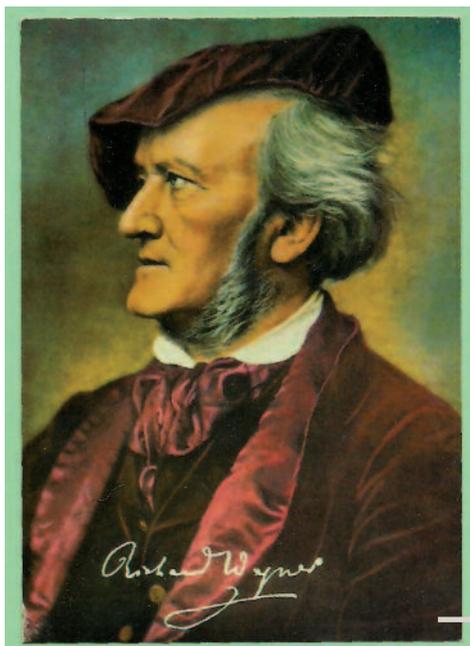
*Nella rubrica **La palla di Tiche** viene ricordato un personaggio del nostro tempo o del passato, illustre o sconosciuto, morto d'infarto. I medici e i lettori sono invitati a segnalarci casi di loro diretta conoscenza che presentino peculiarità meritevoli di essere conosciute.*

L'ora sacra di Wagner

di **Paola Giovetti**



Nella primavera del 1813, quando Wagner nacque a Lipsia (22 maggio), la Sassonia era invasa dalle truppe di Napoleone che, dopo la disfatta subita l'anno prima in Russia, stava tentando di riaffermare il suo potere in Europa facendo base appunto in Sassonia: di qui mirava alla conquista di Berlino. In ottobre fu combattuta davanti a Lipsia la famosa Battaglia delle Nazioni, che segnò la fine della parabola napoleonica.



Carl Friedrich Wagner, funzionario di polizia, attore amatoriale e amante della letteratura, fu – si dice – soltanto il padre legale di Richard: padre naturale fu il giovane attore e poeta ebreo Ludwig Geyer, che appena nove mesi dopo la morte per tifo di Carl Friedrich, avvenuta quando il piccolo Richard aveva appena sei mesi, sposò Frau Johanna, già madre di otto figli. Insieme ebbero una bambina, Cecilia, che fu compagna di giochi e confidente di Richard.

Richard Wagner



Il cattivo rapporto con Geyer è forse all'origine delle opinioni ostili del compositore nei confronti degli ebrei.

Johanna dal canto suo era anch'essa figlia illegittima: pare certo che fosse figlia naturale del giovanissimo principe Costantin, fratello minore del duca Carl August di Weimar, amico e protettore di Goethe, che l'aveva generata quando aveva appena sedici anni con la moglie del fornaio Paetz di Weisnfelds: il giovane aristocratico, dotato di grande talento musicale, provvide all'educazione della bambina. All'epoca avere figli illegittimi non era, da parte della nobiltà tedesca, un fatto inconsueto.

La musica non entrò presto nella vita di Richard Wagner: a 16 anni però assistendo al *Fidelio* di Beethoven decise di divenire compositore. Prese lezioni di composizione per appena sei mesi e subito cominciò a comporre: *Le fate*, legata alla tradizione musicale tedesca, fu la sua opera prima.

A 23 anni sposò la cantante Minna Planer, non per vero amore ma perché il senso pratico e l'affetto della giovane donna costituivano un rifugio sicuro per il suo temperamento disordinato e ribelle. La differenza di carattere e le spesso disperate condizioni economiche furono però fonte di continue crisi coniugali.

L'anno dopo Wagner iniziò la carriera di direttore musicale a Königsberg e poi a Riga. Per sfuggire ai creditori si imbarcò con Minna per Londra, un viaggio burrascoso che gli ispirò *L'olandese volante*. Trasferitosi a Parigi, visse in condizioni di povertà tanto da dover impegnare al Monte di Pietà le fedi matrimoniali. Intanto aveva scritto *Rienzi*,

il cui successo gli valse il posto di direttore d'Orchestra dell'Opera di Dresda. Qui portò in scena *L'olandese volante*, *Tannhäuser* e *Lohengrin* e strinse amicizia con Franz Liszt e con il pianista e direttore d'orchestra Hans von Bülow, suoi ammiratori. Liszt lo protegge quando, dopo essere stato sorpreso ad erigere barricate a fianco di Bakunin, perde il posto a Dresda; con i 300 franchi che Liszt gli regala finanzia il viaggio che lo porta in esilio a Zurigo. Minna a questo punto separa il suo destino da quello del marito ma lo raggiunge quando lui consolida la sua posizione. Wagner del resto si consola con numerose amicizie femminili.

La sua fama di musicista intanto cresce: è un periodo di fervida creatività, Wagner scrive le sue opere più famose di cui compone sia il testo che la musica: *L'anello del Nibelungo*, *Parsifal*, *L'oro del Reno*, *Walkyria*, *Sigfrido*, per le quali si riallaccia all'antica mitologia germanica.

A Venezia, dove si è rifugiato in solitudine dopo uno scandalo amoroso, compone *Tristano*. Vive poi a Parigi, dove Minna lo raggiunge di nuovo, ma il matrimonio è ormai alla fine; qui il successo è straordinario, pur tra scandali e contrasti. A Vienna, dove si

Tomba di Wagner e sua moglie



reca per la rappresentazione di *Tristano* con la direzione dell'amico Hans von Bulow, scrive *I maestri cantori di Norimberga*, la sua unica commedia.

Suo grande ammiratore fu re Ludwig II di Baviera, salito al trono nel 1864, che lo invitò a Monaco salvandolo da una situazione finanziaria disastrosa. Nel 1864 Wagner divenne amante di Cosima Liszt, più giovane di lui di 24 anni, figlia naturale (un destino nella vita di Wagner!) del grande compositore, strappandola al marito Hans von Bulow: inutile dire che i rapporti tra i due vecchi amici si interruppero. Wagner e Cosima ebbero tre figli (Isolde, Eva e Sigfrido) prima di potersi unire in matrimonio, il che potè avvenire nel 1870, quando Cosima ottenne il divorzio dal marito. Minna era morta già da qualche anno.

Con la moglie Wagner si stabilì definitivamente a Bayreuth, dove creò un apposito teatro per la rappresentazione dei suoi drammi e dove tuttora si svolge il famoso Festival. Fu spesso in Italia (Palermo, costa amalfitana) per motivi di salute e per amore per il Belpaese. Finalmente Wagner godeva del successo della sua arte. Aveva rivoluzionato la

tradizione musicale classica scatenando reazioni contrastanti tra wagneriani e anti-wagneriani e anche per questo motivo il successo era arrivato così tardi.

La morte lo colse all'improvviso a Venezia nel 1883 mentre stava scrivendo un saggio dal titolo *Sull'elemento femminile nel genere umano*: l'aveva iniziato l'11 febbraio e ad esso stava lavorando quando nel pomeriggio del 13 si sentì male; riuscì appena a suonare il campanello, Cosima accorse, lo strinse tra le braccia e poco dopo il grande cuore del compositore cessò di battere. A quanto sembra - ma la notizia è controversa - tra coloro che portarono il feretro da palazzo Vendramin, dove Wagner aveva preso alloggio, alla gondola nera che l'avrebbe portato alla stazione c'era il giovane Gabriele D'Annunzio, che poi ne *Il fuoco* descrisse l'episodio.

Nel viaggio di ritorno in Germania le spoglie furono scortate e onorate come quelle di un sovrano. Nietzsche, che stava lavorando al suo capolavoro poetico *Così parlò Zarathustra*, scrisse a Cosima una lettera in cui chiamò "sacra" l'ora in cui il compositore era spirato.

Alcol e salute: un rapporto ambiguo

di Orazio Zanetti



"The dose makes the poison ... or the remedy" (O'Keefe et al., 2014)

L'alcol è una sostanza conosciuta fin dagli albori della storia sotto forma di bevande ottenute tramite il fenomeno naturale della fermentazione in presenza di ossigeno di prodotti della terra contenenti zucchero, quali l'orzo, il grano, i frutti. Il suo uso millenario, le convinzioni popolari e le tradizioni del passato hanno contribuito a conferirgli un importante ruolo sociale nell'ambito della cultura occidentale. Il desiderio e la ricerca di sostanze in grado di appagare l'aspirazione di benessere e di felicità o di ridurre il senso di stanchezza e sollevare l'umore è anch'esso antico quanto l'uomo e non si conosce gruppo umano che non ne faccia uso. Nel Perù, per esempio, quando un indiano compera della coca brucia le prime foglie offrendole alla Pachamana, la madre terra, e durante le lunghe giornate, una pallina di foglie di coca, succhiata lentamente, consente di lavorare a lungo e senza assumere cibo, riducendo la sensazione di affaticamento; un ruolo importante riveste la coca nei riti propiziatori, nei culti magici e nelle divinazioni del futuro.

Analogo significato hanno la cannabis in India, l'oppio in Cina e la mescalina in Messico.

Nella nostra società sono le bevande alcoliche ad accompagnare i nostri incontri, a contrappuntare i nostri banchetti, a far da protagoniste nei brindisi augurali ed il bicchiere di vino rappresenta tutt'ora, negli ambienti rurali, un segno di



ospitalità difficile da rifiutare.

In passato si sono attribuite all'alcol virtù terapeutiche; quando infatti nel medioevo gli arabi introdussero la tecnica della distillazione, gli alchimisti videro nell'alcol l'elisir di lunga vita consigliandone l'uso per numerosi malanni.

Attualmente, a parte le credenze popolari che ancora sopravvivono, l'alcol ha essenzialmente un valore sociale.

Il viaggio nell'organismo

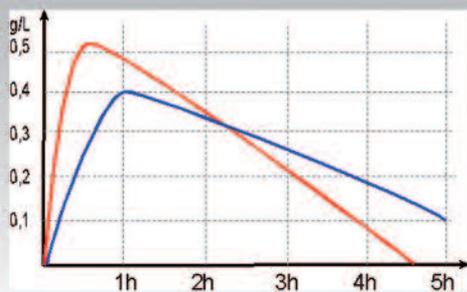
Essendo l'alcol una sostanza polare, miscibile in acqua, di piccole dimensioni e con debole carica elettrica, si muove facilmente attraverso le membrane cellulari per semplice diffusione.

Non dovendo essere sottoposto al processo di digestione da parte degli enzimi intestinali, viene rapidamente assorbito, principalmente nell'intestino tenue (20%) ed in misura minore nello stomaco (2%) e nel grosso intestino. Cinque minuti dopo l'ingestione è determinabile nel sangue dove la concentrazione massima si raggiunge in 30-90 minuti. L'assorbimento dell'alcol a livello dello stomaco è influenza-

to da più fattori: quantità introdotta, tipo di bevanda, tempo impiegato a berlo, caratteri individuali e presenza di cibo; rapido per i distillati, è più lento per il vino e la birra. Gli alimenti in genere ritardano l'assorbimento, soprattutto quelli proteici e lipidici. Nell'intestino tenue (ileo) l'assorbimento è completo e molto rapido oltretutto indipendente dalla presenza di cibo. Superata la parete intestinale l'alcol entra nel circolo portale, attraversa il fegato e si immette quindi nella circolazione sistemica diffondendosi rapidamente in tutti i liquidi ed i tessuti corporei compreso quello cerebrale, dove l'alcol trova uno dei suoi bersagli preferiti.

