

CUORE & Salute

Per leggere
Cuore & Salute online
collegati a
www.cuoresalute.com

N.5-6 MAGGIO-GIUGNO 2015

CUORE&Salute

L'evoluzione del dubbio

ANNO XXXIII

ANNO XXXIII

N. 5-6 MAGGIO-GIUGNO 2015

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



40 IDEE PER CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2016

XXXIII CONGRESSO DI CARDIOLOGIA
del Centro per la Lotta Contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Firenze, Palazzo dei Congressi 11-12-13 marzo 2016

Coordinamento: Francesco Prati

Segreteria: Centro per la Lotta Contro l'Infarto s.r.l.



- Come svelare la malattia coronarica ? Approccio funzionale (TE, scintigrafia) oppure anatomico mediante TAC ?
- Trattamento dello stroke con imaging precoce e rivascularizzazione. Quando essere aggressivi ?
- Stenosi aortica importante a basso gradiente e contrattilità conservata. Siamo certi che si debba intervenire ?
- Dal concetto di placca vulnerabile a quello di aterosclerosi aggressiva.
- Cardiopatia aritmogena del ventricolo destro. Ruolo della genetica e RMN per un moderno inquadramento.
- La variabilità nei livelli di colesterolo LDL aumenta il rischio di eventi: l'importanza di mantenere il colesterolo stabilmente basso.
- Indicazione al defibrillatore nella sindrome di Brugada.
- La ricerca dell'aterosclerosi in prevenzione primaria: eco doppler carotideo e calcium score.
- Nuove frontiere della cardiologia interventistica. Il trattamento dell'insufficienza tricuspidaica di grado importante.
- Aterosclerosi nella donna. Che rapporto c'è tra l'età della menopausa ed il menarca ?
- L'adulto con cardiopatia congenita.
- Ipercolesterolemia familiare: incidenza e nuove terapie.
- La terapia ormonale dopo la menopausa.
- Quando il cardiocirurgo rifiuta il by-pass per ragioni anatomiche o cliniche.
- Trattamento ibrido: al chirurgo la discendente anteriore, al cardiologo interventista il resto.
- Lo studio PEGASUS: chi può beneficiare di una duplice terapia antiaggregante protratta ?
- La tachicardia ventricolare come prima manifestazione. Un elemento che sottende più scenari clinici.
- La chiusura del PFO. Quando le metanalisi rendono giustizia.
- E' vero che l'extrasistolia sopraventricolare individua i pazienti a rischio di fibrillazione atriale ?
- Gli indici di flogosi ed il rischio di eventi cardiovascolari: dalla PCR alle prostaglandine.
- Infarto miocardico senza coronaropatia ostruttiva: patogenesi e terapia.
- Ridurre la colesterolemia per ridurre gli eventi cardiovascolari: il ruolo dei nuovi PCSK9.
- Quale è il rischio di sviluppare una malattia cardiovascolare nel soggetto obeso senza sindrome metabolica ?
- L'atrio sinistro nello scompenso: occhio alle dimensioni e funzionalità.
- Quanto contano i trigliceridi come fattore di rischio ?
- Triplice terapia con eventuale impiego di NAO nel paziente trattato con stent.
- Malfunzionamento della protesi aortica biologica. Spazio alla terapia percutanea con TAVI ?
- Tailored therapy: ogni paziente è diverso.
- Gli eventi cardiovascolari nel broncopneumopatico cronico.
- Quanto conta ridurre il sodio e aumentare il potassio nell'iperteso ?
- I FANS ed il rischio di eventi cardiovascolari.
- Un problema insoluto: la disfunzione del ventricolo destro con ventricolo sinistro a funzione sistolica conservata.
- Impiego a lungo termine dei NAO nelle sindromi coronariche acute: razionale e dati clinici.
- La PTCA guidata da FFR vs il by-pass nel paziente multivasale. La sfida continua.
- Ipercolesterolemia di grado lieve. Statine o altro nella prevenzione primaria ?
- Va impiegata la terapia antitrombotica in presenza di episodi di fibrillazione atriale brevi ed autolimitanti ?
- L'anticoagulazione nella fibrillazione atriale parossistica a basso CHADS2VASC score o rilevata in modo silente.
- Le trasfusioni ematiche nel cardiopatico.
- La chiusura dell'auricola.
- Jogging e mortalità. Esiste una curva ad U ?

Francesco Prati



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, ha pubblicato l'*Almanacco del Cuore* e pubblica 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 ringrazia la ST. JUDE MEDICAL per il sostegno dato alla nostra Fondazione.

n. 5-6 **sommario** 2015

www.centrolottainfarto.it
www.cuoreesalute.com
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 XXXIII
n. 5-6 Maggio-Giugno 2015
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

L'evoluzione del dubbio Eligio Piccolo 132

Il parente dell'infartuato Filippo Stazi 135

Il dolore coronarico Franco Fontanini 137

Vetrina delle perle
Parole che aiutano a vivere Bruno Domenichelli 139

• *Niente di nuovo sotto il sole [F.S.]* 142

Qualche secondo di buon umore 143

Il cardinale Prospero Lambertini e i fenomeni straordinari nelle cause di beatificazione e canonizzazione Paola Giovetti 144

Il nodo mancante Massimo Pandolfi 148

Quadri & Salute Filippo Stazi 150

Quaderno a Quadretti
Duri a morire Franco Fontanini 152

Il cuore fa gli esami: La coronarografia Filippo Stazi 155

Il cardiologo e l'internista Eligio Piccolo 158

• *Stop alla morte improvvisa: le buone notizie [F.S.]* 160

Dal Congresso Conoscere e Curare il Cuore 2015
Calcium score e polipillola: il futuro della prevenzione 161

Intervista di Filippo Stazi a Raffaele De Caterina

• *E. A. Mario e "La canzone del Piave" [P.G.]* 166



p. 135

Lettere

167

- *Riduzione farmaco*, Eligio Piccolo

- *La radioterapia toracica e le conseguenze sul cuore*, Antonella Labellarte

• *La bellezza delle differenze [E.P.]*

170

Medici e famosi ma non medici famosi

John Locke: quando il medico è un filosofo

Luciano Sterpellone

171

• *Aeroplani e ospedali [F.S.]*

175

La palla di Tiche

Il sepolcro

Franco Fontanini

176

Il "porta a porta" del dolore

Eligio Piccolo

180

Una passione per l'anatomia

Andrea Gobbo

182

Un genio della musica

Antonio Pasquale Potena

184

Le parole del cuore

Poi l'uomo creò la luce

Bruno Domenichelli

186

News

Aggiornamenti cardiologici

Filippo Stazi

188

Aforismi

190



p. 152

p. 184



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.

L'evoluzione del dubbio

di Eligio Piccolo



Ricordo un paziente cinquantenne della metà del secolo scorso, che dopo algie toraciche vaghe, gli scoprirono nell'elettrocardiogramma un'onda Q nelle derivazioni inferiori. Reperto che di per sé poteva e può essere segno di pregresso infarto, ma che è anche uno di quei pattern che fanno sorgere il dubbio che infarto non sia, poiché anche la semplice variabilità normale lo può giustificare. Allora non c'erano molti esami per verificarlo e bastò l'anamnesi di quei dolori sospetti di angina e il fatto che fosse maschio in età a rischio per schedarlo quale pregresso infarto. Di quelli, come assicurarono al paziente per sua tranquillità, che colpiscono la zona di cuore meno foriera di problemi futuri. E così infatti fu: controllato periodicamente dal cardiologo non ebbe altre sequele coronariche, curò con farmaci una pressione che tendeva a sfiorare di poco i riguardi posti dall'OMS, verso i novanta aiutò con un pacemaker la tendenza del suo cuore a bradicardie pericolose e, come una candela che ha esaurito la propria cera, spense serenamente i suoi giorni al traguardo dei cento. Lasciando a noi il dubbio del pregresso infarto, mai verificato.

Oggi questo follow up, questa condotta che ogni moderno cardiologo definirebbe fatalistica, sia pure inframezzata da attenti controlli, non sarebbe più possibile. Non solo il medico curante, ma lo stesso paziente richiederebbe indagini più rassi-



curanti. Oggi anche in assenza di disturbi sospetti, ognuno vorrebbe dopo una certa età, diciamo superati i 40, essere sicuro di non correre rischi, specie se il padre o lo zio sono stati malati di cuore, o se il fumo o il colesterolo o il sovrappeso fanno venire qualche rimorso. Dagli anni sessanta in poi sono state impiegate allo scopo molte tecniche: la prova da sforzo con la contemporanea registrazione dell'ECG per vedere se vi compare qualche grafico sospetto, l'ecocardiogramma, le scintigrafie e più recentemente la TAC o la risonanza magnetica (RMN); fino a quell'esame decisionista, che chi va ai congressi definisce il "gold standard", il non plus ultra: la coronarografia. Esame che ci mostra effettivamente come sono i vasi del cuore, soprattutto se hanno lesioni premonitrici di rischi per il paziente, ma con la riserva che si tratta di un'indagine invasiva, che comporta il ricovero, attrezzature costose e soprattutto medici sapienti e addestrati. Eseguita a tutti, sani e sospetti, dopo una certa età calmerebbe molte ansie ma rischierebbe il fallimento delle ASL oltre a mettere in lista d'attesa quelli che ne hanno veramente bisogno.

Ciò posto, l'alternativa a quel "gold standard" rimane quella degli esami non invasivi, specie in coloro che a giudizio del medico potrebbero essere a rischio di un evento coronarico. E qui, secondo le più recenti valutazioni, si aprono due vie: quella solita della prova da sforzo con la cyclette o il tapis-roulant, o dell'ecocardiogramma durante eccitamento chimico del cuore (ECO-stress); oppure i più moderni test anatomici, che non sono l'autopsia si capisce,

ma qualcosa che virtualmente le si avvicina, ossia le sumenzionate angio-TAC o la RMN, che "tagliano a fette" il cuore. Entrambe le vie sono percorribili in molti ospedali, ma con un costo maggiore per la seconda che impiega macchine a tecnologia avanzata. Questo problema, acuitosi recentemente dalla tendenza di tutti a volere il nuovo con la convinzione che sia anche il meglio, ha mosso la ricerca clinica a valutare i risultati con l'una e con l'altra strategia. Autorevoli specialisti di Harvard e Bethesda (NEJM, 2 aprile 2015) hanno sottoposto 10.000 pazienti sui 60 anni, sintomatici e sospetti di insufficienza coronarica, ai due tipi di test valutando dopo due anni quanti, nonostante le misure prese per evitarlo, fossero stati colpiti da un evento coronarico: circa il 3% in entrambi. Come dire che gli esami tradizionali e quelli più nuovi hanno la stessa capacità diagnostica. Il commentatore della ricerca si è posto la seguente domanda: "riuscirà tale pareggio a cambiare la pratica clinica, quella di voler sempre pretendere il nuovo con l'istintiva speranza che sia anche il meglio?" La risposta potrebbe essere che solo il medico attento, colui che sa valutare per ogni singolo malato la soluzione migliore riuscirà a salvarci dalla "moda", che anche in medicina fa spesso cambiare condotta e lievitare i costi. Anche il commentatore più critico sa però che l'uomo di scienza non si arrende mai, che cercherà sempre di raggiungere quel meglio e continuerà, quasi come una condanna biblica, a sognare le nuove prospettive attraverso ricerche sempre più penetranti.

L'ultimissima, la nuova moda se mi è consentito questo termine mondano, è la possibilità di indagare la causa prima delle nostre sofferenze, la placca. Quella strana formazione di grassi con cellule infiammatorie, cicatrici e perfino calcificazioni, che infiltra la parete dei vasi arteriosi e minaccia una loro occlusione acuta o cronica. Seguire l'evoluzione di questa specie di foruncolo maligno è l'ambizione del medico dopo il XX° secolo. Per ora solo gli ultra-esegeti come il nostro Francesco Prati riescono a farlo, ma devono entrare nelle coronarie con cateteri speciali muniti di una specie di microvisore. I loro risultati stanno già facendo presa in coloro che coltivano il sogno di seguire nel tempo quelle intime lesioni vascolari mediante le tecniche di superficie. La sua realizzazione è per ora limitata a ciò che gli apparecchi ultraradiologici (TAC e RMN) vedono meglio, ossia il calcio, ma è proiettata verso un loro perfezionamento, che si spera sarà capace di "fotografare" la placca in tutte le sue strutture. Perché, dicono coloro che sanno vedere il bicchiere mezzo pieno, già con

l'introduzione delle terapie contro il colesterolo si sta documentando la possibilità di far regredire quella terribile protuberanza arteriosa che se si rompe sono guai.

E qui mi viene utile concludere questa chiacchierata con un altro ricordo, che dà ragione ai sognatori della placca curabile senza interventi invasivi. Correva l'anno 1978 quando lessi su *Circulation* la descrizione di un caso clinico allora incredibile: a un avvocato di Miami sulla quarantina, obeso e fumatore, ricoverato per dolore anginoso e sottoposto a coronarografia, gli comunicarono che la sua coronaria principale (l'IVA per i medici) minacciava di chiudersi con il rischio di infarto per cui consigliavano il bypass (ancora non erano stati inventati l'angioplastica e gli stent). Egli rifiutò l'intervento e chiese un'alternativa; gli risposero di sospendere il fumo e dimagrire con dieta ferrea. Dopo un anno, cambiato lo stile di vita, senza più disturbi e con un fisico da figo, gli rifecero l'esame invasivo che mostrò la completa scomparsa della lesione.

Il parente dell'infartuato

di Filippo Stazi

Elena stava preparando la cena quando l'orologio sopra il frigorifero l'avvisò che erano le sette. Andrea non era ancora tornato. Suo marito era un uomo metodico. Staccava dal lavoro sempre alla stessa ora, faceva sempre la stessa strada per tornare a casa e infilava la chiave nella toppa al massimo alle 7. Elena affettava il pane e intanto guardava l'orologio: le 7 e 1. Elena condivideva l'insalata ed erano le 7 e 5. Più Elena si sforzava di non guardare l'orologio e più lo faceva. Il cellulare era muto, il display non segnalava nessuna chiamata persa. Alle 7 e 10 non ce la fece più e ingoiò una delle sue pillole. I ricordi cominciarono a riaffiorare: quella volta che Andrea non era tornato... Alle 7 e 15 finalmente la porta si aprì.

“Come stai? Perché a quest'ora? Perché non mi hai avvisato? Sei sempre il solito! A me non pensi mai!” Andrea esitò sulla soglia e poi la varcò. “Ciao Elena, tutto bene?”

“Io sì, tu piuttosto?”

“Sto benone” fece lui bonario “ho solo avuto un contrattempo al lavoro e sono uscito qualche minuto più tardi del solito...”

“Sarà!”