A causa della facilità con la quale l'alcol si muove indisturbato fra le barriere cellulari del nostro corpo, può passare nel latte materno, nella placenta e nel liquido amniotico, nell'umore vitreo, nel liquido cerebrospinale, nella bile, nella saliva, nelle urine e nell'aria espirata. È comunque la concentrazione di alcol a livello cerebrale la responsabile delle modificazioni del comportamento e delle alterazioni nervose che possono condurre fino alla morte. Quando la concentrazione di alcol nel sangue è al di sotto di 50-80 mg% compaiono euforia e loquacità ma anche allungamento del tempo di reazione, indebolimento della memoria e diminuita capacità di risolvere test anche semplici; man mano che l'alcolemia sale compare grave incoordinazione motoria (100-200 mg%) fino ad uno stato confusionale (200-300 mg%) al coma (300-500 mg%) ed alla morte per depressione respiratoria e cardio-

Assorbimento alcol nell'organismo



A stomaco vuoto (linea rossa) l'assorbimento è più rapido, così come lo smaltimento. A stomaco pieno (linea blu) l'assorbimento è più lento, il picco è minore ma la permanenza nell'organismo è più lunga.

vascolare (500 mg%).

L'alcol è una sostanza fondamentale estranea al corpo e non può venire accumulato nei tessuti. Una piccola quantità (2% circa) può essere eliminata tramite reni e polmoni, la restante non può essere consumata se non tramite la sua ossidazione. L'intero peso di questo processo è affidato a quel grosso centro di manipolazioni chimiche che è il fegato, il quale deve sopportare anche le conseguenze deleterie legate ad un eventuale abuso di alcol. Il 90-98% dell'alcol ingerito viene quindi ossidato nel fegato per opera di tre sistemi enzimatici: l'alcol deidrogenasi (ADH), il sistema microsomiale ossidante l'etanolo (MEOS) e la catalasi. La velocità con la quale il fegato rimuove l'alcol dal sangue è di mezzo bicchiere di bevanda alcolica all'ora. Il sistema di smaltimento dell'alcol dipende però da sesso, età, etnia e caratteristiche individuali. Ad esempio prima dei 21 anni non è completamente efficiente, è insufficiente a 16 anni. Dopo i 65 anni si perde gradualmente la capacità di smaltire l'alcol e nel sesso femminile, indipendentemente dall'età, questa capacità è dimezzata. Il risultato di questo viaggio è la produzione di sette calorie per ogni grammo di alcol ingerito.

Quanto si può bere?

La risposta non è facile. E non esiste consumo sicuro di alcol per la salute. Come afferma una recente e completa revisione della letteratura relativa al rapporto tra alcol e salute cardiovascolare "the dose makes the poison ... or the remedy (O'Keefe et al.:

Mayo Clin Proc., 2014); se fa bene o fa male è un questione di dose. La quantità di alcol che è possibile bere senza rischi è condizionata da molti fattori quali il peso corporeo, la velocità di assorbimento nel tratto gastroenterico, il sesso, la razza. A ciò si aggiunge il fatto che non siamo in grado di identificare gli individui più suscettibili all'azione dell'alcol. Non ci si spiega perché il rischio di cirrosi interessi al massimo il 50% degli individui esposti all'alcol per circa vent'anni. Non ci si spiega neppure perché alcuni etilisti raggiungano gli 80 anni o perché la miocardiopatia alcolica colpisca solo una percentuale minima di etilisti. Questi e molti altri problemi concernenti il complesso rapporto tra alcol ed organismo restano non risolti.

Nonostante molte domande restino insoddisfatte, ognuno è interessato a conoscere quanto alcol può bere senza incorrere in gravi rischi.

Considerando che la velocità massima con la quale il fegato metabolizza l'alcol è di 0,15 grammi per ogni kg di peso corporeo all'ora, un individuo sano che pesa 70 kg smaltirà 10,5 grammi di etanolo all'ora. In altri termini, per metabolizzare un litro di vino a 12 gradi (che contiene 96 grammi di alcol) gli saranno necessarie circa 10 ore e nell'arco di una intera giornata, lo stesso soggetto, potrà smaltire non più di 240 grammi di alcol. Nell'alcolista cronico, per il fenomeno dell'induzione enzimatica, questo valore può raggiungere i 370 grammi.

Un consumo prolungato superiore a 80 grammi al giorno può provocare dipendenza fisica e consumi prolungati, dosi su-

periori a 120 grammi al giorno sono considerate il livello oltre al quale può insorgere danno fisico.

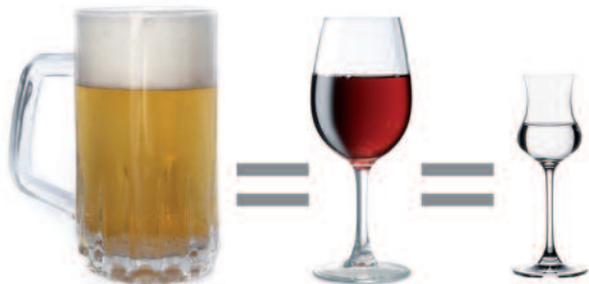
Secondo l'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN; Revisione Linee Guida, 2003) il corpo umano è in grado di sopportare l'etanolo senza evidenti danni, a patto che si rimanga entro i limiti di quello che si intende oggi come consumo moderato, vale a dire non più di due-tre Unità Alcoliche (U.A.) al giorno per l'uomo (24-36 grammi di etanolo), non più di una-due (12-24 grammi di etanolo) per la donna e non più di una (12 grammi) per gli anziani. È opportuno ribadire che i limiti sono convenzionali e che individui costituzionalmente inclini possono essere danneggiati da consumi inferiori.

DEFINIZIONE DI UNITÀ ALCOLICA

- Una Unità Alcolica: 12 grammi di etanolo (l'equivalente calorico di un grammo di alcol è pari a 7 Kcal.)

Una Unità Alcolica corrisponde a:

- un bicchiere di vino (125 ml) di media gradazione (12°)
- una lattina di birra (330 ml) di media gradazione (4.5°)
- una dose da bar di superalcolico (40°)



Si tratta di indicazioni che limitano notevolmente l'apporto sicuro di alcol rispetto a quanto si suggeriva in passato ovvero che l'uomo sano potesse bere circa un grammo di alcol per kg di peso corporeo al giorno, fino ad un limite di 70-80 grammi al giorno; per la donna, più vulnerabile, il limite massimo era stato fissato a 30-40 grammi al giorno.

È infine noto a tutti che il contenuto di alcol nelle varie bevande è espresso in volume per cento. Per risalire alla quantità in grammi, in modo abbastanza approssimativo, è sufficiente moltiplicare la gradazione alcolica per otto. Un vino di undici gradi contiene quindi 88 grammi di alcol per litro; un bicchierino di grappa (40 gradi, ossia 320 grammi per litro) contiene 10-15 grammi di alcol e così via.

Alla luce delle attuali conoscenze, nei soggetti sani l'uso di quantità moderate di alcol può essere consigliato e, a detta di molti, anche incoraggiato. Si è constatato infatti che il consumo di moderate quantità di alcol si associa ad una minore incidenza di malattia delle coronarie, di scompenso cardiaco, di eventi cerebrovascolari e ad un ridotto rischio di mortalità. L'effetto protettivo più consistente riguarda la cardiopatia ischemica. Questa azione protettiva viene messa in relazione principalmente con l'aumento dei tassi di apolipoproteina A, la proteina che trasporta il cosiddetto colesterolo "buono" nel sangue. Un altro meccanismo invocato per giustificare le proprietà protettive è rappresentato dalla presenza, soprattutto nel vino rosso, di sostanze ad azione antiossidante (anti-in-

vecchiamento), il resveratrolo in primis, ma anche le antocianine e le procianidine. Inoltre numerose ricerche suggeriscono che le persone abituate ad un regolare e moderato consumo di bevande a bassa gradazione alcolica (vino o birra) tendano a vivere più a lungo ed a presentare una minore incidenza di alcune malattie croniche rispetto sia agli astemi sia ai bevitori inadeguati. Secondo alcuni studi le diverse bevande alcoliche sembrano avere effetti diversificati, a parità di alcool ingerito; il vino (rosso) sembra esercitare un ruolo protettivo maggiore di quello della birra, che a sua volta avrebbe un effetto protettivo superiore a quello degli altri alcolici. Queste proprietà sono state messe in relazione alle sostanze polifenoliche ed antiossidanti, presenti soprattutto nel vino, in misura minore nella birra e pressoché assenti nei superalcolici. Secondo altri studi, invece, il ruolo principale nella protezione dalle malattie cardiovascolari sarebbe da attribuire all'alcol stesso. Ma oltre alle caratteristiche specifiche delle varie bevande è opportuno considerare anche la modalità con la quale vengono consumate. Infatti, recenti studi sembrano indicare che il vino, ed in misura minore la birra, potrebbero esercitare i loro effetti protettivi perché, secondo la tradizione mediterranea, vengono in genere consumati durante i pasti. Accanto agli affetti positivi dell'alcol, in

tema di salute cardiovascolare, è necessario sottolineare l'altro lato della medaglia: il consumo inadeguato di alcol rappresenta una delle più frequenti cause di ipertensione arteriosa reversibile, è responsabile di circa 1/3 di tutte le cause di cardiomiopatia dilatativa non-ischemica, è causa frequente di fibrillazione atriale ed aumenta in modo significativo il rischio di ictus cerebrale (sia ischemico che emorragico) (O'Keefe et al.: Mayo Clin Proc., 2014). Morale: se bevi bevande alcoliche bevi in modo moderato e soprattutto in compagnia.

Devono evitare l'alcol i bambini ed i giovani fino a 18 anni, gli epatopatici, coloro che devono dimagrire, i soggetti con ulcera gastrica o duodenale, i pazienti con malattie del miocardio, le donne durante la gravidanza ed i pazienti che assumono farmaci psicotropi. Devono assumere con cautela, anche dosi moderate di alcol, i pazienti con aritmie cardiache, quelli con scompenso cardiaco e gli ipertesi.

In conclusione si può affermare con Klatzky che "per la maggior parte delle persone quanto sappiamo della relazione tra alcol e malattie cardiache dovrebbe essere rassicurante. Per i milioni di individui che consumano giornalmente eccessive quantità di alcol, invece, esiste un'ampia evidenza che i rischi sociali e medici superano largamente ogni possibile beneficio per l'apparato cardiovascolare".

Qualche secondo di buonumore

Autentici rapporti di classe registrati sui registri scolastici

P. non svolge i compiti e alla domanda “Per quale motivo?” risponde “Io c’ho una vita da vivere”.

L’alunno giustifica l’assenza del giorno precedente scrivendo “credevo fosse domenica”.

L’insegnante di latino: L’alunno è entrato in aula, dopo essere stato per 20 minuti al bagno, aprendo la porta con un calcio, ha fatto una capriola e ha puntato un’immaginaria pistola verso l’insegnante dicendo “ti dichiaro in arresto nonnina!”

Si espelle dall’aula l’alunna M. Ilaria perché ha ossessivamente offeso la compagna Sabatino Domenica chiamandola Week End.