L'uomo si tolse il soprabito e si avviò in camera da letto per cambiarsi. Elena fece finta di tornare ad armeggiare in cucina ma intanto il suo sguardo non lo mollava. Con la scusa di prendere un asciugamani



in bagno la donna si fermò in un punto da dove poteva controllare la camera da letto. Il marito si sedette sul letto e si portò la mano alla fronte. “Andrea?”

“Sì”

“Che hai? Stai bene?”

“Ma sì... te l’ho già detto... sto bene, sono solo stanco”

“Ma stanco normale o stanco strano?”

“Elena per favore!” il tono adesso cominciava a diventare scocciato “Stanco, stanco come è normale che uno sia stanco dopo una giornata al lavoro! Va bene?”

“Sì, si va bene”. Elena tornò in cucina, le lacrime le riempivano gli occhi e il labbro inferiore le tremava incontrollato. Mandò giù un’altra medicina. “E comunque sia, che tu lo voglia o no, domani mattina telefono al cardiologo”

“E perché?”

“Perché..., perché..., perché è tanto che non lo sentiamo, troppo!”

Non era sempre stato così. Anche in passato lei aspettava il ritorno di Andrea con ansia ma era un sentimento positivo, era il piacere di rivederlo. Ora invece la spasmodica attesa del suo ritorno era figlia della necessità di liberarsi dall’incubo, di provare la momentanea liberazione dalla paura, come se averlo sotto il suo raggio visivo potesse in qualche modo salvaguardarlo dalla malattia. Non era razionale, Elena lo sapeva bene ma era più forte di lei. Quella sera che lo aveva aspettato invano e poi il telefono era squillato. Quella sera che Andrea si era sentito male al lavoro. Quella sera che Luigi era passata a prenderla per accompagnarla al pronto soccorso. Quella

sera in cui il medico le aveva detto quella parola terribile e per lei inaspettata: infarto. Quella sera lei aveva fatto crac. In realtà non era successo subito. Per tutto il tempo del ricovero di Andrea lei era stata granitica. Gli aveva dato forza, lo aveva tranquillizzato, lo aveva seguito nel suo rapido recupero. Una volta tornati a casa, però, era arrivata la paura. “Andrea che fai esci? Ma non è meglio se resti a casa? Andrea ma perché non aspetti a tornare al lavoro? Stai bene? Perché ti tocchi il petto?” Erano passati ormai quasi due anni ma non riusciva a uscirne e ormai prendeva più pastiglie del marito.

Di personaggi come Elena i medici ne incontrano tanti. Dopo un infarto l’attenzione è tutta finalizzata sul paziente mentre viene spesso trascurata la reazione emotiva di chi gli sta accanto, che si trova invece a condividere le stesse paure e le stesse preoccupazioni del paziente, con in più il peso di sentirsi responsabilizzato della buona riuscita delle cure dopo il ritorno a casa. Un recente studio danese che ha coinvolto più di 16.000 persone, ha messo proprio in evidenza come i coniugi dei pazienti colpiti da un infarto hanno, a seguito di tale evento, un’aumento di circa il 40% della probabilità di iniziare una terapia con antidepressivi o con ansiolitici. L’infarto della persona cara aumenta anche il rischio che la depressione conduca a tentativi di suicidio. È interessante segnalare che la comparsa della depressione è più frequente negli uomini che nelle donne a confermare, una volta di più, la sostanziale debolezza del sesso forte.

Il dolore coronarico

di Franco Fontanini

Il dolore dell'infarto, la cui natura resta imprecisata, è estremamente polimorfo. Così Enzo Biagi descrisse la ricomparsa delle crisi di angina pectoris a distanza di otto anni dalla prima crisi stenocardica: “non era la sintomatologia considerata tipica dell'infarto, il braccio che fa male, l'oppressione al petto, ma piuttosto una sensazione di disagio, che da un po' di tempo avevo notato nel camminare, ero affaticato e quasi mi bloccava. Era una condizione imbarazzante. Attraversare al semaforo era diventata una scommessa, affanno, peso alla schiena, mi capitava di bloccarmi, con falsa disinvoltura, magari davanti ad una vetrina intima femminile, qualcuno mi avrà preso per un guardone, per un feticista e invece era il male, il disagio, la fatica di respirare che mi immobilizzava all'improvviso”.

Seneca soffriva di angina pectoris e molto verosimilmente morì per infarto, così descrisse il suo male in una lettera a Lucillo: “ho sofferto di tutte le malattie ma nessuna è più penosa di questa attuale. In ogni altro caso si è ammalati, qui invece si ha la sensazione di morte imminente, a ragione i medici chiamano questa malattia *meditatione mortis*. L'attacco è spesso breve, simile all'impeto del temporale e, generalmente in meno di un'ora passa, chi può stare tanto a lungo tra la vita e la morte? Durante l'attacco mi





se, la defecazione, la conversazione o per preoccupazioni e ansia. Venti almeno di questi ammalati erano uomini al di sopra della cinquantina, in maggioranza persone dal collo corto e tendenti alla pinguedine.

sembra di morire soffocato”.

Superò la malattia e, sebbene il suo cuore restasse aritmico, visse fino a settant'anni e fu vittima di Nerone.

Heberden, che non era un cattedratico ma un medico pratico molto stimato che annoverava fra i suoi pazienti molti membri dell'alta società londinese fra i quali lo stesso Giorgio III, dichiarò senza preamboli: “Esiste un' infermità caratterizzata da sintomi violenti e peculiari di grande importanza per il pericolo che comporta, non del tutto rara ma che non risulta finora segnalata nei trattati. La sua localizzazione e la sensazione angosciosa che la caratterizzano, fanno sì che non sia improprio chiamarla angina pectoris. Coloro che ne sono sofferenti, sogliono essere colpiti mentre camminano, specie dopo i pasti, da una sensazione dolorosa al petto, che dà l'impressione di morte imminente. Arrestando il passo, il disturbo svanisce. Al di fuori dell'attacco, i pazienti risultano in buona salute e soprattutto non accusano dispnea. Col passare del tempo le manifestazioni compaiono non solo durante il cammino ma anche quando il paziente è coricato e persino con la deglutizione, la tos-

La regione sternale suole essere la sede di elezione del dolore che ha tendenza allo spostamento verso il lato sinistro, in particolare al braccio”.

Proseguì Heberden: “L'ipotesi di uno spasmo risulta plausibile. La sindrome può continuare per anni senza che si presentino altri disturbi. Il polso e il cuore raramente si alterano. Non ho mai potuto controllare all'autopsia nessuno di tali casi. Il salasso, gli emetici e gli evacuanti non mi pare che siano benefici. Il vino e i liquori, presi prima di coricarsi, possono prevenire o almeno mitigare gli attacchi notturni, ma nulla ha un'azione così sicura come gli oppiacei.

Col tempo e con la dedizione all'argomento si scopriranno, indubbiamente, ausili maggiori per lottare contro questo male, ma non bisogna sperare molto di poter incontrare un metodo curativo di un processo tanto sconosciuto, che non ha trovato sinora, per quanto io sappia, un posto o un nome nella storia delle malattie”.

Questo disse il dottor William Heberden ai suoi colleghi nel 1768 ed è difficile oggi fare una descrizione più precisa e completa dell'attacco coronarico.

Parole che aiutano a vivere

di Bruno Domenichelli



Luna

- Luce di luna si fa pietra. La notte risplende di silenzio.

Mare

- Là dove il mare fiorisce zaffiri e lapislazzuli e fiordalisi increspato di vento.

Masaccio

- Quando l'Uomo, dopo secoli di evanescenza, indossò di nuovo il vestito della creazione, gli hai ridonato il peso del corpo, per camminare a fronte aperta e prendere possesso della terra.

Medico

- Grazie, dottore, per le tue parole. Parole sussurrate fra un letto e l'altro dell'unità coronarica, a colmare voragini di sofferenza, per rendere più breve la notte e più leggero l'affanno, per fugare i fantasmi della paura, per disarmare l'ansia che frusta il cuore e disorienta i pensieri

Memoria

- La memoria dipinge di fiordalisi il grigio di queste sere; magico riemerge il canto del papavero sul palcoscenico del campo di grano.
- Ritornano nostalgie di antiche passeggiate, quando parole adolescenti distillavano speranze nell'anima.
- Il tempo scava calanchi nelle colline della

Memoria

J.S. Corot, *Mulini a vento a Montmartre* (1895)
...impietoso dilaga sulla memoria il tempo.
Ruote di mulini antichi girano a vuoto.



memoria. Come crete inaridite, in silenzio si disfano i ricordi di giorni bruciati inutilmente senza scintille.

- Impietoso dilaga sulla memoria il tempo. Ruote di mulini antichi girano a vuoto.
- I gabbiani della memoria scivolano nell'aria con ali di marevento e un vento folle di schiuma si fa carico di mare e di ricordi

Metafore

- Sillogismi della fantasia per fare luce nel cuore sconosciuto di un'idea.

Metropoli

- L'acciaio grida canti di apocalisse e configge spade di solitudine fra labirinti ciechi di strade che muoiono contro muri d'ansia.
- Impietoso, l'asfalto morde la terra e i prati.
- Dove il cemento morde l'aranceto. Dove il ferro ha divelto l'albero muto di zagara e l'asfalto corrode impietoso le siepi di fichi d'India.

Miró

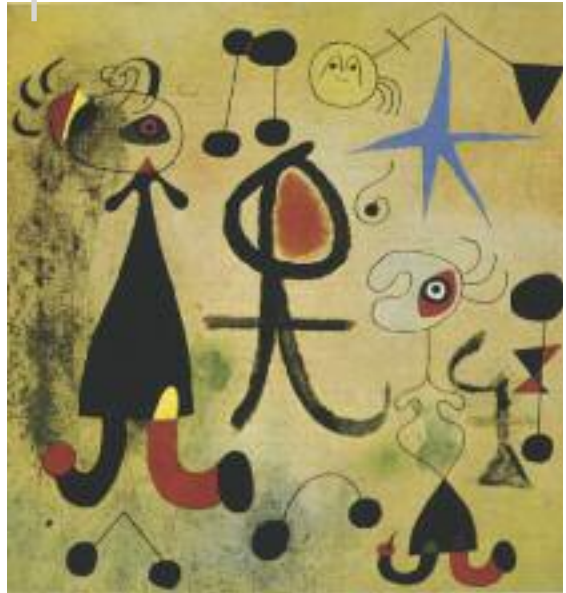
- Invento un microcosmo di simpatiche creature discese da inesistenti pianeti, che danzano per noi arcobaleni di allegria e che ci inondano l'anima con la loro gioia di vivere, antidoto magico contro la tristezza dell'esistere.

Monito

- Vibra il diapason dell'universo; le stagioni dell'uomo si dilatano concentriche e si consuma il Tempo. Non sia, la tua, una folle rincorsa di stagioni.

J. Miró

Inventa un microcosmo di simpatiche creature discese da inesistenti pianeti, che danzano per noi arcobaleni di allegria...



Monotonia

- Il vento ricopre di sabbia il cuore ed il deserto avanza.

Montagne

- Limpido si leva il canto sul nero delle montagne. Nel cristallo della notte rispondono armonie d'universo.

Morte

- Nel silenzio pietrificato delle vene, s'è compiuto il passaggio.
- Verrà la sera del falco a capofitto dal cielo; si spegnerà il sole.

Munch

- Dà forma ai fantasmi dell'anima e ne consente l'emersione alla superficie della coscienza collettiva. Catartiche psicoterapie capaci di attenuare la virulenza psicosomatica di immagini esistenziali altrimenti insondabili, in silenzioso agguato nella profondità dell'essere.



Più di **110.000**
dipendenti in 100 Paesi
Oltre **2.500** in Italia

Un'offerta completa di
farmaci, vaccini e soluzioni
innovative in tutto il mondo

112 siti industriali
presenti in 41 Paesi
6 in Italia

**L'IMPEGNO PER I PAZIENTI
HOPE È LA SPERANZA CHE SANOFI TRASMETTE OGNI GIORNO, AFFRONTANDO
NUOVE SFIDE PER PROTEGGERE LA VITA DI 7 MILIARDI DI PERSONE.**

Una delle principali aziende che opera nel settore della salute a livello mondiale.
Sanofi ricerca, sviluppa, produce e commercializza soluzioni terapeutiche innovative che
prevenivano le malattie, curano e migliorano la qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie.

www.sanofi.it



SANOFI

Niente di nuovo sotto il sole

Viviamo in un mondo globalizzato. Le nostre città hanno perso le loro peculiarità e si sono trasformate in bazar multietnici. La nostra società è chiamata ad affrontare sfide con cui mai l'umanità si è dovuta cimentare. Niente di più falso. Nella Roma Augustea, ad esempio, la zona di Campo Marzio (il "centro" del centro storico della città attuale) era quasi esclusivamente popolata da egiziani e la lingua che risuonava nelle piazze ed i costumi che si vedevano per i vicoli erano solamente quelli propri di quell'etnia. L'influenza egizia era così sentita che venne edificato anche un tempio consacrato a Iside e Serapide. La costruzione venne poi rielaborata dai Cristiani

che, come era uso corrente, la trasformarono nella Chiesa di Santa Maria sopra Minerva. I Romani hanno costantemente tollerato tale culto forestiero sebbene con alti e bassi che, guarda caso, rispecchiavano lo stato dei rapporti economici e politici tra Roma e l'Egitto. Così, ad esempio, Tiberio distrusse il Tempio di Iside che una volta ricostruito venne invece arricchito da Alessandro Severo mentre Commodo arrivò a pettinarsi i capelli alla moda dei sacerdoti egizi. Passano i millenni, si modifica la forma ma la sostanza rimane sempre la stessa.

F. S.



Chiesa di Santa Maria sopra Minerva

Qualche secondo di buonumore

Se 8 ragazze ti chiedono di uscire ... non illuderti, hai sbagliato bagno!!!

So che hai litigato con tua moglie, com'è finita?

Sapessi, è venuta da me in ginocchio!!!

Ah sì? E cosa ti ha detto?

Esci da sotto il letto vigliacco!!!

Se pensi che a nessuno importi di te ... prova a non pagare 2 rate del mutuo della tua auto!!!

Guardo la luna e ti vedo

Guardo le stelle e ti vedo

Guardo gli alberi e ti vedo

Ti prego spostati, mi stai impedendo la visuale!!!

Se la montagna viene da te ma non sei Maometto ... corri è una frana!!!



Il cardinale Prospero Lambertini e i fenomeni straordinari nelle cause di beatificazione e canonizzazione

di Paola Giovetti



Il cardinale Prospero Lambertini, poi Papa Benedetto XIV, è stato il primo a classificare e inquadrare i fenomeni straordinari constatati presso coloro che venivano proposti per le cause di beatificazione e canonizzazione: un lavoro anticipatorio e lungimirante, che costituisce ancora oggi lo strumento base di valutazione nelle cause sopra citate. E poiché mistici e santi sono sempre stati protagonisti di grandiosi fenomeni straordinari, gli studi del cardinale Lambertini costituiscono anche una prima classificazione di tali fenomeni.