Dopo aver fatto scena muta durante l’interrogazione di geografia astronomica V. chiede di avvalersi dell’aiuto del pubblico.

L’alunno M. dopo la consegna del pagellino da far firmare ai genitori riconsegna il pagellino firmato 2 minuti dopo. Sospetto che la firma non sia autentica.



DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2014



**CONOSCERE
E CURARE
IL CUORE 2014**

66
XXVII Congresso del
Corso per il Corso
di Laurea in
Medicina e Chirurgia
Università di Perugia

EDIZIONI URBAN

PERUGIA, 19-22/11/2014

Quanto è importante rivascolarizzare l'ischemia silente?



Claudio Cavallini,
Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Perugia

Intervista di **Filippo Stazi**

Dott. Cavallini innanzitutto cos'è l'ischemia silente?

Un'obiettivo documentazione di ischemia miocardica, in assenza di angina o equivalenti anginosi, è la definizione riconosciuta di ischemia miocardica silente.

Quanto è frequente questa condizione?

La prevalenza riportata in letteratura è estremamente varia, dal 9 al 57%. Questo range, estremamente ampio, è chiaramente riconducibile a differenze nelle popolazioni prese in esame, alle diverse fasce di rischio di appartenenza, alle differenti tecniche utilizzate per lo screening. Quando i numeri sono così differenti ne deriva inevitabilmente che, in realtà, non sappiamo quale sia la dimensione epidemiologica del problema. In realtà la categoria dei pazienti con ischemia silente comprende sia soggetti persistentemente asintomatici, sia pazienti sopravvissuti ad una sindrome coronarica acuta e successivamente asintomatici, sia pazienti già rivascolarizzati e senza recidiva di angina ma con positività ai test di induzione.

Se lei è d'accordo mi piacerebbe che a guidare questa nostra chiacchierata sull'ischemia silente fosse il commento di un caso clinico emblematico di una realtà quotidiana che non sempre tiene conto delle evidenze scientifiche. Il "nostro" paziente è un maschio di 67 anni, senza fattori di rischio cardiovascolare specifici, sportivo amatoriale e in ottima forma fisica tanto da percorrere, poche settimane prima del ricovero, circa 100 km in bicicletta senza disturbi. Nel 2006 una TC aveva dimostrato un basso calcium score coronarico. Asintomatico per angore e dispnea, lunedì 5 agosto 2013 si reca in ospedale per effettuare l'annuale check up. Uno stress test cardiaco, negativo per sintomi, risulta positivo per ischemia. Una successiva TC delle coronarie evidenzia una stenosi significativa che, il giorno successivo, viene confermata alla coronarografia e, seduta stante, efficacemente trattata con PCI (angioplastica) e stenting. Il caso è successivamente arrivato all'attenzione di un noto cardiologo, il quale, interpellato per esprimere un parere sul caso, non ha usato mezzi termini: "questa è la medicina al suo peggior livello". Il paziente è George W. Bush, ex presidente degli Stati Uniti e il cardiologo interpellato è Steven Nissen, della Cleveland Clinic. Il Dr. David L. Brown, della Stony Brook University, autore di importanti studi sugli stent coronarici, si è poi aggiunto alla discussione affermando che G. W. Bush "è l'emblema dell'uso inappropriato degli stent". Una polemica così aspra, certamente anomala

per le nostre latitudini, riporta l'attenzione, non solo medica, sull'appropriatezza delle procedure di rivascularizzazione in pazienti asintomatici. Le due domande che immediatamente sfiorano la mente sono: 1. perché G. W. Bush è stato sottoposto a uno stress test nonostante fosse asintomatico e in una forma fisica strepitosa? 2. perché, una volta scoperta una stenosi coronarica, G. W. Bush è stato sottoposto a PCI più stenting invece che a terapia medica ottimizzata? La risposta sembra ovvia. Perché un'arteria riaperta è meglio di un'arteria con stenosi. Ma questo è vero solo nell'immaginario pseudoscientifico di chi ritiene l'aterosclerosi una malattia del vaso anziché una malattia sistemica.

Andiamo per ordine e cerchiamo di rispondere alla prima domanda. È stato corretto sottoporre George W. Bush ad uno stress test nonostante fosse asintomatico ed in forma fisica strepitosa? Sulla base delle evidenze attuali la risposta è "no!"

Un'analisi Cochrane, infatti, ha dimostrato che esami fisici annuali in pazienti asintomatici non sono utili in quanto, pur aumentando il numero di nuove diagnosi, non riducono mortalità e morbilità. Cerchiamo un appiglio che possa giustificare il test attraverso le raccomandazioni di "Choosing Wisely®", "Scegliere con Saggezza", un'iniziativa di "ABIM (American Board of Internal Medicine) foundation", organizzazione che dal 1999 lavora al fine di migliorare la qualità delle cure ed informare

medici e pazienti sul sovrautilizzo di test e procedure. Alcune prestigiose società scientifiche hanno identificato, in base al programma di Choosing Wisely®, le 5 procedure più importanti da evitare nella disciplina di competenza. Vediamo come al-

cune di queste posizioni si possano applicare al “nostro” caso clinico. Anche questa volta niente da fare: le raccomandazioni Choosing Wisely® rafforzano la sensazione che lo stress test del “nostro” paziente non fosse indicato (Tabella 1).

TABELLA 1. IL CASO DI GEORGE W. BUSH CONFRONTATO CON LE RACCOMANDAZIONI DI CHOOSING WISELY®

Choosing Wisely®	Caso di George W. Bush
American College of Cardiology Non effettuare stress test di immagine nella valutazione iniziale di pazienti senza sintomi cardiologici, a meno che siano presenti markers di alto rischio	Effettuato uno stress test anche se asintomatico e a basso rischio
American Society of Nuclear Cardiology Non effettuare stress test d'immagine cardiaco o coronarografia in pazienti asintomatici, a meno che siano presenti markers di alto rischio	Effettuato stress test e coronarografia nonostante asintomatico e in assenza di markers di alto rischio
Society of Cardiovascular CT Non prescrivere uno score TC del calcio coronarico a scopo di screening in soggetti asintomatici, a basso rischio	Prescritto uno score TC del calcio nel 2006 a scopo di screening anche se asintomatico e a basso rischio
Society of Internal Medicine Non effettuare check up sulla salute generale in un adulto asintomatico	Effettuato check up generale anche se asintomatico
American Academy of Family Physicians Non prescrivere un ECG annuale o qualsiasi altro screening cardiologico in pazienti asintomatici e a basso rischio	Prescritto uno screening cardiologico anche se asintomatico e a basso rischio
American Society of Echocardiography Evita un eco stress in pazienti asintomatici, a basso rischio di coronaropatia	Effettuato stress test anche se asintomatico e a basso rischio

Nel caso dell'ex Presidente degli Stati Uniti sarebbero state quindi disattese, trattandosi di screening di un paziente asintomatico, le raccomandazioni di almeno sei prestigiose società scientifiche. Che Steven Nissen abbia ragione? Probabile. Rimane, comunque,

il dubbio legittimo che non tutti i particolari che potrebbero giustificare il comportamento clinico, siano stati resi pubblici.

Cosa dicono le Linee Guida relativamente allo stress test nei pazienti asintomatici?

In accordo con le raccomandazioni di Choosing Wisely®, le recenti linee guida della Società Europea di Cardiologia (ESC) sulla coronaropatia stabile ci confermano

che uno stress test non è raccomandato in pazienti a rischio basso o intermedio di coronaropatia (Tabella 2).

TABELLA 2. TEST IN PAZIENTI ASINTOMATICI A RISCHIO DI CORONAROPATIA STABILE

Test	CdR	LdE
Adulti asintomatici a rischio intermedio (SCORE ESC- heartscore.org: probabilità di eventi CV fatali a 10 anni $\geq 1 < 5\%$): 1. valutazione spessore intima/media carotidea 2. misurazione indice caviglia/braccio oppure 3. TC calcium score coronarico	IIa	B
TC calcium score coronarico in adulti > 40 anni, diabetici, asintomatici	IIb	B
Test da sforzo in adulti asintomatici a rischio intermedio (HEARTSCORE)	IIb	B
Stress test di immagine in adulti asintomatici con diabete, adulti asintomatici con forte familiarità per CAD, calcium score ≥ 400	IIb	C
Stress test di immagine in adulti asintomatici a rischio basso o intermedio (SCORE ESC)	III	C

Anche le linee guida ESC sulla rivascolarizzazione miocardica, ancora più risolutive delle raccomandazioni di Choosing Wisely®, non lasciano alcuno spazio all'esecuzione di test anatomici o funzionali, ai fini diagnostici e/o prognostici, in pazienti asintomatici, anche ad alto rischio, senza coronaropatia (CAD) nota.

La valutazione dello SCORE di rischio dell'ESC, unitamente alla presenza di fattori di rischio cardiovascolari (CV) aggiuntivi, assume quindi un ruolo fondamentale nell'identificare soggetti a rischio particolarmente elevato che potrebbero trarre beneficio dallo screening per malattia coronarica asintomatica? Esatto, lo SCORE dovrebbe essere valuta-

to in tutti i pazienti con > 1 fattore di rischio cardiovascolare. Sulla base del punteggio di rischio dello SCORE, le linee guida suddividono i pazienti a rischio di malattia coronarica in 4 categorie:

1. Rischio molto alto - presenza di almeno uno dei seguenti fattori: aterosclerosi documentata, diabete mellito con > 1 fattore di rischio cardiovascolare aggiuntivo e/o danno d'organo, nefropatia avanzata (GFR < 30 mL/min/1.73 m²), SCORE $\geq 10\%$ di eventi CV fatali a 10 anni.

2. Rischio alto - presenza di almeno uno dei seguenti fattori: marcato incremento di un singolo fattore di rischio (iperlipemia familiare, ipertensione severa), diabete mellito senza fattori di rischio aggiuntivi o danno d'organo, malattia renale moderata

(GFR 30–59 mL/min/1.73 m²), SCORE ≥5 e < 10%.

3. Rischio moderato - SCORE ≥1 e < 5%. Molti soggetti appartengono a questa categoria, quindi, un'ulteriore stratificazione prognostica deve essere modulata da fattori di rischio aggiuntivi non ricompresi nelle carte SCORE. Inoltre, la misurazione dello spessore intima-media delle carotidi, dell'indice caviglia/braccio o del TC calcium score coronarico consente di ristrutturare un paziente alla categoria di rischio superiore o inferiore.

4. Basso rischio - SCORE < 1%.

In conclusione, il ruolo dello stress test di immagine è stato drasticamente ridimensionato nello screening di soggetti asintomatici, anche se ad alto rischio di CAD o diabetici, mentre emergono nuovi elementi di stratificazione prognostica quali lo SCORE, la valutazione dello spessore intima-media carotidea, l'indice caviglia/braccio e la valutazione TC del calcio coronarico. Come spesso accade in medicina, un'attenzione particolare è riposta alla classe di rischio intermedio, la più numerosa e che pone sempre difficili aspetti decisionali.

È stato corretto sottoporre George W. Bush a PCI più stenting invece che a terapia medica ottimizzata?

Sulla base delle evidenze attuali la risposta è sempre la stessa: “no!”