Ma chi è stato Papa Lambertini?

Prospero Lambertini nacque a Bologna nel 1675 da nobile famiglia le cui origini risalivano al X secolo e che contava generazioni di statisti, militari, legali e religiosi, nonché una piccola beata di 9 anni, Imelda. La famiglia però nel tempo si era impoverita e i genitori di Prospero dovettero condurre vita parsimoniosa: può darsi che sia stata anche questa circostanza a sviluppare in Prospero l'abilità con cui mise ordine nelle finanze della Chiesa quando fu Papa.

Bambino buono e allegro, Prospero perse il padre molto presto e la madre, che aveva altri quattro figli, sposò poco tempo dopo il marchese Luigi Bentivoglio, che pare sia stato un patrigno benevolo e attento. La continuità maschile presso di lui fu rappresentata dal precettore don Sante Stancari, che lo seguì fino ai 13 anni. In seguito studiò in convitto prima a Bologna e poi a Roma. Fu uno studente molto assiduo: clas-



Cardinale Prospero Lambertini

sici italiani e latini, teologia, diritto, storia e filosofia. A 19 anni era dottore in teologia, a 23 sacerdote. Ebbe molti contatti con letterati e studiosi, tra i quali anche L. A. Muratori del quale fu sempre grande ammiratore. Nel 1701, a 26 anni, fu nominato *promotor fidei* a Roma. Papa Benedetto XIII lo stimava molto e lo consultava spesso per problemi di diritto canonico; nel 1727 lo nominò vescovo di Ancona e l'anno dopo cardinale. Clemente XII, il Papa che succedette a Benedetto XIII e che era stato arcivescovo di Bologna, gli offrì la sede di questa città e lui l'accettò: era il 1732, il cardinale Lambertini tornava a casa, per restarci, pensava, per il resto dei suoi giorni.

A Bologna ebbe un'accoglienza trionfale. Ci rimase otto anni appena e fu il periodo più intellettualmente fertile e creativo della sua vita; tante opere, tra cui il *De Canonizatione*, il suo testo fondamentale.

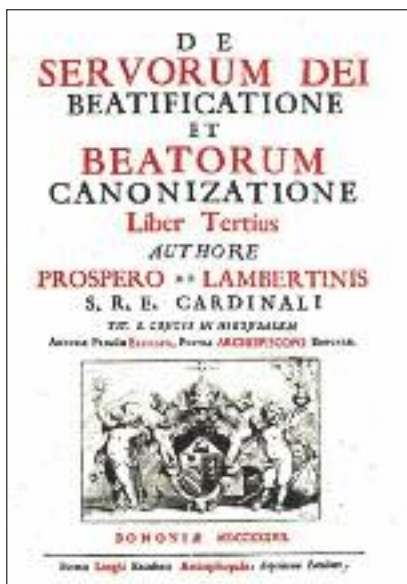
La morte di Clemente XII nel 1740 aprì una

successione lunga e faticosa; dopo sei mesi di lotta Lambertini fu innalzato al soglio pontificio. Scelse il nome del Papa che gli aveva dato la porpora, Benedetto.

Il pontificato di Benedetto XIV durò 18 anni e fu contrassegnato da moderazione ed equilibrio. Papa Lambertini seguì una tattica conciliante sia negli affari di Stato che in quelli interni della Chiesa; creò accademie e società di studio delle antichità e insieme a Winckelmann, venuto a Roma nel 1755, fondò l'Accademia Archeologica. Fece preparare il catalogo della Vaticana, favorì la cultura e rifiutò il concetto che ogni manifestazione del sapere dovesse per forza coincidere con il punto di vista ecclesiastico.

Buon sovrano, uomo di mente aperta, ricco di *humour* e di ironia, caritatevole, amatissimo dal popolo, Papa Lambertini è forse più famoso come uomo di cultura e studioso di genio che come Pontefice. Ma veniamo al *De Canonizatione Sanctorum et Servorum Dei Beatificatione*, la sua opera principale, quella dove i fenomeni straordinari che si presentano nella vita delle personalità mistiche sono presi in esame, inquadrati, interpretati.

L'esperienza che consentì a Prospero Lambertini di raccogliere la documentazione necessaria per scrivere il libro in oggetto fu la sua nomina nel 1701 a *promotor fidei*, l'avvocato del diavolo: incarico che assolse per oltre vent'anni. Il libro fu scritto in seguito a Bologna, negli otto anni che precedettero la sua salita al soglio pontificio. Due parole sul ruolo dell'avvocato del diavolo, che è un personaggio chiave nei processi di canonizzazione e beatificazione,



processi spesso lunghissimi, che durano anni. Le basi pro o contro la “causa” sono costituite dalle deposizioni dei testimoni giurati, che vengono esaminate da ogni punto di vista, anche con controlli incrociati e studiate con la massima cura. Fondamentale è provare al di là di ogni dubbio che la persona di cui ci si sta occupando possedeva in massimo grado le “virtù eroiche”, cioè l’amore verso Dio che supera l’amore umano, con tutte le implicazioni che questa situazione comporta. Poi bisogna stabilire la presenza di miracoli: due per la beatificazione e altri due, successivi alla beatificazione, per la canonizzazione. Oggi i due miracoli sono stati ridotti a uno ma la prassi è rimasta la stessa. I miracoli devono essere avvenuti in modo tale da non essere spiegabili in altri termini che con l’azione diretta di Dio: non può essere infatti considerato miracoloso un evento spiegabile in termini naturali.

Il primo dovere dell’avvocato del diavolo è avanzare argomentazioni contro le virtù eroiche del candidato alla beatificazione: si deve per esempio stabilire se egli ha agito per orgoglio, per compiacere qualcuno, per avere dei complimenti invece che per amor di Dio e del prossimo. Se non c’è virtù eroica, i miracoli non entrano nemmeno in discussione: i miracoli infatti, e i fenomeni straordinari in genere, non sono di per se stessi garanzia di santità.

Svolgendo questo lavoro per anni, Prospero Lambertini imparò molte cose: dovette interessarsi di storia, medicina, fisica, biologia e di tante altre materie e il suo *De Canonizatione* è il frutto di questa vastissima

esperienza acquisita sia attraverso i libri che attraverso contatti con scienziati, storici, testimoni.

I principi esposti in questo libro restano validi anche se nel frattempo le conoscenze mediche e scientifiche sono cambiate.

Quanto ai fenomeni straordinari, Lambertini separa quelli che oggi chiameremmo “paranormali” dall’ambito religioso (o demoniaco) e li attribuisce a possibili cause naturali; afferma inoltre che si può essere santi senza necessariamente presentare una fenomenologia insolita e che visioni, apparizioni, sogni veridici, precognizioni etc. capitano a persone religiose e non religiose, cristiani, pagani e atei, buoni e cattivi. Modernissima in Lambertini è anche la consapevolezza del potere della psiche sulla materia e il concetto che quando ci si trova confrontati con qualcosa di nuovo, fino a quel momento sconosciuto, non lo si deve necessariamente attribuire a un diretto intervento di Dio: può trattarsi di cosa sconosciuta, in quanto fino a quel momento non c’è stato modo o occasione di studiarla.

Molte cose, dice ancora Lambertini, sono ritenute miracolose ma in realtà non lo sono: per esempio non è necessariamente un miracolo il fatto che una persona malata guarisca dopo che qualcuno in odore di santità l’ha vista e benedetta: la benedizione stessa può costituire uno stimolo alla speranza di guarigione, dando così modo alle medicine di cominciare ad agire effettivamente.

Un altro elemento che dimostra la liberalità e indipendenza di giudizio del cardinale Lambertini e la sua modernità è il suo convincimento che i veri miracoli possano av-



venire anche a persone non cattoliche e neppure cristiane, anche a chi ha credenze sbagliate, al solo scopo di far capire che “Dio è”.

Un ampio capitolo del *De Canonizatione* è dedicato alle guarigioni miracolose: il concetto fondamentale è che la guarigione sia improvvisa e miracolosa e non devono esserci ricadute. Lambertini invita i medici ad assicurarsi che le guarigioni non avvengano per suggestione o per remissione spontanea. Anche nel caso di fine improvvisa di epidemie è attento a parlare di miracoli: può essere subentrato l'inverno, che produce l'abbattimento naturale delle malattie di tipo epidemico, oppure possono essere state adottate misure precauzionali adeguate. Può però verificarsi anche il miracolo, se per esempio l'epidemia finisce all'improvviso senza alcuna motivazione evidente e naturale.

Cito ancora alcuni fenomeni fra i tanti descritti e discussi nel *De Canonizatione*: per esempio l'incorruttibilità dei corpi mesi e anni dopo la morte: fatto considerato da molti indizio di santità. Lambertini puntualizza, invitando a tener conto di tanti fattori naturali: sono infatti stati trovati incorrotti anche corpi di persone che non potevano essere considerate sante, come Fabiola, la figlia di Cicerone, il cui corpo si dissolse al contatto con l'aria quando fu aperta la tomba. Inoltre la maggior parte dei santi hanno corpi che vanno in corruzione come quelli dei comuni mortali. In certe occasioni bisogna però riconoscere il miracolo, per esempio nel caso di virtù eroiche indiscutibili e incorruttibilità nono-

stante che il corpo sia rimasto all'aria e alla luce, come avvenne per Santa Teresa d'Avila e Santa Rita.

Studiando il *De Canonizatione* e constatando l'estrema prudenza e l'equilibrio con cui il cardinale Lambertini tratta una così complessa materia e al tempo suo così poco conosciuta, non si può fare a meno di provare ammirazione per un uomo che nonostante le sue grandi qualità di giurista, letterato, Pontefice e uomo di Stato fu sempre modesto, dotato di grande buon senso e ricco di humour. Lo esprime con molta chiarezza la lettera che nel 1728 scrisse a un amico quando fu elevato alla porpora cardinalizia: “Bisogna avere una solidissima fede nell'infalibilità del Papa per pensare che non abbia commesso errori nella mia promozione. Sono stato quasi costretto a diventare un'Eminenza, io che non mi sento affatto importante. Quello di cui si può essere sicuri in questa nuova trasformazione è che io non cambio altro che il colore dei miei abiti e che resto lo stesso Lambertini per carattere, serenità e amicizia durevole per voi!”.

Il nodo mancante

(scoperte e insuccessi di un padre della cardiologia)

di Massimo Pandolfi



Si fermò di colpo, frenando anche con i piedi. La moglie lo vide scendere dalla bicicletta e avvicinarsi al ciliegio. Sorridendo l'uomo le porse alcuni dei frutti che aveva colto. Era uno dei piaceri e dei riti nelle lunghe passeggiate, in quell'angolo di paradiso che era il paese di Bredgar nel mese di giugno. Avevano fatto bene ad affittare quel cottage dal bizzarro nome, Manns Place. E poi Arthur aveva potuto continuare gli studi a cui teneva tanto. Aver conosciuto quel giovane figlio del droghiere era stato un altro colpo di fortuna. Il ragazzo voleva diventare medico e gli era sembrato meraviglioso poter assistere il dottore venuto da Londra.

Il giovane Martin sollevò l'occhio dal microscopio. Aveva trovato quello che cercavano, proprio nel cuore di una talpa. La strana struttura era la risposta a notti insonni di ricerche.

Si precipitò fuori, proprio mentre Arthur Keith e la moglie arrivavano sulle loro biciclette. Il ragazzo era trafelato, quasi incoerente nella voglia di dire, di spiegare, ma il medico capì subito e i due si abbracciarono, festanti, proprio lì, in mezzo alla strada.

Keith era raggianti: finalmente aveva la conferma che Gaskell aveva ragione. Davanti ai suoi occhi c'era l'origine del battito cardiaco. Aveva commesso degli errori in passato, ma ora grazie alla cocciutaggine di quel ragazzo aveva scoperto la centrale da cui originava il ritmo cardiaco.



Arthur Keith

L'articolo sulla prestigiosa rivista consacrò la scoperta e per anni l'eponimo fu rispettato: il nodo di Keith Flack rendeva il giusto onore ai suoi scopritori. Ne ebbero un discreto beneficio: Martin Flack divenne medico e assistente di fisiologia a Londra e una carriera ricca di soddisfazioni, fino a che una malattia ne troncò precocemente la parabola terrena.

Arthur Keith invece, fedele alla sua tempra scozzese, si cimentò in un'altra avventura che, se da un lato lo portò al cavalierato, dall'altra lo coprì di ridicolo, ingenerando un atroce sospetto nella comunità scientifica, sospetto che lo perseguiterà fino alla morte, avvenuta nel 1955.

Nel 1908 il dottor Keith era divenuto sovrintendente dell'*Hunterian Museum* di Londra, dove poteva esercitare l'altra sua grande passione, la paleontologia.

Era da quando, brillante studente di medicina, aveva ricevuto in dono l'opera di Charles Darwin, che era divenuto un vero e proprio idolo, che si era appassionato alle origini dell'uomo.

Fu così che, quando nel dicembre del 1912, Charles Dawson e Arthur Woodward, annunciarono che in una piccola cava del Sussex, a Piltdown, avevano scoperto i resti fossili del tanto ricercato "anello mancante", Keith fu coinvolto come esperto per esaminare i resti.

Infatti una calotta cranica di tipo umano era stata rinvenuta accanto a una mandibola simile a quella delle scimmie, con alcuni mo-

lari e canini il cui deterioramento indicava atteggiamenti da carnivoro e quindi attribuibili a un progenitore della razza umana. Come tutte le scoperte di questo tipo fiorirono le più contrastanti opinioni. Anche l'italiano Francesco Frassetto aderì alla schiera di coloro che sostenevano che l'anello mancante era in realtà un falso. Il nostro Arthur Keith, dopo alcune perplessità iniziali, confermò la natura umana dei reperti. Fu immortalato dal pittore John Cooke in un quadro, assieme ai due scopritori e altri ricercatori, mentre esaminava il cranio in questione. Non immaginava certo che ognuno di coloro che furono ritratti sarebbe finito sul banco degli imputati di uno dei tanti falsi che stingono il manto dorato della vera scienza. Nel 1935 furono insinuati i primi dubbi sulla diversa datazione dei reperti e la manipolazione truffaldina fu dimostrata con grande scalpore nel 1953, avvelenando gli ultimi anni di vita del medico scozzese.

Il cranio era umano, ma la mandibola e i denti appartenevano a una femmina di orango. Fu così che l'anello mancante rimase ancora da trovare e il tempo e l'ingratitudine umana rimossero il nome di Keith e anche quello del povero Flack dai libri di medicina: infatti l'eponimo che molti di noi ricordavano è stato sostituito dalla più anonima definizione di "Nodo del seno", per l'appunto il vero nodo mancante quando Tawara, His, Purkinje e altri studiarono e disegnarono per i futuri ricercatori la mappa dell'impianto elettrico del cuore.