Il “nostro” caso clinico riporta in primo piano un elemento di primaria importanza nella coronaropatia stabile: non c'è alcuna evidenza scientifica che trattare una placca stabile con PCI e stent sia di beneficio ri-

spetto ad una terapia medica ottimizzata. Lo studio COURAGE, condotto su una popolazione di oltre 2.300 pazienti simili all'ex Presidente, ha dimostrato che una strategia iniziale di trattamento con PCI e stent non riduce, rispetto alla terapia medica ottimizzata, il rischio di morte, sindrome coronarica o stroke. Le principali critiche mosse al COURAGE sono certamente di rilievo: a) l'utilizzo, quasi esclusivo, di stent non medicati; b) una terapia medica ottimizzata come quella del COURAGE è difficilmente applicabile a tutti i pazienti; c) l'estensione delle conclusioni del COURAGE ad una popolazione generale è difficile considerato che, per arruolare 2.300 pazienti, sono stati sottoposti a screening diverse migliaia di individui. A vantaggio dello studio non bisogna però dimenticare che il COURAGE non è stato un trial “head to head” di confronto tra terapia medica e stent, ma uno studio di “strategia iniziale” di trattamento il cui protocollo consentiva il cross-over tra gruppi. Un'analisi post hoc del COURAGE è stata condotta nei pazienti con ischemia miocardica silente, rappresentati dal 12% del totale dei pazienti. I pazienti asintomatici, in confronto a quelli con angina, hanno avuto un numero inferiore di rivascolarizzazioni (16% vs 27%, $p < 0.001$) ma non sono state osservate differenze significative in termini di outcome. La rivascolarizzazione con PCI, aggiunta alla terapia medica ottimizzata, non ha ridotto gli eventi cardiaci non fatali ma ha mostrato un trend, statisticamente non significativo, verso una riduzione di mortalità.

Le conclusioni del COURAGE sono state inoltre rafforzate da quelle di una recente meta-analisi condotta su oltre 7.000 pazienti con coronaropatia stabile: l'applicazione di uno stent non ha aggiunto alcun beneficio prognostico ad una terapia medica ben condotta.

Proseguendo la valutazione del “nostro” caso clinico, dobbiamo sottolineare come non ci siano dati certi su come gestire pazienti asintomatici con stress test positivo (3 pazienti su 10 hanno stress test positivo in assenza di sintomi).

Quando è opportuno rivascularizzare un paziente con ischemia silente?

Le linee guida ESC sulla rivascularizzazione miocardica consigliano di effettuare la coronarografia in pazienti con stress test positivo a rischio alto o intermedio applicando la stratificazione del rischio dei soggetti sin-

tomatici anche ai pazienti asintomatici. In caso di stress test a rischio basso/intermedio non c'è invece indicazione a rivascularizzazione ma a terapia medica. Se il risultato depone invece per uno stress test ad alto rischio, allora dovrebbe essere presa in considerazione la rivascularizzazione. In sostanza, uno stress test positivo a rischio intermedio ha indicazione alla coronarografia ma non alla rivascularizzazione: in questo caso dovremmo effettuare la coronarografia ma, al contempo, trovare la forza per sopprimere l'istinto “oculostenotico” se non riscontriamo un pattern anatomico ad alto rischio.

Secondo le linee guida europee la rivascularizzazione nell'ischemia silente, con l'unico obiettivo perseguibile in assenza di sintomi, cioè il miglioramento della prognosi, è indicata nelle seguenti condizioni (Tabella 3):

TABELLA 3. INDICAZIONI ANATOMICHE E FUNZIONALI ALLA RIVASCOLARIZZAZIONE (ANCHE IN PAZIENTI ASINTOMATICI)

	CdR	LdE
Tronco comune > 50%*, Discendente anteriore prossimale > 50%*	I	A
Coronaropatia bi- o tri-vasale con disfunzione ventricolare sinistra Area di ischemia > 10% del ventricolo sinistro	I	B
Assenza di sintomi limitanti in terapia medica ottimizzata in vasi che non siano tronco comune, discendente anteriore prossimale, vasi che sottendono un'area di ischemia < 10%, o FFR > 0.80	III	A

*con ischemia documentata o FFR < 0.80

Una procedura di rivascularizzazione in questi casi, anche in pazienti asintomatici, è giustificata dalle seguenti considerazioni. Il vantaggio prognostico della terapia medica ottimizzata vs rivascularizzazione si mantiene fino ad una certa quota

di miocardio ischemico (<10% del ventricolo sinistro), oltre questo valore il rapporto si inverte e la rivascularizzazione produce un vantaggio significativo in termini di riduzione della mortalità cardiaca (Tabella 4).

TABELLA 4. RAPPORTO TRA CARICO ISCHEMICO E PROGNOSI: TERAPIA MEDICA VS RIVASCULARIZZAZIONE

Miocardio ischemico (%)	Morte cardiaca (%)	
	Terapia medica	Rivascularizzazione
0	0.7	6.3
1-5	1.0	1.8
5-10	2.9	3.7
11-20	4.8	3.5
> 20	6.7	2.0

Un'importante motivazione ad eseguire coronarografia, in determinati sottogruppi, è anche quello di identificare coronaropatia con anatomia ad alto rischio. Esiste infatti

una correlazione diretta tra estensione della coronaropatia e mortalità a distanza (Tabella 5).

TABELLA 5. CORRELAZIONE TRA ESTENSIONE DELLA CORONAROPATIA E MORTALITÀ

Estensione CAD	Mortalità/anno in terapia medica (%)
1 vaso	1.4
2 vasi	2.4
1 vaso > 95% LAD prossimale	3.4
2 vasi > 95% LAD prossimale	4.2
3 vasi	4.2
3 vasi, almeno uno > 95%	5.4
3 vasi, LAD prossimale > 75%	6.6
3 vasi, LAD prossimale > 95%	8.2

In conclusione, una procedura di rivascularizzazione in pazienti con ischemia silente, così come nella coronaropatia stabile,

è motivata dalla presenza di coronaropatia ad alto rischio anatomico o funzionale.

L'ischemia silente si associa ad un impatto prognostico differente rispetto all'ischemia sintomatica?

La risposta più autorevole viene da un grande registro internazionale, il CLARIFY. Per questa analisi sono stati inclusi 20.402 pazienti sottoposti a test per l'identificazione di ischemia entro l'anno precedente all'arruolamento e non sottoposti a rivascolarizzazione. Il 65% non aveva né angina né ischemia miocardica, il 9% aveva angina senza ischemia, il 15% ischemia senza angina e l'11% aveva sia ischemia che angina. All'analisi multivariata, i pazienti con angina, ma non quelli con ischemia silente, hanno avuto un aumento del 46% del rischio relativo di morte CV o IMA non fatale, rispetto a quelli senza angina e senza ischemia. Nei pazienti con angina e ischemia tale incremento del rischio è stato pari al 76%. La presenza di sintomi ha avuto, quindi, un impatto prognostico negativo in pazienti con coronaropatia stabile.

Quali possono essere le conclusioni del nostro incontro?

La conclusione più sincera, purtroppo, è che le conoscenze scientifiche su questo argomento sono ancora incomplete come dimostra il seguente paradosso. Nella malattia coronarica asintomatica l'unico obiettivo perseguibile è il miglioramento della prognosi. In analogia a quanto raccomandato in soggetti sintomatici, la rivascolarizzazione offre benefici certi in caso di ampia area ischemica o di anatomia ad alto rischio. Per rivascolarizzare efficacemente pazienti asintomatici avremmo quindi bisogno di uno stress test positivo ad alto rischio, ma le linee guida europee non lo raccomandano, ovvero di una coronarografia, che però non dovremmo effettuare in assenza di stress test positivo. E allora il paziente asintomatico entra nel perverso gioco dell'oca nel quale, anche in vista del traguardo, torna sempre alla casella iniziale, dove c'è scritto: il vero problema è la diagnosi!

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

- *in ricordo di Franca Rossi di Pisa: il fratello*
- *in ricordo di Rivo Ciurli:
Maurizio Temperini e Simona Giovannetti*



Foto di V.G.

Un'imprudente associazione di farmaci

Può essere quella che mette insieme un diuretico + un ACE inibitore (oppure un bloccante recettoriale dell'angiotensina: sartano) + un FANS. Insomma curare l'ipertensione arteriosa assumendo insieme un diuretico e un farmaco che a qualche livello inibisce il sistema renina-angiotensina e nello stesso tempo cercare sollievo a un qualche dolore reumatico impiegando un farmaco anti-infiammatorio non Steroideo che inibisce le prostaglandine vasodilatatrici può esporre a qualche rischio. Il rischio è quello di alterare a tal punto il normale flusso di sangue nel rene da provocare un'insufficienza renale acuta.

La pericolosità potenziale di questo tipo di associazione tra farmaci è nota da tempo, ma ci viene richiamata da un recente studio canadese, relativo ad una coorte di 487.372 pazienti seguiti per una media di 5/9 anni. Nel corso dello studio furono identificati 2.215 casi di danno renale acuto, pari a un'incidenza di 7/10.000. Un'evenienza, dunque non certo frequente, ma che per la sua gravità merita attenzione.

Ciò che crediamo doveroso sottolineare, indipendentemente dallo studio sopra citato è che le condizioni dei pazienti rivestono un ruolo molto importante nella genesi dell'insufficienza renale acuta da farmaci. Anzitutto bisogna tener conto dell'età avanzata, delle pre-esistenti condizioni del rene e della eventuale presenza di disidratazione. Se poi si associano altre condizioni patologiche come la febbre o il diabete, il rischio di danno renale da farmaci aumenta ulteriormente. Perciò, ciò che a volte sembra un'innocente decisione, quale quella di iniziare una terapia con FANS per ovviare a una molesta lombalgia, in chi assume già i farmaci anti-ipertensivi sopra ricordati (oggi di uso frequente) può invece rivelarsi carica di conseguenze negative. Associare farmaci che riteniamo "banali" a terapie responsabilmente prescritte dal medico espone a pericoli che non sono in genere presi in considerazione e che con un po' più di cautela potrebbero essere evitati.



V. C.

Si salvi chi può ... è in arrivo l'era post-antibiotica!

di Filippo Stazi

Per gran parte della storia dell'umanità le due principali cause di morte sono state le malattie infettive e le carestie. Anche semplici infezioni come la dissenteria causavano la morte, tanto che durante la Prima Guerra Mondiale il nemico più temuto era in realtà proprio la malattia. Durante quel conflitto si stima infatti che vi siano stati almeno 3 milioni di morti per il tifo, la “malattia da campo”. Poi fortunatamente Alexander Fleming si raffreddò, ebbe casuali rapporti con le muffe e con fortuna associata a perspicacia scoprì la penicillina. Il 16 agosto 1941 “The Lancet” pubblicò l'articolo “Further observations on penicillin”, di cui Fleming peraltro non era autore, che cambiò la storia del mondo. Nell'articolo si descriveva il caso clinico di un ragazzo affetto da setticemia in cui la somministrazione di penicillina aveva indotto un incredibile calo della temperatura corporea ed un improvviso e inaspettato miglioramento del quadro clinico. A distanza di tre giorni dalla somministrazione della penicillina l'adolescente si alzò. Questo fatto che per noi costituisce la normalità rappresentò invece all'epoca un evento inaudito che fece quasi gridare al miracolo. A dire il vero l'uso di muffe e piante particolari nella cura delle infezioni era già noto in molte culture antiche quali la greca, l'egiziana e la cinese. L'efficacia era ovviamente dovuta alle sostanze antibiotiche prodotte dalla specie vegetale o dalla muffa ma non si era a quei tempi in grado di riconoscere la componente effettivamente attiva né di isolarla. La parola antibiotico paradossalmente significa “con-



Keiji Fukuda

tro la vita” ma invece la disponibilità di questi farmaci ha permesso all’umanità di affrancarsi dal flagello delle malattie infettive che, come detto, falciavano le popolazioni in era pre-antibiotica. L’uso indiscriminato e non sempre corretto degli antibiotici, coniugato all’introduzione nel mercato di sempre meno molecole nuove, ci sta facendo però correre il rischio di entrare in una nuova ed infelice era, quella post-antibiotica in cui lo sviluppo di batteri sempre più antibiotico-resistenti rende inefficaci le terapie a disposizione. Questa sensazione, ben presente alla mente di chi ha dimestichezza quotidiana con le corsie ospedaliere, viene ora ben documentata da uno studio dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS): “Resistenza antimicrobica: report globale sulla sorveglianza 2014” in cui si sottolinea che il problema dell’antibiotico-resistenza è talmente serio da minacciare il sapere della medicina moderna e costituisce quindi una delle principali minacce per la salute pubblica. Keiji Fukuda, Vice Direttore Generale per la Sicurezza Sanitaria dell’OMS ha affermato a commento dello studio che: “senza un’azione urgente e coordinata il mondo entrerà in un’era post-antibiotica, in cui infezioni comuni e ferite leggere, che sono state trattabili per decenni, possono di nuovo uccidere. Gli antibiotici efficaci sono stati uno dei pilastri che ci hanno permesso di vivere più a lungo, più in salute e di trarre beneficio dalla medicina moderna. A meno che non effettuiamo azioni significative per prevenire le infezioni e insieme cambiamo il modo di produrre, prescrive-

re e utilizzare gli antibiotici, il mondo perderà sempre di più questi benefici per la salute pubblica a livello mondiale e le conseguenze saranno devastanti”.

Lo studio dell’OMS ha evidenziato in tutte le regioni tassi elevati di resistenza a batteri comuni (*Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* e *Stafilococco aureo*) che causano infezioni comuni e si diffondono nella comunità. In molti casi la percentuale di resistenza ai farmaci antibatterici supera il 50%. E in effetti sappiamo bene come molte terapie intensive degli Ospedali del civile mondo occidentale siano falciate da questi ceppi iper-resistenti responsabili di elevati tassi di mortalità.

Il problema è quindi molto più vicino ad ognuno di noi di quanto si possa pensare ed è perciò compito di tutti noi affrontarlo, ciascuno per la propria parte. Secondo l’OMS ai pazienti spetta di impiegare gli antibiotici solo dopo la prescrizione di un medico, attenendosi integralmente a tale prescrizione anche in caso di rapido miglioramento e non condividendo con altre persone antibiotici o prescrizioni “avanzate”. Per i medici e i farmacisti l’onere è quello di migliorare la prevenzione e il controllo delle infezioni nonché di prescrivere antibiotici solo quando essi sono veramente indispensabili. Il mondo politico e quello dell’industria, infine, debbono promuovere l’innovazione e la ricerca e promuovere la cooperazione e la condivisione di informazioni tra tutti i soggetti interessati.

Molto del futuro nostro e delle generazioni future dipenderà da come sapremo affrontare questo problema.

Stetoscopio addio?

La nuova tecnologia saprà riunificare la medicina?

di Eligio Piccolo

Era il 1958 quando per l'inaugurazione del suo 3° Congresso Mondiale a Bruxelles l'*International Society of Cardiology* assegnò a Ignacio Chavez, il prestigioso cardiologo che stava per assumerne la Presidenza, un tema all'apparenza retorico, ma in realtà quasi un tranello filosofico, dal titolo "Grandezza e miseria della specializzazione medica". Ossia il pericolo che l'eccessiva suddivisione della Medicina Interna in tante specialità, come la nascente Cardiologia, facesse perdere al medico curante la visione di insieme del malato, quella che era stata la prerogativa dei grandi clinici, da Augusto Murri ad Alessandro Dalla Volta, da William Osler a Gregorio Maranon. In quella Lecture il fondatore dell'Istituto di Cardiologia di Città del Messico si districò come poté, sorretto da un'intelligenza privilegiata e da una vasta cultura umanistica. Concluse che i medici delle varie specializzazioni dovevano mantenere sempre aperta la loro mente alle conoscenze in tutti i campi, ma soprattutto collaborare e discutere insieme i problemi del malato (così come usava nel suo Istituto dove erano privilegiate le riunioni tra gli specialisti di ogni disciplina) affinché il dialogo riuscisse a far vedere rotonda e non spigolosa la complessità dell'uomo malato.

Furono parole elevate ed esortazioni doverose quelle che il Dottor Chavez espose con umiltà davanti a migliaia di cardiologi e che meritano certamente la standing ovation finale, ma che non poterono fermare lo sviluppo inesorabile della Cardiologia come



Vecchio stetoscopio

branca autonoma della medicina e perfino delle sue superspecialità, quali l'emodinamica e l'elettrofisiologia, incalzate da tecnologie sempre più complesse e da risultati diagnostici e terapeutici impensabili nel 1958.

Il cardiologo, dopo quella data, è riuscito a conquistare in tutto il mondo il suo posto privilegiato, in alcuni paesi con molte difficoltà per le resistenze dei conservatori; lungo questo faticoso cammino egli ha ostentato orgogliosamente il fonendoscopio a tracolla, quasi per distinguersi dagli altri medici non autorizzati a fregiarsene. Oggi nessuno ha più argomenti per contestare quella realtà e quella necessità specialistica, solo qualche vecchio nostalgico in via di estinzione si permette ancora di alzare il dito contro lo specialista che magari ha confuso un'anemia con un'insufficienza cardiaca. Il fonendoscopio, simbolo di quel piccolo rinascimento, è stato un'evoluzione acustica del vecchio stetoscopio di legno che René-Theophile-Marie-Hyacinthe Laennec nel 1816 aveva inventato, forse più per ovviare al contatto diretto e spesso maleodorante che i francesi, allora poco amanti dell'acqua e sapone, offrivano all'ascoltazione del loro petto ma che risultò anche un ottimo espediente per amplificare meglio i toni e i soffi del cuore. Tuttavia non appena fu possibile tradurre quei rumori in grafici nacquero certe complicate macchine, i fono-poligrafi, accompagnate da testi altrettanto ponderosi, che dopo pochi lustri, non appena l'ecografia consentì di vedere il tutto sotto forma di immagine, il cardiologo si trovò costretto a gettare negli scantinati.



Ecografo miniaturizzato

Oggi il cardiologo si fregia ancora del fonendoscopio a tracolla, ma lo usa poco, rimane soprattutto un simbolo, quasi come la pinza chirurgica Kocher che un mio amico dentista si appendeva al bavero del camice per far vedere che in fondo anche lui era un chirurgo. Il fonendo, come confidenzialmente lo chiamano gli specialisti, sta per fare la fine dei poligrafi ed essere sostituito da un ecografo miniaturizzato, il quale rispetto all'originale di dimensioni simili a un "maxitelevisore" sta riducendosi a una specie di "smartphone". Non si è ancora diffuso, anche perché il costo oscilla fra gli otto e i diecimila dollari, ma si calcola che fra pochi anni scenderà di molto, a portata di tutti. Si tratta di un aggeggio che il cardiologo, ma anche altri specialisti, porteranno in tasca o appeso in qualche modo sopra il camice (perché in fondo la vanità fa gioco), pronto ad essere appoggiato sul torace o sull'addome per sondarne gli organi interni. Se a questo "ecografino" applicabile su ogni parte del nostro corpo, dalla testa ai piedi, aggiungia-

mo gli altri apparecchietti che stanno per essere perfezionati dall'industria, come gli elettrocardiografi e gli Holter grandi quanto un cellulare e chissà in futuro anche la TAC o la risonanza magnetica portatili, forse il medico moderno, costretto a vedere anche ciò che non è di sua specifica compe-

tenza si troverà invogliato a unificare le molte immagini e a raggiungere quella sintesi diagnostica che ha perso lungo il cammino di tante supercompetenze e specializzazioni. E a completare in un certo senso quel discorso che il dottor Chavez aveva lasciato interlocutorio.

Povero fonendoscopio!

Povero fonendoscopio, sono proprio tutti contro di lui. Nel bell'articolo "Stetoscopio addio?" Eligio Piccolo ne profetizza la sua fine a causa dell'evoluzione tecnologica e della conseguente comparsa di nuovi ausili diagnostici. Un recente studio svizzero pubblicato sulla rivista della prestigiosa Mayo Clinic gli assesta invece un altro duro colpo chiamandolo sul banco degli imputati della trasmissione dei batteri. È conoscenza diffusa che le mani non lavate degli

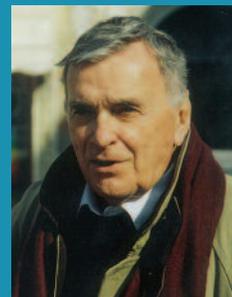
operatori sanitari sono il principale vettore di diffusione delle infezioni ospedaliere ma tale triste primato sembra venire ora insidiato proprio dal povero fonendoscopio. Lo studio è stato condotto su 71 pazienti sottoposti a visita da medici muniti di guanti sterili e fonendoscopio sterilizzato. Alla fine della visita veniva valutata la concentrazione batterica presente in due parti dello stetoscopio (diaframma e tubo) e in quattro zone delle mani (punta delle dita, eminenza tenar e ipotenar, dorso). Dopo la visita di pazienti colonizzati dagli stafilococchi il diaframma del fonendoscopio si è rivelata la sede maggiormente contaminata da tali batteri, al pari della

punta delle dita. Poiché i fonendoscopi vengono utilizzati numerose volte al giorno, venendo direttamente a contatto con la cute dei pazienti, è molto verosimile che possano contribuire al contagio batterico, come lo studio svizzero conferma e sarebbe quindi buona regola disinfettarli dopo ogni ascultazione. Ricordo che anni fa uno studio simile accusò dello stesso capo d'imputazione la cravatta dei medici. Da allora, non so se per motivi igienici o sociologici, tale accessorio di abbigliamento è in costante ritirata dai nostri ospedali. Saprà il fonendoscopio essere capace di maggiore resistenza della cravatta? Ai posteri l'ardua sentenza!

F.S.



Quaderno a Quadretti



di Franco Fontanini

Tramonto del femminismo

Molti sostengono che il femminismo è prossimo alla fine, ancor più numerosi coloro che sono convinti che sia morto definitivamente e quello che ha fatto nel bene e nel male è concluso e ormai non ha più niente da dire.