QUADRI & SALUTE

di Filippo Stazi



La moderna chirurgia e anestesia, Alfred D. Crimi, 1936

La moderna chirurgia e anestesia è un murale dipinto nel 1936 dal pittore e muralista italoamericano Alfred D. Crimi (1900-1994) per l'Ospedale di Harlem.

Crimi era nato a San Fratello, in provincia di Messina ed all'età di dieci anni si era imbarcato a Palermo, insieme alla sua famiglia, per emigrare negli Stati Uniti. Arrivati nel nuovo mondo i Crimi si stabilirono a New York, nell'East Harlem ed è qui che il giovane Alfred inizia i suoi studi di pittura. Nel 1929 il giovane torna per circa un anno in Italia, approfondendo a Roma la tecnica dell'affresco. Nel 1936 Crimi vince la commissione per cinque murali destinati all'Ospedale di Harlem che nelle sue intenzioni dovevano ripercorrere la storia della medicina: "Le cure primitive", "L'imbalsamazione egizia", "I resurrezionisti", "I ciarlatani" e "La moderna chirurgia e anestesia". In realtà l'artista, distratto da successivi incarichi, ne completerà solo uno, quello che doveva essere l'ultimo del ciclo. Per documentarsi in previsione della realizzazione del dipinto Crimi trascorse due settimane presso il Kings County Hospital, all'epoca uno degli ospedali più modernamente attrezzati, esplorando tutti i reparti di quel nosocomio, rimanendo soprattutto

colpito dalla visione di un intervento di chirurgia del cervello.

L'autore con la sua opera voleva soprattutto mettere in risalto la coordinazione e la concentrazione dell'intera equipe chirurgica. Non a caso le mani guantate di tutti coloro che partecipano all'operazione convergono verso il centro dell'opera, rappresentato dal corpo del paziente; l'intervento sembra eseguito da un'unica entità dalle molte mani, è difficile al primo sguardo individuare chi è il primo operatore e chi l'assistente o la ferrista. Analogamente l'attento sguardo di tutti i presenti è rivolto verso il medesimo punto. Il messaggio sotteso all'opera è che la complessità della moderna medicina richiede sicuramente qualità individuali ma più ancora coordinazione e gioco di squadra. Crimi segna così una significativa discontinuità rispetto alle opere del secolo precedente in cui la figura del chirurgo si staccava nettamente dal contorno del dipinto a segnarne la sua assoluta preminenza. Altra particolarità dell'opera è che pur essendo destinata all'ospedale di Harlem, la zona di New York a quasi esclusiva popolazione afroamericana, nel murale compaiono solo personaggi di razza bianca.



Quaderno a Quadretti

di Franco Fontanini

CUORE E VIZI CAPITALI

Duri a morire

Si dice che i superbi sono in calo: niente di meno vero.

La superbia è mutevole, camaleontica, sa adattarsi tempestivamente ad ogni ambiente e circostanza, riesce persino a nascondersi, a manifestarsi sotto false vesti; si può essere persino umili per superbia ma il superbo non cambia, vuole sempre portarsi avanti, mettersi al di sopra degli altri, comportarsi con superiorità.

Per gli psicanalisti l'eccesso d'amore per se stessi è una forma di superbia che rende difficili i rapporti umani e professionali e stranamente è presente quasi sempre in persone intelligenti ed affermate che avvertono un incessante bisogno di successi e di riconoscimenti. Più raramente il superbo è un semplice di spirito ed è appagato dall'apparire.

Il massimo è la TV, in mancanza della quale fa interventi a conferenze, marce, dibattiti o congressi, tutto pur di apparire. Per ostentare il suo nome arriva a mettere sul "Corriere della Sera" il necrologio di persone che non conosce.

Il vanaglorioso e lo spocchioso appartengono al passato, l'arrogante si è corretto ma la superbia non è in calo, anzi





grazie agli psicanalisti si è diffusa la consapevolezza che l'ipertrofia dell'ego, intelligentemente dissimulata, giova come non mai, soprattutto se sotto forma di orgoglio. Pur essendo parenti stretti, la superbia viene condannata, l'orgoglio elogiato. Jonathan Swift, ingegno bizzarro, gran maestro d'orgoglio e abilissimo nel distruggere col ridicolo l'orgoglio altrui, diceva che il successo è la sola cura dell'orgoglio. Invitato a tenere una conferenza sull'orgoglio in Parlamento, disse che sono quattro le ragioni che rendono l'uomo orgoglioso: la nascita, la posizione sociale, la ricchezza e l'ingegno.

Ai Lord illustrò a lungo le prime tre condizioni, poi concluse: "Dovremmo adesso parlare dell'ingegno, ma credo che in quest'aula non ci sia nessuno che possa inorgogliersi per questo."

Il generale De Gaulle, al vicino che gridava: "Morte ai coglioni", suggerì: "Lei ha troppa ambizione, sia più modesto," anche se è ben noto che gli inviti alla modestia sono del tutto inutili.

Non si deve essere modesti perchè c'è sempre il pericolo che qualcuno possa prenderla sul serio. La modestia viene considerata dannosa, autolesionista e si addice ai poveracci, diceva Hugo. Madame de Sévigné, commemorando un amico morto in guerra, disse che era un uomo straordinario, che per es-

sere perfetto gli mancava solo la superbia, indispensabile per fare grandi cose.

La presunzione dà la carica, spinge verso l'alto, bisogna però usarla con criterio, a dosi giuste: le piccole sono inefficaci, l'overdose provoca rigetto.

Il superbo si compiace con se stesso, si ama, si esalta, non è mai pago.

Di Victor Hugo i suoi contemporanei dicevano che se avesse incontrato Dio, l'avrebbe chiamato "carissimo collega".

Non riuscì ad essere modesto neppure quando seppe che sua moglie Adele lo tradiva. "Sappiate, disse solenne, che tutti i grandi uomini sono stati cornuti: lo era Giulio Cesare, lo era Napoleone e lo sono io". Luigi XVI, altro superbo doc, dopo la disfatta di Romelle imprezò indispettito: "Dio si è dimenticato di tutto quello che ho fatto per lui!"

Quando riferirono a Maria Antonietta i particolari della morte a Vienna del fratello Giuseppe commentò: "Oso dire che è morto, degno di me".

Questo genere di orgoglio non c'è più. Non ci sono più neppure i capocomici come Ruggero Ruggeri, che nelle tournèe alloggiava nel migliore albergo della città e non voleva che nessun altro attore della compagnia vi alloggiasse.

Il principe Borghese, durante tutto il raid da Pechino a Parigi, non rivolse mai la parola a Luigi Barzini, inviato del "Corriere della Sera" che sedé al suo fianco per sessanta giorni. Durante le soste, l'autista restava sempre ad almeno dieci metri, il principe mangiava con Barzini in silenzio, che rompeva solo per dire, fingendo di scru-

tare l'orizzonte siberiano: "Lì c'è della carne, se qualcuno vuole servirsi."

Gli orgogliosi non sono sempre stati obbligatoriamente così antipatici; talvolta, l'orgoglio li ha spinti persino ad azioni meritorie. Gore Vidal si vanta di essere cresciuto in una famiglia sudista di liberi pensatori, in cui l'orgoglio del clan poteva portare ad ogni genere di follia o di esemplare abnegazione. Un suo trisavolo rimase seduto per un intero giorno sui gradini del palazzo di giustizia di Waltham, nel Mississippi, meditando se andare o no a combattere in una guerra civile che disprezzava e che sapeva destinata alla sconfitta. Al tramonto si arruolò, l'orgoglio richiedeva che andasse a combattere col clan. Poco dopo cadde da eroe a Shiloh.

Il cardiologo californiano Friedman in collaborazione con uno psicologo esperto di behaviorismo, la scienza dei comportamenti umani, dette più di vent'anni fa una buona notizia a coloro che non sopportano presuntuosi, superbi, prevaricatori e tutti coloro che mirano a scavalcare gli altri, a pri-



Gore Vidal

meggiare, ad imporsi, quelli che a Roma sono detti "gasati". Disse che le persone che presentano queste caratteristiche comportamentali, definiti tipi A, sono colpite dall'infarto sette volte più spesso dei tipi B, cioè degli appartenenti al tipo comportamentale opposto, che evitano i conflitti, che non pestano i piedi ad altri, che non vogliono scavalcare né imporsi a nessuno. Alla notizia che un individuo palesemente appartenente al tipo A si era beccato un attacco cardiaco, c'era sempre qualcuno che commentava: "Era un gasato, così impara a darsi una regolata".

C'è stato addirittura chi sperò che questo fosse dovuto ad un giustizialismo biologico rivolto ad eliminare i superbi e a rendere meno disturbata la vita degli altri.

Purtroppo, si è visto che Friedman non aveva sbagliato tutto ma aveva peccato in ottimismo. I tipi A sono solamente un po' più colpiti degli altri dall'infarto, con una differenza che non raggiunge il due-tre per cento. I superbi sono insomma duri a morire, dando ragione a chi ha sempre detto che i prepotenti e i prevaricatori ci saranno sempre perché, anche se faticosi da sopportare, hanno una loro utilità: sono come lo stress che fa male ma serve anche a imparare a resistere e a rafforzarsi.

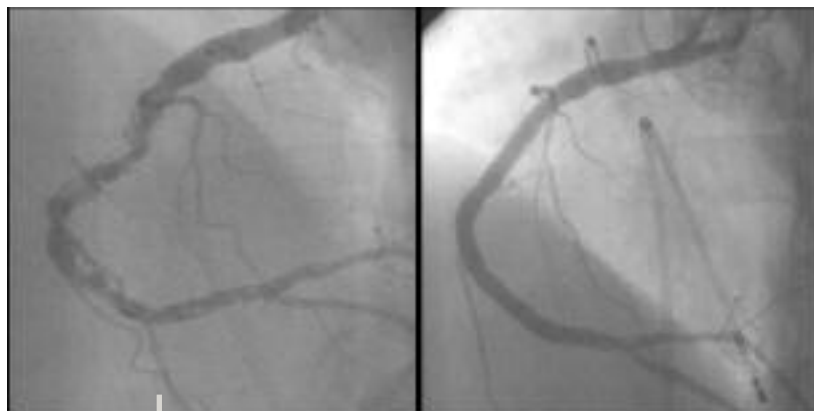
Senza superbia, probabilmente, vivremo ancora nelle caverne.

Diceva Marcello Marchesi, il bonario signore di mezza età che secondo Longanesi è stata la più bella intelligenza spreca-ta del secolo, una vittima della sua ironica modestia, che la superbia partì a cavallo e ritornò in yacht.

Il cuore fa gli esami: la coronarografia

di Filippo Stazi

La coronarografia è la metodica di riferimento per lo studio dell'anatomia coronarica. È un esame invasivo dato che si entra all'interno dell'organismo e quindi, in quanto tale, non è completamente scevro da rischi e complicanze. L'esame viene eseguito con il paziente sveglio pungendo un'arteria, un tempo l'arteria femorale a livello dell'inguine, sempre più spesso ora l'arteria radiale a livello del polso. Attraverso quest'arteria si inseriscono dei tubicini o cateteri, i quali navigano a ritroso nel sistema arterioso, dall'arteria femorale o radiale all'aorta, arrivando fino all'origine delle arterie coronarie. Tale origine si trova in corrispondenza della valvola aortica che è interposta tra il ventricolo sinistro e l'aorta. I tubicini vengono quindi inseriti nel tratto iniziale delle arterie coronarie e per loro tramite viene iniettato un mezzo di contrasto, una sostanza, cioè, che risulta opaca all'immagine radiologica e che si distribuisce nelle coronarie permettendo di vederne il decorso e di osservarne eventuali restringimenti od occlusioni. Ricordiamo che le arterie coronarie nascono, come tutte le arterie, dall'aorta e all'origine sono due. L'arteria coronaria sinistra e l'arteria coronaria destra. L'arteria coronaria sinistra, dopo un breve decorso unitario che si chiama tronco comune, si biforca nell'arteria discendente anteriore o interventricolare e nell'arteria circumflessa. L'arteria discendente an-



Angioplastica coronarica

teriore è l'arteria più importante del cuore in quanto ne irrorata la porzione quantitativamente più estesa e qualitativamente più importante: la parete anteriore del ventricolo sinistro.

La coronarografia è ormai esame di breve durata, a volte tutto l'accertamento si conclude in meno di venti minuti, e dà delle informazioni dirette sull'anatomia coronarica che nessun altro esame non invasivo fornisce, con l'eccezione, forse, della TAC coronarica. Il risultato della coronarografia è un dato essenzialmente anatomico in grado di mostrarci la presenza o meno di un restringimento o di un'occlusione di una o più delle arterie coronarie. Non ci dà però informazioni sull'impatto funzionale che questo restringimento od occlusione può avere. Non ci dice, cioè, se sia in grado di determinare ischemia o meno nè ci chiarisce se la porzione di cuore tributaria del vaso che presenta il restringimento o l'occlusione sia un territorio ancora vitale e quindi in grado di beneficiare di un'eventuale ricanalizzazione dell'arteria o se sia, invece, una zona ormai completamente morta e su cui quindi ogni intervento non sarebbe foriero di dare alcun beneficio. Questo è il motivo per cui il risultato della coronarografia deve essere comunque integrato con l'esito dei test di funzionalità quali ad esempio la prova da sforzo e la scintigrafia miocardica.

Uno dei principali motivi di disagio dei pazienti sottoposti a coronarografia era, quando si utilizzava come porta d'accesso la via femorale, l'essere costretti a mantenere una posizione obbligatoria, supina, con una fa-

sciatura compressiva in corrispondenza della sede della puntura dell'arteria per almeno dodici ore. Questo perché al termine dell'esame si rimuovono i tubicini precedentemente introdotti nell'arteria e si procede ad una compressione per far richiudere la parete arteriosa. Nelle ore successive il paziente è quindi costretto al riposo per ridurre il rischio che il buco attraverso cui si è proceduto all'esame possa riaprirsi. Quest'immobilità spesso comportava problemi legati al soddisfacimento dei bisogni fisiologici specie in presenza di disturbi prostatici. Non era infatti raro il caso di pazienti che non riuscendo ad urinare con il pappagallo in posizione sdraiata erano costretti a ricevere un catetere vescicale, possibile fonte sia di dolore che di infezioni. L'utilizzo dell'arteria radiale come via d'ingresso per l'esecuzione dell'esame ha però migliorato di molto quest'aspetto. L'arteria radiale, infatti, è più superficiale e più facilmente comprimibile di quella femorale e la sua compressione non richiede l'allettamento e l'immobilità. I risultati e la qualità della procedura eseguita con approccio radiale sono sovrapponibili a quanto si ottiene entrando per la via femorale ma viene meno la necessità della permanenza a letto del paziente per una giornata ed anzi dopo poche ore dall'esecuzione della coronarografia il paziente può essere nuovamente in grado di camminare e di svolgere la sua normale attività, con un indubbio vantaggio in termini di qualità soggettiva. Non è pertanto difficile prevedere in futuro l'esecuzione di esami, esclusivamente diagnostici, anche in regime di day-hospital.