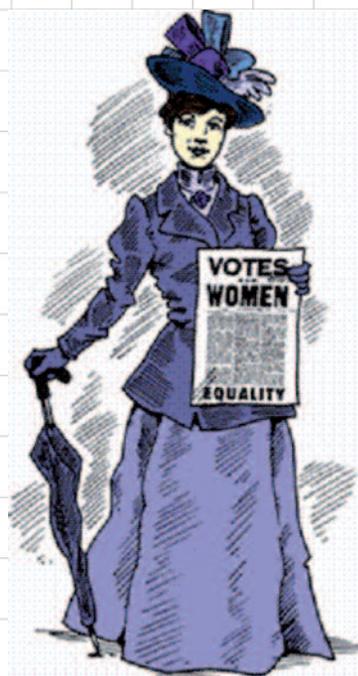
A loro avviso la fine sarebbe stata segnata dalla femminilizzazione delle femministe, ma non mancano neppure coloro che sperano in un suo revival.

La maggioranza degli americani è del tutto indifferente e non ne parla più come non parla più di disfunzione erettile, di viagra e di verginità femminile argomenti divenuti vetusti e privi di interesse in un periodo di crisi come l'attuale, poche nostalgiche sostengono che "andava meglio prima".

Una sola cosa è certa, nessuno ricorda più la suffragetta francese, considerata a suo tempo un'eroina ammirevole che uccise il marito ministro e antifemminista, durante un litigio. Le sue compagne riuscirono a farla assolvere e successivamente a farle ottenere la pensione di vedova di parlamentare. Sembra un aneddoto inventato, invece è accaduto a metà del secolo scorso.

La vantata convinzione dell'arrivo della non belligeranza non ha però finora dato nessuno dei risultati attesi in America né altrove e molti cominciano a pensare che non sia una realtà.

Lelan Stove, considerato il più autorevole esperto della salute della coppia sostiene che ben poco è cambiato ed è convinto che le responsabilità siano ancora prevalentemente della donna che si è creduta



vincitrice del conflitto con il maschio e si è convinta di aver trasformato il femminismo originario. Questo invece resiste pressoché immutato e mantiene viva la sua aggressività e il suo arrivismo che perpetua la conflittualità coniugale e che, secondo alcuni, è tra le cause dell'attuale deplorabile incremento del femminicidio.

Cronache romane

Se è vero che c'è stato un tempo in cui la forza motrice dei romani è stato il desiderio di gloria, ormai non è più così. Le antiche massime sono rovinate e così pure la morale tradizionale, perché le ambizioni di qualcuno e l'avidità di tutti mirano alla ricchezza e al lusso. La vanità di possedere del proprio vicino, di avere proprietà e oggetti preziosi, case più splendide, ville più grandi e più numerose è tale da indurre lo sfruttamento delle province fino al loro completo esaurimento.

Le magistrature sono considerate solo un mezzo per arricchirsi. La società romana è sedotta dalle apparenze. Nulla di sorprendente. A dirlo è un'autorevole storico francese Pierre Grimal, la peculiarità è che lo scritto non si riferisce ad oggi ma alla Roma di duemila anni fa, quella di Cicerone.

Auenbrugger si consolò con la musica dalle delusioni della clinica

In una piazza di Graz, capitale della Stiria e patria del loden, alla metà del '700 c'era una birreria molto frequentata dallo strano nome "Al Moro Nero".

Il proprietario, di nome Auenbrugger, volle che il suo primo figlio Leopold, che fin da bambino aveva dimostrato un'intelligenza molto vivace, diventasse medico.

Era assistente all'ospedale militare spagnolo di Vienna, allievo di Gerhard Van Swieten, quando pubblicò un libretto di 95 pagine dal lunghissimo titolo in latino che cominciava così: "Presento al lettore un nuovo segno da me scoperto per svelare le malattie del torace, mediante il quale ci si può fare un'idea delle condizioni interne di quella cavità".

Con grande chiarezza descriveva il metodo, ancor oggi usato dai medici che continuano a visitare gli ammalati, per capire se i polmoni sono ben aereati, presentano addensamenti o escavazioni oppure vi è un versamento liquido.

Aveva sperimentato per sette anni il metodo nell'ospedale, con l'opportunità di correlare, in caso di morte dell'ammalato, le sue osservazioni cliniche con i rilievi autoptici. Gli era stato di grande aiuto il suo straordinario orecchio musicale, capace di distinguere le più piccole differenze nel carattere dei toni. Percuoteva direttamente il torace con la punta del dito medio piegato a martelletto, senza ricorrere all'altra mano, come verrà fatto in seguito.

Il metodo proposto, giudicato troppo semplice, non piacque ai medici e in partico-





lare a van Swieten, divenuto medico di corte e despota assoluto della medicina viennese.

Un membro della commissione chiese ad Auenbrugger come avesse concepito la tecnica ed egli candidamente gli rispose di aver imitato suo padre quando stabiliva il livello della birra nelle botti.

Lo sdegno delle autorità mediche fu grande e unanime: l'accostamento della nobile arte del medico al lavoro dell'oste in una cantina, venne considerato un'offesa che non poteva passare impunita.

Non solo ci fu l'ostracismo al libro, ma l'autore venne cacciato dall'ospedale. Auenbrugger non se la prese più di tanto, fece il libero professionista con grande successo

a Vienna, ed ebbe più tempo per coltivare la musica, sua grande passione.

Lentamente, nonostante l'iniziale ostracismo, la percussione destò interesse nei medici non austriaci, il suo libro venne tradotto in francese addirittura da Corvisart, clinico di grandissimo prestigio che Napoleone aveva nominato "Archiatra dell'Impero", ed ebbe recensioni assai favorevoli anche sui giornali medici inglesi.

I rilievi di Auenbrugger trovarono ampia conferma nell'opera di Morgagni, dedicata allo studio anatomopatologico delle malattie, ma il successo lo lasciò pressoché indifferente. Si era dedicato totalmente alla composizione musicale e considerò la percussione del torace una giovanile impudenza.

Quando l'imperatrice Maria Teresa gli propose di scegliere, come riconoscimento della sua produzione musicale, la pensione o il titolo nobiliare, da uomo pratico qual'era scelse la prima.

Visse a lungo felicemente: a ottant'anni compiuti ebbe la soddisfazione di vedere il suo metodo accolto in tutto il mondo e prima di morire ebbe anche il titolo nobiliare propostogli dall'imperatrice.

Lettere a Cuore e Salute

D. **L'obesità è una malattia? 2.0**

Caro Direttore,
nel numero di Luglio-Settembre 2013 di Cuore e Salute nel box a pag 217 l'autore (EP) afferma "naturalmente l'obesità di per sé non è una malattia". Tale affermazione, oltre ad essere in contraddizione con quanto affermato nel documento dell'American Medical Association citato successivamente, è, a mio avviso, non corretta.
Se facciamo riferimento alla definizione di malattia proposta dalla Treccani l'obesità, a prescindere dalle sue complicanze, è in grado di provocare uno "stato di sofferenza" sia essa fisica (disabilità) che psicologica. D'altro canto fanno parte della (definizione di) malattia anche "il complesso dei fenomeni reattivi che ne derivano": così come per il diabete mellito o l'ipertensione arteriosa (universalmente riconosciute come malattie), l'iperglicemia o l'aumento della pressione arteriosa preoccupano (salvo rari casi) soprattutto in quanto cause di danni ad altri organi. Anche nel caso dell'obesità il corteo delle complicanze è l'elemento forse più importante in termini epidemiologici, ma rientra appieno nella definizione della malattia di base non potendo esistere senza di questa. L'obesità non è quindi solo il risultato di un'alterazione per eccesso del bilancio energetico, ma è anche una forma di infiammazione cronica epidemica caratterizzata dalla generazione di molecole proprie dei processi infiammatori (per esempio, proteina C-reattiva e interleuchina-6) a livelli normalmente riservati alle emergenze: le cellule vengono sottoposte agli stessi fenomeni che conseguono ad un'invasione di microbi.
Infine, negare che l'obesità sia una malattia spesso vuol dire affermare che la scelta di uno stile di vita "biologicamente" non sano sia dovuto unicamente ad uno scarso senso di responsabilità individuale. Al contrario, sempre partendo dalla definizione proposta dalla Treccani, la patogenesi dell'obesità, così come per tutte le altre malattie, è dovuta ad un "fattore scatenante ... occasionale, ambientale o interno all'organismo, nonché di natura fisica, chimica, organica, ereditaria oppure psicosomatica". In definitiva i tre elementi che, più di altri, definiscono una malattia (il danno organico, la sofferenza psicologica, le difficoltà nelle relazioni sociali) sono tutti ampiamente presenti nell'obesità.

Lorenzo Maria D., Roma

R. **Caro Dottore,**
prima di tutto mi scuso di aver dovuto accorciare la sua lettera per ragioni editoriali e per certe argomentazioni troppo "scientifiche" per i nostri lettori. La ringrazio delle

sue osservazioni che fanno onore alla sua competenza in materia, ma la mia chiosa, ispirata da un articolo dell'American Medical Association, era una modesta e superficiale considerazione di un medico "non addetto ai lavori", ancorato saldamente a certi concetti basilari della medicina scolastica. La quale ci ha insegnato e continua a segnalarci che certe abitudini nello stile di vita e le loro immediate conseguenze, come ad



esempio l'iperalimentazione con il sovrappeso-obesità, il fumo con l'azione continuativa della nicotina e di altre sostanze tossiche collegate, l'inattività fisica con le sue conseguenze, non sono ancora una malattia, ma fattori di rischio che possono provocarla. Certo negli States il problema è diverso che in Italia e giustamente si domandano se le loro obesità così avanzate e spesso irreversibili non debbano essere considerate come una malattia attuale. Per concludere, anche allo scopo di non allarmare i nostri lettori che hanno peccato di gola, direi che da noi la stragrande maggioranza dei sovrappeso-obesi non sono malati ma persone che rischiano di diventarlo, se non si decidono a confessare il loro peccato e fare il giusto atto di contrizione e penitenza, ossia mettersi a dieta e consultare il loro gastroenterologo. Con i migliori saluti.

Eligio Piccolo

D. Se i trigliceridi sono elevati

Spettabile Direttore,

Le volevo sottoporre un quesito al quale non ho avuto risposta convincente.

Ho 70 anni soffro di iperlipidemia di tipo IV, diabete 2 al limite, 6/6.5 di emoglobina glicata, colesterolo HDL 38, LDL 77, totale 165, trigliceridi 375.

Da sempre assumo LOVIBON al mattino + LOARTAN e TORVAST 10 alla sera.

Dai 35 ai 45 anni prendevo il "FULCRO" per i trigliceridi, successivamente sospeso a favore del TORVAST 10.

Ora sono a chiederLe se è corretto curare il colesterolo "lasciando andare" i trigliceridi; non sarebbe meglio tornare a curarli?

Il mio medico non lo ritiene opportuno. Lei che ne pensa? Cosa mi suggerisce?

Salutando colgo l'occasione per complimentarmi per la rivista a cui sono abbonato da diversi anni.

Gianluigi O., Verona

R.

Gentile Sig. Gianluigi,

il quadro da Lei descritto è quello di una sindrome metabolica con elevazione dei trigliceridi, diabete mellito tipo 2 e ipertensione arteriosa (desumibile dalla terapia con Losartan).

Ciò che attualmente sembra preoccuparla è l'aumento del valore dei trigliceridi in quanto ritiene che non venga curato in modo specifico.

Un'osservazione preliminare si rende necessaria ed è che il valore di trigliceridi da Lei riferito (mg 375) configura un'ipertrigliceridemia che, stando alle Linee Guida

dell'Endocrine Society, pubblicate nel 2012, va ritenuta come "moderata". Ciò non significa che il dato non abbia alcun valore, ma serve a riportare il problema nella sua esatta dimensione. E a spiegare perché il suo medico abbia scelto di non prescrivere una specifica terapia e, anzi, abbia sospeso il Fulcro, un preparato di fenofibrato idoneo a contrastare l'aumento dei trigliceridi. Tuttavia, se i risultati ottenuti in passato con quel preparato sono stati



buoni, se non ha avuto alcun disturbo e se non ha problemi renali o epatici potrà, sempre che il suo medico sia d'accordo, riprendere la terapia con fenofibrato, magari alla dose di mg 145 al giorno, che equivale ad una capsula dei comuni preparati generici di questo farmaco.

Come certo saprà, in caso di ipertrigliceridemia (oltreché nel diabete) è molto importante seguire una dieta ristretta in zuccheri e quindi molto contenuta per quanto riguarda pane, pasta, patate, dolci e zucchero comune, nonché di alcolici, vino compreso. Senza poi dimenticare che, per una affidabile determinazione dei trigliceridi del plasma, la sera precedente il prelievo di sangue per le analisi deve mangiare un po' prima per avere un intervallo di digiuno di almeno 14 ore e il suo pasto deve essere particolarmente parco e assolutamente privo di qualsiasi bevanda alcolica.

Infine, un amichevole consiglio: cerchi di camminare un po' di più e di pensare un po' meno ai suoi trigliceridi.

Cordiali saluti.

Vito Cagli

Dino Risi: il medico regista

di Luciano Sterpellone

La passione per la cinematografia di Dino Risi ha prevalso su quella per la psichiatria. I suoi genitori hanno sofferto una vita per farlo laureare in Medicina, specie suo padre, otorinolaringoiatra, medico del Teatro alla Scala di Milano e poi medico personale di Benito Mussolini al tempo della fondazione del quotidiano milanese *Il popolo d'Italia*. Ma alla fine si rese conto anche lui che era folle tentare di convincere il figlio a desistere dalle sue scelte d'intraprendere tutt'altra strada. Ma per la sua arte non sarà stato tutto inutile: in molti film non manca di trasfondere le proprie conoscenze mediche, che in molte altre pellicole riesce a "spruzzare" discretamente qua e là.

Nel giugno 1943 si trovava al Corso allievi-ufficiali di Avellino e stava per essere spedito sul fronte russo, quando è colpito da una brutta epatite virale, viene spedito all'Ospedale Militare di Milano; con l'armistizio dell'8 settembre riesce a varcare il confine con la Svizzera. È internato come militare, ma non appena si viene a sapere che studia al quinto anno di Medicina viene spedito a Grossdietwil, nella zona di Berna. Seguirà gli studi all'Università di Ginevra e in seguito racconterà spesso un episodio accaduto durante una lezione di anatomia patologica.

Il professore mostrò agli studenti un preparato microscopico di tessuto tumorale e chiese: "Che cosa rappresenta?" Uno studente italiano alzò la mano e diede una risposta. E il professore: "Gli italiani sono sempre i primi". Subito dopo si alzò un'altra mano: era un ebreo tedesco, che diede la sua ri-



sposta. Allora il professore: “Gli italiani sono sempre i primi a dare la risposta, ma sono i tedeschi a dare quella giusta”.

In Svizzera segue un corso di regia tenuto da Jaques Fryder e quando con la fine della guerra rientra a Milano trova subito un posto come critico cinematografico del quotidiano *Milano Sera*.

Assistente di registi come Soldati e Lattuada, la sua opera prima è un cortometraggio girato subito dopo la guerra, nel 1946: si intitola *Barboni*, ed è incentrato sugli anziani di un ospizio e i barboni di Milano. Il “corto”, costato duecentomila lire, suscitò l’interesse del produttore Carlo Ponti, che lo acquistò per due milioni (tutte cifre allora esaltanti). Trasferitosi a Roma, ancora fresco della sua esperienza ospedaliera, Risi scrive il soggetto del film *Anna*, di Alberto Lattuada, interpretato da Silvana Mangano.

Dopo aver girato ventitre documentari, il primo lungometraggio *Vacanze col gangster* (1951), segna l’inizio del successo e della notorietà, consolidati su scala nazionale e internazionale con l’ormai storico *Pane, amore e fantasia* (1955) e i successivi della se-



rie, cui seguiranno altri film poi entrati nel gotha della cinematografia italiana: *Poveri ma belli*, *Una vita difficile*, *Il sorpasso*, *I mostri*, *In nome del popolo italiano* ... Saranno ritratti degli italiani degli immediati anni del dopoguerra, nei quali mette in vetrina (e alla berlina) vizi e virtù della nostra gente. Ma non sono affatto privi di una acuta e approfondita critica sociale e di costume.

Nel film *Scemo di guerra* Risi evocerà tutte le sue conoscenze di psichiatria acquisite durante gli anni dell’università. Il film è ispirato a un diario di guerra di un altro famoso “medico scrittore”, Mario Tobino, sulla propria esperienza di ufficiale medico in Libia: in molte scene, girate in un ospedale da campo, risalta la notevole fedeltà dell’ambientazione e dei particolari tecnici, anche nelle riprese di interventi di chirurgia, non di rado errati e arbitrari in altri film del genere. Nei film scritti e diretti da Risi appare ovunque vigile il suo ... “occhio clinico”.

Nel 2002 riceve il Leone d’Oro alla carriera. Un medico, divenuto famoso come regista e sceneggiatore che di sé dirà: “Stanco di curare la gente e non guarirla, mi sono dato al cinema”.



La fibrillazione penalizza la razza bianca

In scienza, dicono i neofiti ferventi, si può parlare liberamente senza che l'orecchio politico ponga limitazioni. Non è stato sempre così, pensiamo a Galileo, e purtroppo qualcuno sostiene che da noi questa diffidenza ci sia ancora, se pensiamo che Di Bella ci ha lasciati convinto di aver ragione e più di recente, parlando di certe empiriche terapie con le staminali, la medicina ufficiale le proscriveva mentre il TAR sotto l'onda emotiva le prescriveva. Ora speriamo che i difensori del "tutti uguali" non ci accusino di razzismo se riferiamo che la California University di San Francisco ha scoperto attraverso uno studio esteso nelle loro popolazioni che la fibrillazione atriale, l'aritmia che amareggia l'età avanzata colpendo il 16% degli uomini e il 12% delle donne, penalizza la razza bianca. Lo studio dimostra infatti che corrono meno rischio di fibrillare i neri, gli asiatici e gli ispanici, ossia i latino-americani che vivono colà e che sono spesso meticcianti con l'indio.

I risultati hanno lasciato tutti di princisbecco, non solo perché si riteneva che i bianchi avessero maturato nei secoli una maggiore resistenza a quella ribellione degli atri all'età che avanza e alle malattie che la facilitano, mentre invece i non-bianchi (qualcuno forse preferirebbe i diversamente bianchi) già cagionevoli per altre patologie lo dovrebbero essere anche per la fibrillazione; ma soprattutto perché i neri e gli asiatici soffrono di più di certi fattori che facilitano l'aritmia fibrillatoria, come la pressione alta con le sue conseguenze sul cuore, l'obesità e il diabete.

Quando in medicina non si capiscono determinati comportamenti, basati sulle conoscenze scientifiche, si pensa obbligatoriamente alla genetica, che è il più forte presupposto di tipo razzista.



E.P.

La nostra Africa.

Cronache di viaggio di un medico euroafricano.

di Michelangelo Bartolo



Nasco angiologo, nel senso che ero forse l'unico bambino che giocava nello studio di papà con il doppler. Appoggiando la sonda da 4 Mhz sulla glottide si creava un affascinante rombo da motore di formula uno.

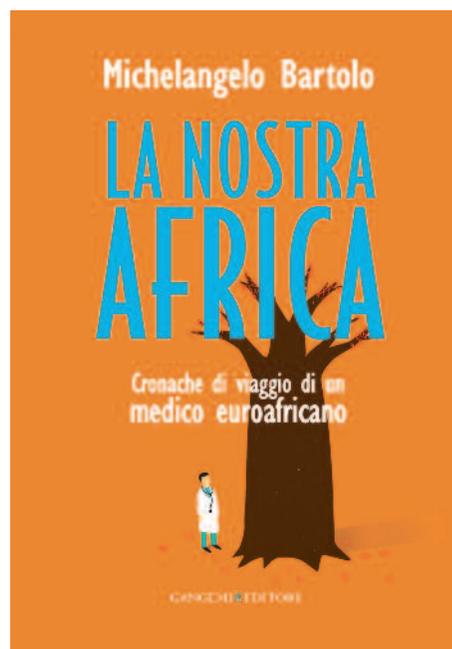
E siccome il "pero fa le pere" mi ritrovai angiologo. Uno degli ultimi angiologi d'Italia; ultimo non in senso di preparazione, anzi, essere figlio d'arte mi aiutò non poco, ma ultimo perché dopo di me la scuola di specializzazione, non per colpa mia, chiuse.

Dal 2001 iniziai una serie di missioni in Africa per cercare di dare vita, con un pugno di colleghi, al programma DREAM della Comunità di Sant'Egidio. Cosa c'entra un angiologo con l'Aids? Niente.

Sapevo bene, infatti, che un angiologo in un paese del terzo mondo poteva servire a ben poco.

Non avrei trovato un ambulatorio pieno di signorine preoccupate dal danno estetico delle microvarici sulle cosce o, peggio ancora, sulle gambe. Non solo perché le necessità mediche in queste latitudini sono decisamente diverse, ma anche perché nelle donne di colore le microvarici, se ci sono, non si vedono.

Mi ripassai qualcosa di malattie infettive e ristudiai le posologie dei farmaci in età pediatrica, ma la mole di nozioni da studiare era assolutamente spropositata di fronte al tempo che avevo a disposizione. Mi concentrai su nozioni di base sulla tubercolosi e sulla malaria, ma più leggero e più mi rendevo conto che ero la persona sbagliata che stava andando in un luogo sbagliato e, forse, anche nel momento sbagliato. Sono ormai passati più di 10 anni dalla mia prima missione



in Africa. Ero partito solo per dare un episodico aiuto alla realizzazione del programma DREAM e, nonostante i propositi contrari e tutte le precauzioni adoperate, anch'io sono stato colpito dal mal d'Africa, che, come per la malaria e l'Aids, non ha ancora un vaccino. E così le mie missioni si sono moltiplicate e a forza di visti di ingresso ed uscita in diversi paesi dell'Africa Sub-Sahariana ho già consumato 3 passaporti e collezionato punti miglia con diverse compagnie aeree, fino ad raggiungere la "Gold" della "Sky Team". Sono soddisfazioni.

Da questa avventura, tutt'altro che conclusa, ne è scaturito un romanzo che ripercorre le avventure e disavventure di un medico ospedaliero romano, che quasi senza accorgersene, si è ritrovato coinvolto nella realizzazione di uno dei maggiori programmi di cooperazione per la prevenzione e la cura dell'Aids in Africa.