Nel corso della coronarografia qualora si dovesse ritenerlo necessario è possibile poi procedere ad interventi di natura terapeutica con l'esecuzione dell'angioplastica coronarica con o senza posizionamento di stent.

Abbiamo detto in precedenza che la coronarografia, in quanto esame invasivo, non è priva di rischi e complicanze di varia natura e di varia entità. Fortunatamente sono più frequenti quelli meno gravi e più rari, invece, quelli con maggiore pericolosità. Le complicanze più frequenti avvengono a livello della sede di introduzione arteriosa, lì dove si punge l'arteria che chiaramente rappresenta un punto in cui facilmente si possono verificare emorragie e quindi ematomi o perforazioni dell'arteria. Queste complicanze, dette vascolari, sono relativamente frequenti, di più con l'utilizzo della puntura femorale, di meno con l'impiego della puntura radiale. In alcuni casi possono dare problemi di anemizzazione o di infezione ed a volte richiedono la necessità di un intervento chirurgico. Quest'ultima evenienza, quella chirurgica, si materializza nel caso della formazione di raccolte di sangue molto abbondante o nel caso in cui pungendo l'arteria si sia involontariamente creato un tramite tra l'arteria femorale e la vena femorale che decorre in vicinanza. In genere, però, le complicanze vascolari sono sgradevoli ma non particolarmente gravi.

Altre complicanze si possono manifestare come conseguenza del percorso che i cateteri fanno a ritroso lungo la circolazione arteriosa. In presenza di un'aorta rovinata da una serie di lesioni aterosclerotiche il tubicino, risalendo verso l'origine delle coronarie, può staccare frammenti dalle placche aterosclerotiche dell'aorta e causarne l'embolizzazione. Ancora, l'introduzione dei tubicini nelle coronarie può in qualche modo causarne la rottura oppure l'occlusione acuta, con conseguente infarto. Infine, come tutti gli esami che utilizzano un mezzo di contrasto, si può sempre verificare una reazione allergica o la comparsa di danni renali. È da sottolineare però che nel corso degli anni l'incidenza di questi rischi si è andata progressivamente e drammaticamente riducendo nel tempo e che comunque il rischio non è chiaramente uguale in tutti i pazienti ma è proporzionato alla gravità delle condizioni di base. Più il paziente è giovane, sano ed esegue l'esame in condizioni elettive, minore è la probabilità di complicanze. Maggiore la gravità di base del paziente, la sua età avanzata o le condizioni di acuzie, più è alta la probabilità che possano verificarsi eventi avversi. Al giorno d'oggi, comunque, possiamo tranquillamente dire che, qualora l'indicazione all'esame sia corretta, il rapporto tra rischi e vantaggi conferiti dalla coronarografia pende decisamente a favore dei secondi.

Il cardiologo e l'internista

di Eligio Piccolo

Ai miei tempi... come diceva mia madre a noi figli per farci capire quanto eravamo privilegiati dal progresso e dai minori sacrifici rispetto ai suoi, ai miei tempi si accedeva alla cardiologia dopo un tirocinio più o meno lungo nella medicina generale. Mentre chirurghi, otorini, neurologi, oculisti, dermatologi, ginecologi e dentisti potevano isolarsi fin dalla laurea nella loro specialità dato il minore coinvolgimento, si pensava, dell'occhio o dell'utero con gli altri organi. I cardiologi allora si esercitavano inseriti nei reparti di medicina interna perché i loro capi affermavano che tutti gli organi interni sono collegati fra loro sia nella salute che nella malattia. I maligni però mormoravano che il cuore era troppo vicino al portafogli per darne la libertà ai suoi cultori togliendola agli internisti. Con il tempo tuttavia anche questa resistenza, non del tutto ingiustificata, dovette cedere il passo all'avanzare della tecnologia che imponeva una dedizione e una competenza pressoché esclusive da parte dello specialista cardiologo. Fu un parto laborioso anche nei paesi di liberalità e di scienza medica più avanzate del nostro perché le ragioni del-



l'una e dell'altra parte erano così valide che la stessa *Società Mondiale di Cardiologia* nel 1958 dette a uno dei suoi più illustri rappresentanti che si accingeva a prenderne la presidenza il seguente tema per la prolousione: "Grandezza e miseria della specialità medica". Il neo-presidente se la cavò da par suo, con l'esperienza e la cultura umanistica che lo caratterizzavano, ma giunto al nodo del problema non poté che proporre una più vasta cultura del cardiologo e una sua più stretta collaborazione con i colleghi delle altre discipline.

Negli ultimi cinquant'anni, mentre la separazione fra il cuore e gli altri organi, o meglio fra la cardiologia e la medicina interna, si faceva sempre più definitiva anche le argomentazioni per giustificarla o per criticarla si smorzavano, pur continuando sotto traccia. Incalzate però dai molti problemi che le nuove conoscenze specialistiche, da un lato, e l'aumento degli anziani con le loro patologie, dall'altro, imponevano al cardiologo nel suo impegno quotidiano. Il povero cardiologo pertanto si sentiva al tempo stesso orgoglioso di dover far fronte a quell'inarrestabile progresso della tecnica ma anche inadeguato a capire il malato nel suo insieme. Una situazione paragonabile a quella dell'apprendista stregone in cui coloro che si cullavano nell'orgoglio si sentivano dei super medici, non solo perché bravi ma anche perché insostituibili nelle emergenti superspecialità, quali l'emodinamica con il suo interventismo nelle coronarie e nelle valvole, l'elettrofisiologia con le ablazioni antiaritmiche e le unità coronariche sempre meglio addestrate a soc-

correre gli infarti e le altre emergenze. Coloro invece che avvertivano l'inadeguatezza ad essere medici a tutto tondo constatavano preoccupati che le debolezze del cuore malato facevano emergere, specie negli anziani, quelle degli altri organi già provati: così i reni, ancora efficienti con la buona circolazione, non reggevano più con quella deficitaria; i polmoni, ingolfati dal ristagno di sangue causato del cuore insufficiente, reagivano ansimando e infiammandosi e il pancreas diabetico complicava poi il metabolismo in ogni dove.

Questa dicotomia fra competenze cardiologiche e internistiche si fece ancora più acuta dopo il trapianto di cuore, allorché i problemi immunitari del rigetto e l'adattamento degli altri organi al nuovo motore obbligarono il cardiologo ad affrontare in qualche modo anche quello che non era di sua stretta competenza. Fortunatamente la collaborazione con gli altri specialisti, propugnata da quel Presidente nel 1958, diventò con gli anni una realtà sempre più efficiente e continuativa. Oggi, pur avendola vissuta da attore partigiano, mi appare retrospettivamente quasi assurda quella lotta, rivoluzionaria, fra cardiologi emergenti e clinici vecchia maniera, gli uni che cercavano il loro spazio per organizzare al meglio la loro specialità e gli altri che temevano, non solo la perdita di un potere ma anche il danno del non valutare più il malato nel suo insieme: dal cervello ai piedi e dalla mente al cuore. Come ho detto, le ragioni di entrambi, anche al netto degli interessi meno nobili, si sono dimostrate giuste e degne della massima considerazione.

Lo hanno ribadito recentemente anche i dottori Yogesh Reddy e Gary Francis nella bicentennial rivista di medicina generale della Massachusetts Medical Society, il famoso *New England*, preoccupati che ancora oggi molti principianti, i fellows, si dedichino direttamente alle malattie di cuore senza un

adeguato tirocinio nei reparti internistici. La loro conclusione è stata: YOU ARE A DOCTOR FIRST! (tu sei prima di tutto un dottore!), il doctor dei film western, il medico per eccellenza e per tutte le malattie, deve avere valore per tutti, anche per lo specialista cardiologo.

Stop alla morte improvvisa: le buone notizie.

La regione Abruzzo ha dato il via libera all'acquisto di 170 defibrillatori da assegnare ad altrettanti comuni che ne hanno fatta richiesta. Sarà poi organizzata anche la formazione di 6 persone per comune autorizzate all'utilizzo di questi strumenti. I defibrillatori saranno distribuiti ai Comuni e resi fruibili alla cittadinanza e verranno integrati con il sistema dell'emergenza urgenza territoriale 118, a completamento e rafforzamento della rete dell'emergenza urgenza. I dispositivi saranno inoltre "georeferenziati", cioè localizzati sul grande schermo delle centrali operative 118 ed entreranno a pieno titolo tra le risorse utilizzabili per il soccorso nella rete dell'emergenza urgenza.

F. S.



DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE



Calcium Score e Polipillola: il Futuro della Prevenzione



Raffaele De Caterina,
Istituto di Cardiologia, Università degli Studi
“G. D’Annunzio” Chieti-Pescara

Intervista di **Filippo Stazi**

Prof. De Caterina cos'è la polipillola?

Il concetto di polipillola è nato nel 2003 con Wald e Law. Esso si fondava sul presupposto che l'attuale epidemia della malattia cardiovascolare dipendesse dall'imperversare di fattori di rischio trattabili e modificabili quali tabagismo, ipertensione, dislipidemia, diabete e obesità. Questo dilagare era particolarmente allarmante nei paesi a livello socio-economico medio-basso. Wald e Law proponevano un metodo di prevenzione cardiovascolare totalmente innovativo. La loro idea si focalizzava sullo sviluppo di una singola pillola composta da una combinazione fissa di farmaci, ciascuno dei quali, preso singolarmente, aveva già dimostrato di modificare in maniera significativa i fattori di rischio cardiovascolare. Questa pillola universale, composta da una statina, da tre farmaci anti-ipertensivi ciascuno a dose bassa (dimezzata rispetto allo standard), uno dei quali con azione di beta-bloccante e uno di ACE-inibitore, da acido folico e da aspirina, tutti farmaci a bassissimo costo, quando somministrata a ciascun individuo

di età superiore ai 55 anni e a tutti i soggetti in prevenzione secondaria avrebbe dovuto ridurre dell'88% il tasso di eventi acuti cardiaci e dell'80% quello di ictus. Con la polipillola si proponeva pertanto una forma di prevenzione innovativa, una sorta di "strategia di vaccinazione di massa" con uno spostamento importante del paradigma, da un approccio prettamente individuale a uno più semplificato orientato a livello di popolazione.

Ma il trattamento con polipillola ha dato dimostrazione di beneficio?

Ad oggi sebbene l'impiego di una polipillola in prevenzione primaria sia stato valutato in quattro recenti trial clinici, l'assunzione di un beneficio clinico netto della polipillola nel lungo termine è ancora teorica; in particolare in soggetti con profilo di rischio intermedio mancano ancora dati derivanti da studi clinici randomizzati. *The Indian Polycap Study (TIPS)-3* e il *Prevention of Cardiovascular Disease in Middle-aged and Elderly Iranians Using a Single Polypill (POLYIRAN) Trial*, attualmente in corso, cercheranno di fornire risposte a proposito. Va da sé che tali informazioni saranno di primaria importanza per considerare l'impiego routinario della polipillola in prevenzione primaria.

Ritengo che per il successo della polipillola sia fondamentale una buona aderenza al trattamento. Lei che ne pensa?

A tal riguardo bisogna fare diverse considerazioni. Innanzitutto mancano dati sul tasso di aderenza nel lungo termine. Com-

pletivamente l'aderenza viene ad essere condizionata da diversi fattori: oltre ai costi, alla disponibilità e alla semplicità d'impiego, anche l'auto-motivazione da parte del paziente e gli effetti collaterali giocano un ruolo fondamentale. Gli scettici della polipillola sostengono che l'auto-motivazione al trattamento in prevenzione primaria potrebbe essere insufficiente, dato che i soggetti, sentendosi sani, difficilmente percepiscono la necessità di una terapia farmacologica protratta. In questa popolazione, anche minimi effetti collaterali ascrivibili a un singolo principio attivo potrebbero portare all'interruzione del trattamento, con conseguente perdita di beneficio da parte di tutti i farmaci che la compongono. Inoltre c'è anche il rischio che la polipillola, venendo vista dai più come una sorta di bacchetta magica per la prevenzione della malattia cardiovascolare, demotivi gran parte dei soggetti a perseguire l'obiettivo di uno stile di vita sano. D'altra parte, l'uso di una polipillola consentirebbe ai medici di spendere meno tempo nella prescrizione e nel monitoraggio di farmaci multipli e, per converso, di dedicare più tempo e risorse a programmi di educazione sanitaria sullo stile di vita. Gli oppositori all'uso di una polipillola in prevenzione primaria citano ancora le possibili implicazioni bioetiche negative che la medicalizzazione di una così ampia percentuale di popolazione potrebbe comportare. Nello specifico, soggetti "sani" e "asintomatici" potrebbero in realtà identificarsi essi stessi come pazienti e questo cambiamento nell'auto-identificazione potrebbe avere conseguenze psico-sociali negative.

Qual'è la popolazione giusta da trattare?

Quest'ampio ventaglio di incertezze, primariamente quelle di efficacia, e la presenza non trascurabile di effetti collaterali hanno limitato e tutt'ora limitano il diffondersi della strategia preventiva con polipillola anche tra i soggetti a più alto profilo di rischio in prevenzione primaria. Per tale motivo l'attenzione degli ultimi anni è stata diretta a ottimizzare il più possibile le strategie di screening nella popolazione in prevenzione primaria per meglio indirizzare la suddetta terapia preventiva. Sebbene il *Framingham Risk Score* (FRS), il modello più comunemente usato di screening cardiovascolare, fornisca una ragionevole stima del rischio risulta che la maggior parte degli eventi cardiaci acuti si verificano in individui considerati a rischio moderato. Per aumentare l'accuratezza dei modelli di predizione di rischio tradizionali in tale fascia di soggetti considerati a rischio intermedio un crescente interesse è stato rivolto a tecniche di imaging selettive per lo studio del carico aterosclerotico. Diverse tecniche di imaging non invasivo quali l'ultrasonografia dei vasi del collo, il *Coronary Artery Calcium* (CAC), la tomografia computerizzata (TC) coronarica e la risonanza magnetica sono state prese in considerazione per lo studio dell'aterosclerosi subclinica. Il *Coronary Artery Calcium* (CAC), ottenuto da una scansione tomografica cardiaca senza mezzo di contrasto, è stato estensivamente studiato. Questa è una tecnica non invasiva e di costo relativamente basso che fornisce una stima diretta, individualizzata e riproducibile

del carico aterosclerotico quantizzando la porzione calcifica della placca.

Qual'è il potere predittivo del Coronary Artery Calcium (CACs) score in prevenzione primaria?

Un CACs di zero è stato evidenziato essere il più potente fattore predittivo negativo per malattia coronarica anche tra i pazienti con fattori di rischio convenzionali multipli. Esso si è dimostrato capace di riclassificare (ristratificare) una significativa quota di individui a rischio intermedio verso un gruppo a rischio più basso. Nell'ambito dello studio MESA, inoltre, aggiungendo il CACs al FRS, risultava che un ulteriore 23% di pazienti veniva riclassificato dalla categoria a rischio intermedio a quella ad alto rischio poiché sviluppava malattia coronarica, mentre il 13% di pazienti che durante il follow-up non la sviluppava era riclassificato nel basso rischio.

Può il Calcium Score aiutare a guidare la terapia con polipillola?

Alla luce dei suddetti risultati un'idea che si è andata guadagnando crescente popolarità è proprio stata quella di impiegare il CACs per ottimizzare l'identificazione di quella fascia di popolazione capace di trarre un beneficio clinico netto dall'assunzione preventiva della polipillola. A tal proposito *Bittencourt* ha esaminato, nell'ambito dello studio MESA, 6814 individui asintomatici di età compresa tra i 45 e gli 84 anni. Sulla base del CACs i soggetti venivano stratificati in 3 gruppi e in ciascuno dei suddetti gruppi veniva osservato il verificarsi di

eventi cardiovascolari durante un periodo di follow-up medio di 7.6 anni. Gli autori hanno dimostrato che tra i partecipanti con CACs di zero i tassi totali di eventi cardiovascolari erano bassi (da 2.5 a 4 eventi per 1000 persone/anno), mentre tra quelli con CACs da 1 a 100 oscillavano da 3.7 a 6.1 per 1000 persone/anno. Per i soggetti con CACs >100 si evidenziava invece un tasso totale di eventi significativamente più alto, compreso tra 15.8 e 18.6 per 1000 persone/anno. Il numero di soggetti da trattare per prevenire un evento cardiovascolare a cinque anni era quindi compreso tra 84 e 134 per i soggetti con CACs di zero, tra 40 e 55 per quelli con CACs tra 1 e 100 e tra 19 e 21 per i pazienti con CACs >100. I risultati dello studio del gruppo di *Bittencourt* evidenziano perciò come una semplice e relativamente economica scansione coronarica possa aiutare a ottimizzare l'identificazione dei pazienti che ricevano un beneficio clinico netto dal trattamento con polipillola. Si stima ad esempio che fino al 40-60% dei soggetti arruolati a polipillola nei precedenti 4 studi di farmacoterapia avrebbero potuto differire il trattamento sulla base del CACs.

L'uso del CACs, sia in generale che nella selezione dei soggetti da trattare con polipillola in particolare, è unanimemente accettato?

Il CACs si è dimostrato un parametro capace di migliorare in maniera incrementale le stime di rischio degli score tradizionali. Per tale motivo l'uso del CACs è adesso incluso nelle più recenti linee guida dell'*American College of Cardiology Foundation* (ACCF)/*Ame-*

rican Heart Association (AHA) (Classe IIa) come procedura ragionevole di stima del rischio cardiovascolare nei pazienti con rischio intermedio a 10 anni. Allo stesso modo, anche le più recenti linee guida dell'*European Society of Cardiology* (ESC) sulla prevenzione della malattia cardiovascolare considerano la tomografia computerizzata per la valutazione del calcio coronarico una metodica da prendere in considerazione per la valutazione del rischio cardiovascolare in adulti asintomatici e a rischio moderato (Classe IIa, livello B). Tuttavia le linee guida di altre società scientifiche variano considerevolmente nel significato attribuibile a questo parametro, principalmente a causa della scarsità di dati derivati da trial clinici randomizzati e controllati. Infatti, sebbene i dati di stratificazione del rischio dimostrino una forte associazione tra CACs e rischio cardiovascolare, la maggior parte degli studi sono disegni di coorte osservazionale. Non esiste pertanto ad oggi una prova definitiva di un impatto indipendente dello screening del CACs sulle decisioni di management, sul comportamento dei pazienti e sugli esiti cardiovascolari e totali. Infine, l'impiego della polipillola basato sul CACs per l'identificazione di soggetti a medio-alto rischio da includere in trial randomizzati appare una strategia affascinante e con solide premesse di efficacia ma necessita ancora di dimostrazioni di efficacia ed ovviamente è riservata alle ricche società occidentali e non alle popolazioni di basso livello socio-economico che pure si potrebbero avvantaggiare di strategie di controllo farmacologico del rischio cardiovascolare.



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.

E. A. Mario e “La canzone del Piave”

La ricorrenza del centenario dell'entrata in guerra dell'Italia (24 maggio 1915) invita a ricordare quella straordinaria e simpatica figura di musicista e compositore che fu E. A. Mario, autore della celeberrima “La canzone del Piave”. E. A. Mario è lo pseudonimo di Giovanni Ermete Gaeta (1884-1961), nato e sempre vissuto a Napoli, impiegato alle Poste, autore di migliaia di canzoni, di cui scriveva parole e musica, in italiano e spesso in dialetto napoletano. Nato in una famiglia modesta (il padre era barbiere, la mamma casalinga), imparò da autodidatta a suonare grazie a un mandolino

che un cliente dimenticò nel negozio del padre. E a leggere la musica imparò da solo, studiando il manuale della casa editrice Sonzogno “La musica senza maestro”. Amante della cultura, frequentò la commedia e fu amico di Eduardo Scarpetta, padre dei fratelli Eduardo, Peppino e Titina De Filippo. Si sposò presto ed ebbe tre figlie, Delia, Italia e Bruna.

Impiegato alle Regie Poste di Napoli, fu proprio allo sportello delle raccomandate che conobbe, ancora giovanissimo, il musicista Raffaele Segrè, noto compositore di canzonette, e con coraggio e humour gli disse che le sue musiche erano bellissime ma i testi non erano altro che “papucchielle”. Irritato in un primo momento, Segrè volle poi mettere alla prova quel giovanotto simpatico e intraprendente e gli disse di scrivergli un testo: se gli fosse piaciuto, l'avrebbe musicato. Nacque così la prima canzone di E. A. Mario in napoletano: “Cara mamma”.

Da allora il successo non lo abbandonò più; non smise però mai di lavorare alle Poste, anche se, così si racconta, per un certo tempo ne fu allontanato per “scarso rendimento”, essendosi assentato molto spesso senza motivi apparenti. Quando però si seppe che Giovanni Gaeta altri non era che l'ormai celebre E. A. Mario, fu reintegrato. Altri problemi pare li abbia avuti per la sua canzone più famosa, “La canzone del Piave”, che fu scritta - ma forse si tratta di una leggenda nella leggenda - in orario di ufficio e comunque utilizzandone il materiale, come dimostra l'originale del testo.

Si sarebbe trattato di una sanzione di cui non è noto l'importo.

La celebre canzone fu scritta di getto la notte del 23 giugno 1918, in seguito alla vittoria italiana sul Piave: divenuta subito famosa, contribuì a tener alto il morale dei soldati: lo stesso generale Armando Diaz gli telegrafò per dirgli che la sua canzone aveva dato coraggio ai soldati “più di un generale”.

La canzone fu adottata provvisoriamente come inno nazionale italiano durante la fase conclusiva della seconda guerra mondiale. E. A. Mario fu convocato a Roma da Alcide De Gasperi che gli chiese di scrivere l'inno ufficiale della Democrazia Cristiana: in cambio avrebbe appoggiato la candidatura della sua canzone nella scelta dell'inno definitivo. Mario però rispose negativamente: lui scriveva solo su ispirazione e non se la sentiva di scrivere su commissione. De Gasperi non la prese bene e sostenne l'inno di Mameli.

Una curiosità: nel 2008 “La canzone del Piave” è stata riproposta come inno nazionale da Umberto Bossi.

P.G.



Lettere a Cuore e Salute

D. **Riduzione farmaco**

Ho 80 anni e da 30 sono portatore di una protesi valvolare aortica, prima biologica poi meccanica.

Il Centro Trombosi presso il quale faccio l'INR mi prescrive il Coumadin ma da un po' di tempo ho delle epistassi e ciò mi fa sentire autorizzato ad una lieve riduzione del Coumadin (un quarto ogni due/tre giorni). Che ne pensate? Vorrei veder trattati questi problemi sulla Vostra ottima rivista.

Grazie.

Pompeo A., Roma

R.

Caro Sig. Pompeo,

come certamente Le avranno spiegato il Coumadin va controllato sotto due aspetti: la dieta per la possibile interferenza con alcuni cibi e il controllo dell'indice INR, che nel

suo caso deve rimanere fra 2,5 e 3,5. Oltre a ciò il medico curante e il paziente devono prestare attenzione a possibili fonti di sanguinamento, quali le gengive, la mucosa nasale (epistassi), i polmoni (fili di sangue con lo sputo), le vie urinarie (sangue nelle urine), lo stomaco per possibili ulcere e l'intestino (sangue evidente od occulto nelle feci, feci colore della pece). La causa di questi sanguinamenti può dipendere da un dosaggio troppo alto del Coumadin (facilmente verificabile con l'INR) o da fattori locali che spetta al medico o allo specialista individuare. Nel suo caso, verificato che l'INR stia entro i valori sopra indicati e persistendo il disturbo, è utile un controllo dello specialista ORL (otorinolaringoiatra), il quale potrebbe

individuare un piccolissimo angioma sanguinante, il quale con una semplice cauterizzazione potrebbe essere cicatrizzato e risolvere l'epistassi.

Con i più cordiali saluti.

Eligio Piccolo



D. La radioterapia toracica e le conseguenze sul cuore

Spettabile redazione,

ho letto con vivo interesse l'articolo del Novembre 2013:

LA RADIOTERAPIA TORACICA E LE CONSEGUENZE SUL CUORE.

Ad un certo punto dell'interessante articolo leggo: "Praticamente poi tutti i disturbi del sistema di conduzione elettrica del cuore sono stati descritti come complicanza della radioterapia".

Vorrei, se possibile, sapere dove trovare notizie in merito.

Questo perché qualche giorno fa ho ritenuto opportuno sospendere un ciclo di radioterapia (tomoterapia) adiuvante nella zona esofagea per asportazione del cardias dopo il quinto trattamento (dei 28 previsti) in quanto è sopravvenuta una fibrillazione atriale (la terza negli ultimi 10 anni e della quale mi sono accorto al mio ritorno a casa) che poi è stata risolta positivamente con cardioversione elettrica. Già al primo trattamento avevo lamentato una certa difficoltà respiratoria, specialmente nel salire le scale.

Specifico che soffro di miocardiopatia dilatativa congestizia di origine ignota.

Ora devo decidere se proseguire nella terapia prescritta che continua ad essermi consigliata essendo stata esclusa ogni interferenza nel sistema di conduzione elettrica del cuore da parte della radioterapia, od interromperla definitivamente.

Vi ringrazio anticipatamente per l'aiuto che potrete darmi.

Fabrizio B., Sassuolo (MO)

R.

Gentilissimo Sig. Fabrizio,

La ringrazio dell'attenzione che ha dedicato alla nostra rubrica. Il problema che Lei solleva è di grande importanza poiché solo da un tempo relativamente recente molte patologie vengono trattate con radioterapia e, come Lei ha potuto leggere, si vanno progressivamente affinando tecniche di irradiazione sempre più mirate a colpire il "bersaglio" senza nuocere alle strutture circostanti del torace. L'esperienza sin qui accumulata nel trattamento con radioterapia del tumore della mammella e del linfoma di Hodgkin ha consentito di muovere i primi passi in un campo decisamente nuovo: come si spiegava nell'articolo ... " le radiazioni (che colpiscono cellule sane e cellule tumorali) causano la formazione di specie reattive dell'ossigeno che danneggiano il DNA e provocano infiammazione causando un'alterazione della membrana della parete (endotelio) dei piccoli vasi e da ultimo ispessimento della parete micro vascolare e comparsa di fibrosi che si diffonde nell'interstizio del tessuto cardiaco".

La fibrosi è alla base di tutti i disturbi del sistema di conduzione elettrica del cuore e pertanto è il substrato alla base di tutte le aritmie.

Per quel che riguarda il Suo specifico problema, ossia l'insorgenza della fibrillazione atriale, va sottolineato che si tratta di un'aritmia molto comune (circa 4 milioni e mezzo di pazienti affetti in Europa) e che ha molti fattori predisponenti, primi tra i quali l'ipertensione arteriosa e l'insufficienza cardiaca (rispettivamente presenti nel 57% e 29% dei casi).

Lei riferisce di essere portatore di una cardiomiopatia dilatativa che è una condizione predisponente l'insorgenza di fibrillazione atriale, comparsa per la terza volta in 10 anni. La cardiomiopatia dilatativa può inoltre essere anche responsabile della sensazione che Lei riferisce, di difficoltà respiratoria comparsa nel salire le scale, indipendentemente dalla terapia radiante.

Le suggeriamo pertanto, se la radioterapia Le è stata consigliata come necessaria per il trattamento della patologia esofagea, di proseguire tale trattamento affidandosi alle valutazioni congiunte dell'equipe che la ha in cura e del Suo cardiologo di riferimento che potrà seguirLa nel tempo con ecocardiogrammi seriati e con il dosaggio di markers come la troponina e il BNP mutuando quella che è l'esperienza che è stata maturata in corso di trattamenti con chemioterapia. Cordialmente.



Antonella Labellarte

Libri ricevuti

La bellezza delle differenze

Non di rado succede che un medico famoso sia tentato di scrivere un'autobiografia, magari indotto da nobili propositi di lasciare a colleghi e amici qualche consiglio utile. Succede in genere a personaggi sul viale del tramonto, nell'età dei ricordi. Il libro invece che ho letto e che racconta le vicissitudini di un cardiocirurgo italiano, ha due piacevoli stranezze, la prima è che egli è ancora in piena attività di lavoro e di ricerca, l'altra è che non è scritto da lui, ma da una



sua sincera ammiratrice, amica e compagna degli anni del liceo. L'autrice, in un italiano bello da leggersi, evita prima di tutto il panegirico o eventuali riconoscenze per grazie ricevute, che non ci sono state e si propone solo di raccontare. Raccontare con la piacevole curiosità di leggere il seguito della storia di un liceale promettente e taciturno, laureatosi medico e poi chirurgo del cuore a Bergamo, migrato a Buffalo e nell'Alabama per migliorare le sue conoscenze là dove erano all'avanguardia. Poi il ritorno in Italia e di nuovo in Olanda a dirigere la Cardiocirurgia di Utrecht. *Fama volat* e molti italiani migravano nei Paesi Bassi per farsi operare da lui, tanto che un giorno mi telefonò: "ho qualche difficoltà con la stampa locale che mi accusa di lasciare in lista d'attesa gli olandesi per favorire gli italiani". E finalmente il ritorno, prima a Brescia e poi al San Raffaele di Milano. Una storia che ricorda per certi aspetti quella di molti giovani di oggi, che hanno però spesso la difficoltà di riportare il cervello in patria. L'ultima stranezza, stupenda, è il titolo del libro, che si rifà al soggiorno dell'allora giovane cardiocirurgo a Birmingham dove una signora di colore si divertì a fotografargli la figlia di due anni, bionda e chiara in mezzo ad altri bimbi neri, esclamando nel mezzo di un sorriso del tutto

spontaneo "the beauty of the differences". Non ho voluto rivelare il nome del nostro personaggio per far emergere meglio le sue qualità di medico e di uomo, cui Milano ha giustamente assegnato un suo Ambrogino d'Oro.