Pubblicato inizialmente come ebook (Ed. Io-Scrittore) nel marzo 2012 si è collocato per 3 settimane tra gli ebook italiani più ven-

duti; nel luglio 2012 è pubblicato in cartaceo dalla Gangemi; seconda edizione nel giugno 2013, ben 15 riconoscimenti letterari e centinaia di recensioni dei lettori.

Il libro ha suscitato delle spontanee donazioni di fondi che hanno sostenuto programmi sanitari di cooperazione con l'Africa e dato vita a "Global Health Telemedicine", una onlus presieduta da Giorgio Scaffidi che ha lo scopo di incrementare servizi di telemedicina in diversi paesi africani. Al momento sono stati aperti 6 centri di telecardiologia in Tanzania e Mozambico e realizzati più di 700 teleconsulti in pochi mesi.

Non è il solito libro sui mali e drammi dell'Africa, anzi. È un racconto delicato che svela solo nella postfazione che il programma di cura narrato è DREAM della Comunità di Sant'Egidio, quasi per dare la possibilità a tanti di identificarsi e viaggiare con l'autore.

È la storia personale di un medico che incontrando volti e situazioni lontane si è appassionato alla realizzazione di program-





mi di cooperazione ed ha realizzato anche diversi servizi di telemedicina tra ospedali italiani e centri africani. Infatti oggi DREAM è una realtà che cura 240.000 persone in Africa, ha 3 centri di cura, 20 laboratori in 10 paesi Africani. Ben 23.500 bambini sono nati sani da madre HIV positiva. Il romanzo inizia in Mozambico, continua in Tanzania e termina in Africana, paese simbolico ma estremamente reale che permette all'autore maggiore libertà nel racconto. Ma qual è il segreto del successo? Autore sconosciuto, argomento non di presa, eppure pagina dopo pagina il libro aggancia anche il lettore più distratto e lo porta a lottare con lui per superare i piccoli e grandi inciampi che si trova ad affrontare per realizzare un programma di cooperazione sanitaria in Africa.

Un sottile humor, che talvolta prende la forma di esplicite situazioni tragicomiche, porta a sorridere, ridere, accanto a tanti rac-

conti più crudi ma ricchi di umanità e di spunti di riflessioni.

Sembra incredibile che un medico debba passare quasi 40 giorni al porto di Maputo per cercare di sdoganare un container contenente materiale sanitario o che debba faticare quasi un anno per avere le autorizzazioni per aprire nuove centri sanitari. Si tratta di cronache di viaggio, ci ammonisce il sottotitolo del libro e il lettore si trasforma in fedele compagno di viaggio che partecipa alle delusioni, ai successi e alle fatiche affrontate dall'autore.

I diritti d'autore sono interamente devoluti a "Global Health Telemedicine Onlus" rendendo così il lettore sostenitore attivo del progetto di cura. In un mondo globalizzato sogniamo di globalizzare la sanità con un servizio polispecialistico di teleconsulto. Una specie di radio taxi mondiale della sanità.

Aggiornamenti cardiologici

di Filippo Stazi



Il pacemaker senza fili: Il LEADLESS Trial è stato il primo studio, sia pure non randomizzato, a valutare sicurezza e performance clinica del nuovo pacemaker senza fili (42 mm di lunghezza, 6 mm di diametro) in 33 pazienti. L'end point primario di sicurezza era costituito dall'assenza di complicazioni a 90 giorni, quello secondario era la percentuale di successo d'impianto. Gli end point secondari di performance erano invece dati dai valori di soglia, sensing, impedenza e percentuale di stimolazione. L'indicazione più frequente era la presenza di fibrillazione atriale lenta (ricordiamo che il dispositivo consente solo la stimolazione monocamerale VVI); la percentuale di successo dell'impianto è stata del 97%; in 5 pazienti è stato necessario impiegare più di un dispositivo. I valori di sensing, impedenza e soglia erano soddisfacenti. Un paziente è deceduto durante il ricovero al termine di una lunga serie di eventi negativi iniziati con un tamponamento cardiaco durante l'impianto ed in un altro il dispositivo è stato erroneamente posizionato nel ventricolo sinistro invece che nel destro. Il 94% dei pazienti era libero da complicazioni dopo 90 giorni. I dati dello studio si prestano ad interpretazioni differenti e solo uno studio randomizzato di confronto con i sistemi di stimolazione convenzionale potrà fornire risposte definitive. (*Circulation* 2014; 129: 1466-1471)

Resincronizzazione cardiaca e sopravvivenza nello scompenso cardiaco lieve (MADIT-CRT): La precedente pubblicazione di questo trial aveva mostrato che la combinazione di resincronizzazione e defibrillatore (CRT-D) in pazienti con scompenso cardiaco lieve (classe NYHA I-II), frazione d'eiezione del ventricolo sinistro < 30% e QRS \geq 130 msec, riduceva gli eventi di scompenso rispetto al solo defibrillatore (ICD) al termine di un follow up di 2,4 anni. La pubblicazione attuale presenta invece i dati relativi al prolungamento del follow up a 7 anni. Al termine di questo periodo la mortalità totale del gruppo CRT-D è risultata del 18% contro il 29% del gruppo ICD ($p < 0.001$). Nei pazienti con QRS \geq 130 msec ma morfologia non a blocco di branca sinistra invece la CRT-D risultava inutile o addirittura dannosa rispetto al solo ICD (HR di morte totale 1,57, $P = 0.04$). Lo studio conferma quindi che gli effetti positivi della CRT-D sull'end point pesante di mortalità totale si mantengono anche nel lungo periodo sebbene solo nei soggetti con blocco di branca sinistra. (*New Engl J Med* 2014; 370:1694-1701)

Nuovi anticoagulanti orali e warfarin: la prima meta-analisi. Gli autori hanno considerato solo gli studi in cui i pazienti sono stati randomizzati ai nuovi anticoagulanti orali (NAO) o al warfarin ed in cui sono stati valutati sia dati di sicurezza che di efficacia. Si sono quindi analizzati i 71.683 partecipanti degli studi RE-LY, ROCKET AF, ARISTOTLE e ENGAGE AF - TIMI 48; 42.411 di questi hanno ricevuto un NOA e 29.272 il warfarin. Gli eventi presi in considerazione comprendevano strokes ed embolie sistemiche, strokes ischemici, strokes emorragici, mortalità totale, infarto miocardico, sanguinamenti maggiori, emorragia intracranica e sanguinamenti gastrointestinali. I NOA hanno ridotto significativamente strokes ed embolie sistemiche del 19% rispetto al warfarin, principalmente attraverso un decremento del 51% dello stroke emorragico. I NOA hanno ridotto anche la mortalità totale (-10%) e le emorragie intracraniche (-52%) mentre si sono associati ad un incremento dei sanguinamenti gastrointestinali (+25%). La riduzione dei sanguinamenti maggiori era preminente quando nel gruppo warfarin l'INR era in range terapeutico per meno del 66% del tempo. Nel complesso, quindi, questa meta-analisi rafforza i dati a favore di efficacia e sicurezza dei nuovi farmaci anticoagulanti. (*The Lancet 2014; 383: 955-962*)

STEMI-RADIAL Trial: approccio radiale e femorale nell'infarto con sopraslivellamento ST. Nei pazienti con infarto e sopraslivellamento del segmento ST (STEMI) sottoposti a procedure di rivascularizzazione percutanee (PCI) si è inizialmente utilizzato l'accesso femorale mentre ora è sempre più frequente l'uso dell'approccio radiale. Il trial in esame ha arruolato in maniera randomizzata 707 pazienti con STEMI. L'end point primario era la combinazione di sanguinamenti maggiori e complicanze nella sede di accesso a distanza di 30 giorni dalla procedura. Veniva inoltre valutato il tasso netto di eventi clinici avversi (NACE), definito come l'insieme di morte, infarto, stroke, eventi emorragici e complicanze nella sede di accesso. L'end point primario si è verificato nell'1.4% del gruppo radiale e nel 7.2% del gruppo femorale ($P=0.0001$). Il tasso di NACE era rispettivamente 4.6% e 11% nei due gruppi ($p=0.0028$). Permanenza in terapia intensiva e quantità di mezzo di contrasto utilizzato erano entrambi inferiori nel gruppo radiale. La mortalità, infine, non differiva tra i due gruppi né a 30 giorni (2.3% vs 3.1%, $p=0.64$) né a 6 mesi (2.3% vs 3.6%, $p=0.31$). I risultati dello studio supportano quindi l'uso dell'accesso radiale come prima scelta nel trattamento percutaneo dello STEMI. (*J Am Coll Cardiol 2014; 63: 964-972*)

aforismi

La moglie quando ha un amante è molto affettuosa.

> **Detto popolare**

Come posso essere sicuro della mia intelligenza se tutti gli imbecilli che conosco sono sicuri della loro?

> **P. Caruso**

Siamo sull'orlo del precipizio, ma presto faremo un passo avanti.

> **Udita in un bar**

I critici d'arte sono come gli eunuchi, sanno tutto su come si fa ma non sanno farlo.

> **Anonimo**

La sola cosa che arresta la caduta dei capelli è il pavimento.

> **M. Costanzo**

Si giudicano i fatti ma sono le intenzioni che contano.

> **S. Paletti**

Io credo nell'intelligenza dell'universo, con l'eccezione di qualche cantone svizzero.

> **W. Allen**

I grandi allenatori vedono le autostrade dove gli altri vedono solamente dei sentieri.

> **V. Boskov**

La minoranza qualche volta ha ragione, la maggioranza ha quasi sempre torto.

> **G. B. Shaw**

Anche i morti spesso muoiono giovani.

> **F. Fontanini**

L'esperto è uno che viene da fuori.

> **A. Block**

I ricordi si interpretano come i sogni.

> **L. Longanesi**

Non c'è niente di più temibile dell'ignoranza attiva.

> **J. W. Goethe**

Il sesso oggi in tutto il mondo produce più denaro che figli.

> **O. Thibaud**

Secondo le indagini gli uomini fanno l'amore di continuo e le donne molto raramente, ma qualcuno bara.

> **G. Monduzzi**

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

> **M. Twain**

Chissà Adamo quante mele avrà mangiato prima di capire?

> **F. Fontanini**

Mia moglie ed io siamo stati felici per vent'anni, poi ci siamo incontrati.

> **R. Dangerfield**

La miglior vendetta è la vendetta.

> **M. Marzotto**

La guerra dei sessi è la sola in cui gli avversari, alla fine, vanno a letto insieme.

> **Detto popolare**

La famiglia è uno stato che ricava autorità dalla noia, dalle convenienze e dalla paura di morire soli in casa.

> **L. Longanesi**

Sostenete e diffondete Cuore & Salute

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

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



MODULO PER ISCRIVERSI ALLA FONDAZIONE O PER ISCRIVERE UN AMICO

DESIDERO: ISCRIVERMI RINNOVARE L'ISCRIZIONE ISCRIVERE UN AMICO AL

CENTRO PER LA LOTTA CONTRO L'INFARTO - FONDAZIONE ONLUS

COGNOME NOME

CODICE FISCALE

VIA CAP CITTÀ

PROV. NATO A IL

E-MAIL CELL

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

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

VERSAMENTO SU C/C POSTALE N°64284003

BONIFICO BANCARIO IBAN IT 56 Y 01005 03213 000000012506

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

ASSEGNO NON TRASFERIBILE

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

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

AI NOSTRI LETTORI

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

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