E.P.

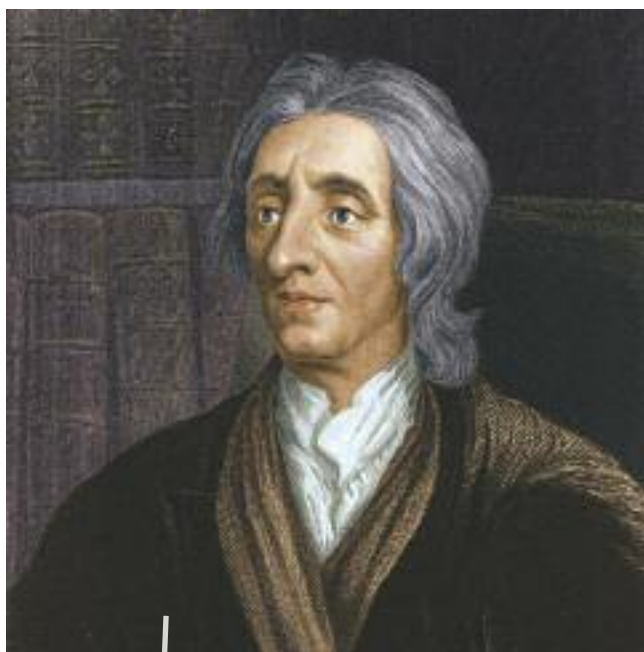


Jhon Locke:

quando il medico è un filosofo

di Luciano Sterpellone

Se avesse continuato a fare il medico, forse oggi pochi saprebbero chi è stato John Locke. Per fortuna però le cose sono andate diversamente e da tre secoli non v'è studente o persona di una certa cultura che non ne abbia almeno sentito parlare. Per una complessa serie di vicende e coincidenze, infatti, non è divenuto famoso come medico, ma... come filosofo. Nato nel 1632 a Wrington, presso Bristol, la sua educazione risente pesantemente del rigido carattere del padre puritano, procuratore legale e combattente accanto a Cromwell nell'esercito del Parlamento, che vuole avviarlo alla carriera ecclesiastica. Tramite le sue conoscenze altolocate, questi riesce ad ottenere (cosa altrimenti impossibile, considerato il suo modesto censo) l'accesso del figlio ormai quindicenne al *College di Westminster* di Londra, considerato il più prestigioso del regno. Lì John "è un King's Scholar", fa cioè parte di un ristretto gruppo di giovani che ha il privilegio di vivere nella scuola e di fruire di una borsa di studio di due-tre anni prima di esser avviati al Trinity College di Cambridge o al Christ Church College di Oxford, in quel periodo i centri di cultura più moderni di Inghilterra. Studia greco, retorica, logica metafisica e filosofia morale (le opere di Cartesio incideranno profondamente sulla sua formazione), sino a raggiungere i gradi di baccelliere e *Magister artium*.



Jhon Locke

Ma non è per nulla soddisfatto dei metodi di insegnamento e, scoprendosi più portato per le materie scientifiche che per la teologia, abbandona il *College* per iscriversi alla facoltà di Medicina. Ha tra gli insegnanti nomi di spicco come il fisico Richard Boyle (famoso per i suoi studi d'avanguardia sull'elasticità dell'aria) e Thomas Sydenham (detto l' "Ippocrate inglese"), entrato nella storia della Medicina per aver introdotto la china in terapia. Non consegue tuttavia il dottorato (diverrà "medico" soltanto nel 1685) ma è quello ancora il tempo in cui si può praticare la medicina senza aver preso la laurea: basta aver frequentato regolarmente i corsi della Facoltà. Le limitazioni riguardano soprattutto l'insegnamento di materie mediche.

Durante il suo soggiorno a Oxford, viene introdotto nello studio della Medicina, sino a quel momento dedicato unicamente alla lettura e al commento dei testi classici di Aristotele, Ippocrate e Galeno, un nuovo metodo sperimentale e in breve anche John

viene coinvolto nelle sperimentazioni di fisiologia e di fisica dai suoi grandi Maestri. In virtù della sua solida preparazione giuridica e umanistica gli viene offerto un posto di segretario all'ambasciata inglese in Spagna ma rifiuta perché vuole interamente dedicarsi allo studio della fisica e della fisiologia. Nel 1666 si stabilisce dapprima a Oxford, poi a Londra, raggiungendo in breve una certa notorietà; a soli 36 anni viene eletto nel Consiglio direttivo di quella che sarà la prestigiosa Royal Society di Londra, antitetica della tradizione scolastica aristotelica che al tempo domina le Università. John comincia a lavorare con il grande Sydenham alla redazione del trattato *De arte medica*.

A Oxford ha però fatto il grande incontro della sua vita: lord Anthony "Ashley" Cooper, primo conte di Shaftesbury, che si è recato nella città per sottoporsi a una cura delle acque a causa di un gonfiore al fianco destro e una vistosa itterizia. Lì si scopre un ascesso del fegato, per il quale Francis Glisson medico di Carlo II pratica un'incisione sotto il margine costale destro; poiché dopo alcune settimane il versamento purulento persiste ancora, il giovane Locke inserisce nella ferita un sondino d'argento della lun-

Carlo II pratica un'incisione sotto il margine costale destro; poiché dopo alcune settimane il versamento purulento persiste ancora, il giovane Locke inserisce nella ferita un sondino d'argento della lun-



College di Westminster, Londra

ghezza di 15 centimetri e in pochi giorni la sacca purulenta si svuota completamente. (Tre secoli e mezzo dopo, il grande clinico inglese William Osler dimostrerà a posteriori essersi trattato di un “ascesso idattideo del fegato”, causato cioè da una cisti da echinococco). Il primo caso del genere trattato in questo modo.

Ashley è così grato al giovane di avergli salvato la vita, che quando nel 1672 viene nominato Gran Cancelliere, lo sceglie come medico personale. John diverrà però anche suo segretario, precettore dei figli, consigliere politico e si troverà al centro della politica inglese nel decennio 1670-80.

Ma Locke spera ancora di ottenere una posizione ufficiale come medico, adoperandosi (invano) per conquistare la cattedra di Medicina al *Gresham College* di Londra. Ma, si è detto sopra, soltanto nel 1685 riuscirà a conseguire l'ambito titolo di “dottore”.

Nel 1675 si verifica un fatto nuovo e imprevisto: Ashley cade in disgrazia, accusato di congiurare contro Carlo II e decide di ritirarsi nella sua casa di campagna. John lo segue e in fondo non è granché dispiaciuto della cosa. Quel *buen retiro* sembra proprio fare al caso suo. La salute comincia a preoccuparlo (“Questa mia carcassa è assai mal ridotta”) e la tosse lo perseguita: ha probabilmente una tubercolosi polmonare (ne sono morti anche il padre e il fratello minore); gradisce una vita più tranquilla di quella tanto convulsa avuta sinora. In quella casa così accogliente convengono ogni sera amici e intellettuali con i quali si intessono conversazioni di alto livello sugli argomenti più vari. Ed è proprio nel corso

di una di queste riunioni che lo attraversa l'idea di “un'indagine pregiudiziale sui poteri e gli oggetti dell'intelligenza umana”, idea che elaborata più volte sarà alla base del suo famoso *Essay concerning Human Understanding* (Saggio sull'intelligenza umana), poi pubblicato nel 1690 e considerato la più importante opera dell'Illuminismo. In breve, Locke rifiuta la tesi che nell'intelletto umano esistano principi e idee innate. Considera piuttosto la mente alla nascita come una tabula rasa, a priori priva di idee e di conoscenze: a suo avviso la conoscenza deriverà integralmente dall'esperienza e dalla riflessione. (Purtroppo il concetto di tabula rasa verrà spesso banalizzato e distorto, come se Locke avesse un'idea puramente passiva della mente e considerasse i sensi come le uniche fonti di conoscenza). Quella di Locke è piuttosto una critica frontale alla teoria dell'innatismo, cioè dell'esistenza di idee innate che la mente umana riceverebbe con la vita stessa. È invece la ragione, a suo avviso, l'elemento essenziale della conoscenza, la quale deriva a sua volta dall'esperienza; ma mette anche in evidenza i limiti dell'interpretazione soggettiva. Non a caso è questo il secolo del progresso tecnico e della verifica sperimentale: in Medicina nascono il microscopio e l'anatomia patologica, viene scoperta la circolazione del sangue, si comincia a comprendere il meccanismo di azione dei farmaci, la natura di molte malattie... Locke viene profondamente influenzato da questo nuovo modo di considerare i problemi della scienza e della mente umana già quando, studente, conduce i suoi esperi-

menti nei laboratori di Oxford. Capisce che non è più il tempo di baloccarsi con teorie vaghe e fumose ma di verificare i reali contenuti di ipotesi ben precise e dimostrarle con l'evidenza dei fatti. Le sue idee contribuiranno in modo decisivo allo sviluppo della ricerca scientifica e al crollo di dottrine e teorie vecchie di millenni.

Dopo un momentaneo ritorno al potere Ashley viene accusato di alto tradimento ed è costretto a rifugiarsi in Olanda, ove morirà tre anni dopo. Anche Locke, che nel frattempo è entrato nella lista dei ricercati, fugge in Olanda vivendo per più di cinque anni in stato di semi clandestinità e sotto falsa identità. Qui prende parte attiva ai preparativi della "Gloriosa Rivoluzione" e della conquista del trono d'Inghilterra da parte del taciturno duca Guglielmo d'Orange, che salirà al trono col nome di Guglielmo III. Poco dopo Locke viene accolto trionfalmente a Londra, riguadagnando grande credito come esponente intellettuale e difensore del nuovo regime liberale. Dalla riflessione su questo grande momento di svolta nella storia costituzionale inglese nascerà l'opera più famosa del medico-filosofo *Due trattati sul governo*, che verrà in seguito adottata come manifesto ideologico per gli eventi politici legati alla rivoluzione.

Il nuovo re gli offre di andare come ambasciatore in Prussia ma John rifiuta per le precarie condizioni di salute; non può però rinunciare ad altre cariche importanti, tra le quali quella di Consigliere per il Commercio e le Piantagioni nelle Colonie. A tal proposito va ricordato che, pur essendo egli un fervente religioso, in questo incarico

ebbe un atteggiamento eccessivamente tollerante nei riguardi della schiavitù in America, forse addirittura traendo lautissimi guadagni dalla tratta degli schiavi.

In tutte queste vicende sembra comunque che egli non abbia mai smesso completamente di fare il medico, dedicandosi alla fisiologia della respirazione e alla medicina clinica; nonostante ciò il peggioramento delle sue condizioni di salute diviene inarrestabile. Ha cercato di curarsi da solo seguendo le pratiche del tempo, facendo due lunghi soggiorni nel Sud della Francia, a Montpellier. Tuttavia, in pieno Seicento la terapia medicamentosa è ancora molto arretrata, in gran parte basata sull'empirismo. Per cercar di guarire il suo "mal di petto", egli ricorre quindi a "cure" oggi per noi risibili ma al suo tempo considerate le migliori, come i decotti a base di alcune piante, il salasso e i purganti, affiancate da altre misure come l'equitazione, l'applicazione locale di calore, la dieta con carni leggere e senza spezie, birra e non vino, niente frutta cruda e, soprattutto, "niente capo coperto la notte"!

È tuttavia ancora incerto se si sia trattato di tubercolosi o, come ipotizzato da alcuni, di asma bronchiale se non addirittura di insufficienza cardiaca.

Uno dei compiti ai quali John Locke ritiene di non potersi sottrarre è la formulazione di una nuova linea-guida pedagogica che, tradotta nella politica, dia origine a forze e uomini nuovi. I suoi Pensieri sull'educazione, pubblicati nel 1693, diverranno il testo classico della materia, giudicato alla base del liberalismo pedagogico quale verrà suc-

cessivamente sviluppato da Rousseau e dall'intero pensiero del XVIII secolo. In esso, il "fuoco" dell'attenzione, sino allora incentrato sul maestro e sulla questione del metodo che egli deve usare per indottrinare il giovane, si sposta sul giovane stesso per farne un uomo, conformemente alle leggi che governano la libera formazione della personalità. L'intento base di Locke ("nel fanciullo ordinare il cittadino") costituirà il tema centrale del *Trattato sul governo civile*.

John Locke, oggi considerato il massimo e più autorevole pensatore inglese, definito il "filosofo della libertà" e "colui che ha inventato il senso comune", ha dato un contributo alle idee di governo della legge, di separazione dei poteri e di Stato ad autorità limitata; ha altresì avanzato importanti ipotesi a favore

della tolleranza religiosa (espresse nelle sue *Epistole sulla tolleranza*, 1689), destinate ad avere un'importanza fondamentale nella storia del pensiero e del progresso civile.

Ma il medico-filosofo è ormai stanco, ha le gambe gonfie, e l'affanno è diventato ancora più penoso. Accetta così volentieri l'ospitalità offertagli da Lord e Lady Marsham nel castello di Oates (Essex), a circa venti miglia da Londra, lavorando, ricevendo conoscenti e ...giocando con i bambini dei suoi generosi ospiti. È in questo clima di serenità e di affetto reciproco che la morte lo coglie un sereno mattino del 28 ottobre 1704 proprio mentre sta scherzando con loro. Aveva detto poco prima, da vecchio medico: "Il mio cuore è migliore dei miei polmoni".

Aeroplani ed Ospedali

Il tragico schianto suicida del volo della Germanwings ha indotto le compagnie aeree a prendere una decisione che sinceramente credevo fosse già operativa. Mai più un solo uomo in cabina di pilotaggio. L'errore umano non sarà mai eliminabile del tutto ma la contemporanea presenza di due piloti dovrebbe contribuire a ridurne la probabilità. Tale risoluzione si tradurrà inevitabilmente per le compagnie in un aumento di costi ma evidentemente l'impatto emotivo della strage nonché forse la valutazione dell'entità dei risarcimenti versati ai parenti delle vittime, hanno spinto i consigli d'amministrazione a ritenere ragionevole tale spesa. Implicito riconoscimento che risparmiare a scapito della sicurezza alla lunga non paga. È auspicabile che un simile ragionamento ritorni a prevalere presto anche in ambito medico. L'immagine di terzilliana memoria dello stuolo di medici in visita dietro al primario è ormai infatti preistorica. In questi tempi di dura crisi economica negli ospedali è ormai invalsa la regola "una

casella, un nome". In ogni servizio, cioè, non deve esserci più di un operatore. La presenza contemporanea di due medici per fare lo stesso lavoro è infatti ormai percepita come un intollerabile spreco di risorse e non come un imprescindibile requisito per garantire qualità e sicurezza. Il singolo errore medico non causerà mai una strage di proporzioni paragonabili a quelle prodotte da un aereo che cade ma il suo continuo ripetersi ha conseguenze ben più catastrofiche sia in termini di vite umane che di costi. La carenza di personale non è l'unica causa dei problemi in sanità ma certo ne è uno degli aspetti prevalenti.



F.S.



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.*

Il sepolcro

Chiamava il destino cinico e baro e ne aveva tutte le ragioni. Non avrebbe meritato quella fine, morire così, solo, d'angoscia, a ferragosto, quando la città è deserta. Al suo funerale c'erano sì e no una ventina di persone che sembravano lì per caso. Il prete, che voleva finire alla svelta, insofferente e sussiegoso, si asciugava infastidito in continuazione il sudore con una pezzuola rossa.

“Neppure un'autorità, nessuna commemorazione”, commentò sdegnato un amico, uno dei pochi che gli era stato vicino fino all'ultimo.

Era un rompiscatole, qualche volta un po' ridicolo, che amava le iperboli, con un esagerato concetto di sé, che si vantava troppo e si dava goffe arie di artista ma aveva un animo nobile, entusiasta, eccessivo ma sempre generoso.

Conosceva a menadito la storia della sua città, sapeva tutto su chiese, palazzi, pievi, santelle e strade; aveva decifrato ogni epigrafe, era autore di tre libri di storia locale nonché di uno di poesie. Lo chiamavano *Comandante*, con un po' d'ironia, forse perché era alto un metro e ottanta, aveva i basettoni cotonati come Francesco Giuseppe e camminava impettito.

Il suo grande sbaglio fu la pubblicazione di quelle poesie, lo scandalo che suscitò fu la sua rovina.

Cinquanta poesie, pensate, tutte dedicate a donne che aveva amato in gioventù. Ogni poesia ave-



Galileo Chini, autoritratto

va per titolo il nome dell'amante.

A quel tempo la gente non era abituata a leggere di bocche desiose, di ombelichi, cosce, capezzoli eretti e orgasmi. Come se il forte realismo non fosse bastato, sotto i titoli, fra parentesi, aveva messo, ad ogni poesia, una data, che non era quella in cui i versi erano stati scritti ma quella in cui la storia d'amore era stata vissuta.

Fu un gioco da ragazzi per i suoi pettegoli concittadini riconoscere le protagoniste. Un avvocato gobbo e ciarlone ne identificò con prove certe venti, altrettante per attribuzione.

Il successo del libro fu immediato e strepitoso e dopo una settimana non se ne trovava più una copia.

Il Comandante, travolto dall'entusiasmo, annunciò la seconda edizione, illustrata da un allievo di Galileo Chini, esimio maestro in nudi femminili.

La sua gioia fu purtroppo per lui di breve durata. Un barbiere insinuò in sua presenza che i libri erano stati fatti sparire da un notaio, marito di un'amante, donna irreprensibile, che nella poesia a lei dedicata viene descritta sconvolgente come un ciclone tropicale. Si prevedeva anche la denuncia per oltraggio al pudore.

A mettere al tappeto il Comandante fu però suo nipote, primario ortopedico dell'ospedale, che gli disse di aver comperato lui tutte le copie per mettere fine alle chiacchiere. Glielo confessò con premurosa delicatezza, dicendo che l'aveva fatto per evitare denunce e minacce, anche se in realtà voleva evitare il rischio di dover comperare in blocco anche la seconda e più costosa edizione.



Il Comandante non superò lo shock, sprofondò in una crisi depressiva ogni giorno più profonda: non usciva di casa, non voleva vedere nessuno, non mangiava, rifiutava le medicine. Il medico disse che c'era da temere un gesto inconsulto.

La segregazione del Comandante durò più di tre anni. Quando ogni speranza di guarigione sembrava svanita, improvvisamente, come per un miracolo, guarì.

Dalla prostrazione, in pochi giorni passò all'ipereccitazione, come se gli antidepressivi presi invano per tre anni, avessero fatto effetto tutti in un colpo.

Ritornò tra la gente, parlava con tutti anche con coloro ai quali non aveva mai rivolto la parola, recitava brani delle sue poesie chiedendo ai perplessi ascoltatori un parere estetico e morale, proclamava che il tempo dei libri all'indice era lontano e che l'arte aveva trionfato.

Ricordava come un amico un letterato francese del diciassettesimo secolo di nome La Bretonne che aveva compilato un delizioso almanacco in cui, in ogni giornata, aveva raccontato, anche lui con ardente passione, un suo incontro galante avvenuto in quel giorno.

Non era un maniaco sessuale, né un fornicatore fanatico, garantiva, ma un raffinato gentiluomo, un amoroso appassionato, un

adoratore delle belle donne i cui saggi venivano ancora citati come esempio fastoso di letteratura galante. La sola differenza fra loro era che La Bretonne viveva a Parigi e lui in una cittadina di provincia pettegola, piena di farisei che si eccitavano solo a parlare del sesso altrui.

Rese noto a tutti il suo testamento depositato presso un notaio in cui disponeva che le poesie venissero ristampate alla sua morte.

Sembrava trionfalmente risorto ma in quella circostanza si accorse con sorpresa di aver pensato per la prima volta alla morte.

Non si sentì turbato, non aveva paura di morire neppure nelle lunghe notti insonni ma il pensiero della morte si fece costante e ossessivo.

Non pensava alla cerimonia, né al funerale ma alla tomba, che diventò un'idea fissa. Più ci pensava e più la immaginava grande e solenne. Dopo poche settimane era diventata un mausoleo: piante di cipresso e di alloro, statue delle muse Clio ed Erato con le mani rivolte al cielo sedute ai lati del sepolcro e, in alto sul sarcofago di marmo nero del Belgio, il volume delle sue poesie in bronzo col suo nome inciso in oro. Programmò la posa della prima pietra con l'impresario, un ometto rosso e piccoso, dal naso insopportabile, che non gli era simpatico ma che aveva il merito di aver approvato ogni particolare del progetto: prima pietra all'inizio d'agosto. I due mesi di attesa furono interminabili a causa dell'ansia che non gli dava pace e lo consumava.

Seguì i lavori con una euforia mai vista per un avello, guardava con febbrile godimento la terra dello scasso, nera e umida, piena di



lombrichi rosa anche loro agitatissimi.

L'indicibile gaudio durò una settimana e finì bruscamente il venerdì, quando l'impresario, con ostentata indifferenza, gli dette alcuni fogli sussurrando: "I preventivi".

Tutto preso dall'entusiasmo, il Comandante non aveva mai fatto domande, né era stato sfiorato dal pensiero dei costi. Non avrebbe voluto affrontare lo sgradevole discorso neppure in quel momento ma l'impresario richiamò inesorabile la sua attenzione su alcune cifre che gli fecero di colpo apparire il cimitero sommerso dalle ombre.

Si sentì mancare, pallido come un lenzuolo, fece un cenno con la mano all'impresario il quale si precipitò premuroso a sorreggerlo. Gli fece bere a forza un bicchiere d'acqua, gli spruzzò altra acqua fredda sul viso e con calma, amorevolmente, gli spiegò che la tomba era sì costosa ma era un'opera monumentale, che sarebbe stata oggetto di ammirazione nei secoli. Il saldo non doveva essere per lui un problema, a eventuale garanzia bastava la bella casa che possedeva in viale Carducci.

La notte il Comandante non chiuse occhio, l'afa gli toglieva il respiro e udiva in continuazione le parole dell'impresario sulla

casa: cosa intendeva? Aveva capito che non aveva tutti i soldi per pagare, il maledetto, e pensava di togliergli la casa. Non gli lasciava scelta: la casa o la tomba.

Ci pensò tutto il sabato, la domenica sera finalmente trovò con sollievo la decisione: l'impresario si sarebbe preso la casa, ma solo alla sua morte e come erede si sarebbe altresì impegnato alla ristampa delle poesie in un volume rilegato e illustrato.

Al mattino di lunedì arrivò al cimitero a tappe. L'afa era più opprimente degli altri giorni, doveva fermarsi ogni venti metri per respirare, come se la trachea non lasciasse arrivare l'aria nei polmoni, le gambe lo reggevano a stento.

Nel cono d'ombra di un cipresso si sedette sul marmo della tomba di una giovane don-

na ritratta in abito da sposa. Due merli sotto un cespuglio di timo lo fissavano sospettosi. Sentì il bisogno di chiudere gli occhi e quando li riaprì, i merli erano scomparsi e il sole investiva rovente tutto il suo corpo. Non capiva se avesse dormito oppure perso conoscenza. Nonostante il sole sentiva freddo. Respirava un po' meglio, la morsa nel petto aveva allentato la presa. Cercò di alzarsi per andare alla sua tomba in attesa dell'impresario ma le gambe non lo ressero. Tutt'intorno calò improvvisa la notte, il Comandante cadde a terra senza che ci fosse nessuno a sorreggerlo.

Il giorno dopo, vigilia di ferragosto, nella cronaca locale c'era la notizia della morte di un anziano pensionato, stroncato da un infarto nel cimitero.

Il **Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus** ringrazia vivamente i sostenitori che hanno contribuito a diffondere **Cuore e Salute**, offrendo l'iscrizione ai loro amici:

Giovanni Ambroso di Rovigo

Emilio Asproni di Nuoro

Antonia Basso di Ceglie Messapica

Vito Cagli di Roma

Alvaro Carotti di Jesi

Maria Luisa Coen di Roma

Giuseppe D'Amora di Nocera Inferiore

Domenico Del Mauro di Latina

Alessandro Distante di Mesagne

Giordano Felisatti di Ferrara

Francesco Frazzini di Roma

Andrea Gobbo di Besana

Giuseppe Omedè di Torino

Antonio Passarelli di Ravenna

Antonio Pasquale Potena di Larino

Antonio Varanese di Campobasso

Enzo Zotti di Padova

Il “porta a porta” del dolore

di Eligio Piccolo

Come tutti sanno il primo sintomo di un infarto è quasi sempre il dolore che, se viene riconosciuto, conduce il paziente alla prima porta, quella del Pronto Soccorso, poi a quella della Cardiologia e infine all'uscio dell'Emodinamica per l'intervento risolutivo. Nella prima fase, però, sia il malato che il medico si trovano davanti all'ostacolo della diagnosi, la distinzione fra un dolore anginoso vero e quello di altra origine. Un problema che non solo può far minimizzare l'accaduto ma anche ricoverare il paziente nel reparto sbagliato. La sede dell'angor è più spesso la regione sternale, nel mezzo del petto e a renderlo più specifico è la sensazione di stretta e la sudorazione. Così lo descrisse la prima volta William Heberden nel '700, quando non c'era ancora modo di confermarlo. Nel secolo scorso l'elettrocardiogramma e poi gli enzimi colmarono questa deficienza ma come succede spesso quando gli orizzonti si allargano si dovette constatare che il dolore poteva essere vario e anche mancare. Così potevano costituire segnali sospetti un dolore o senso di peso allo stomaco, alla mandibola, al braccio sinistro, raramente destro, alla schiena e perfino al dito mignolo della mano sinistra, con qualità variabili dalla stretta al bruciore e al peso. E chi più ne ha più ne metta conclusero gli sfiduciati, mentre gli esegeti fiduciosi, quelli che credono nelle immancabili risorse della scienza, cercarono di capi-



re il perché di questa varianza di allarmi da parte di un organo che ha una sua precisa localizzazione. E lo trovarono nello sviluppo embrionale del cuore stesso, che mentre nelle prime settimane è un semplice tubo con i suoi nervi sensitivi disposti in progressione e ben riferiti a precise zone del torace, dopo si contorce e si trasforma in quella complessa architettura di cavità, di valvole e di coronarie che finirà con lo scompaginare tutti i suoi riferimenti nervosi. Mi rendo conto che spiegare al profano ciò che già per il medico è complesso è un'impresa quasi disperata ma volendo provarci lo farò con un paragone, poco rispettoso del nostro nobile organo ma chissà chiarificatore. Quello di un tubo metallico dal quale un bravo artigiano munito di tornio e di fucina riesca a costruirvi una bicicletta. Alla fine dell'opera il segmento iniziale del tubo potrebbe venirsi a trovare, poniamo, nel mozzo della ruota posteriore e l'ultimo nel manubrio. Il ché per il ciclista non ha alcuna rilevanza ma per il paziente che dal suo cuore colpito sente proiettarsi un dolore in una zona diversa da quella del tubo originario ne ha invece moltissima. E rende ragione della difficoltà della diagnosi, delle perplessità di un paziente che non vorrebbe che quel dolore fosse indicatore d'infarto, del ritardo nel chiamare il medico e nel ricoverare, con le conseguenze negative di un porta a porta che si allunga fino a dover intervenire troppo tardi.

Tutto ciò spiega anche perché nell'attuale 2015, nonostante i paesi con migliore assistenza sanitaria godano di una minore mortalità per infarto e malattia coronarica, le donne siano ancora penalizzate da un maggio-

re ritardo rispetto all'uomo nell'aver la diagnosi di infarto e nell'essere soccorse in tempi brevi. Alla base di questa disparità ci sono numerosi fattori che vanno dalle differenze anatomiche e reattive delle coronarie e del miocardio nei due sessi fino al diverso modo di incidere e di presentarsi della malattia coronarica, specie in età non avanzata. Uno studio USA relativo alla mortalità coronarica nell'uomo e nella donna dal 1980 al 2011, il periodo del maggiore sviluppo terapeutico con i farmaci, il bypass e lo stent, ci mostra che mentre in lui essa diminuisce progressivamente, in lei si osserva un incremento fino al 2000 per poi raggiungere quasi i vantaggi del maschio.

A corollario di questo complesso problema del dolore cardiaco citerò il caso di una signora quasi ottantenne, pittrice, mai cardiopatica, felicemente sposata da una vita con uno scrittore, la quale lamentava da tempo strane sensazioni costrittive vaganti, non specifiche di angor e con elettrocardiogramma normale, compreso quello sotto sforzo. Dopo una sua mostra personale a Venezia, vernissage per il colto, che le fece rivivere l'emozione di un grande successo di pubblico e di critica, fu colta da un piccolo collasso e dopo alcune ore da dolore anginoso che la portò in cardiologia. La coronarografia esclude lesioni coronariche ed evidenziò invece quella strana contrazione del ventricolo scoperta dai giapponesi, che colpisce quasi solo le donne dopo uno stress drammatico, in genere luttuoso, ma evidentemente come in questo caso anche di grande gioia e che viene chiamata sindrome di Takotsubo.

Una passione per l'anatomia

di **Andrea Gobbo**



Ero a lezione di Anatomia all'Università di Padova con altri due compagni un po' esuberanti, quando il Professore ci chiese di che malattia fosse morto un imperatore romano (non ricordo il nome).

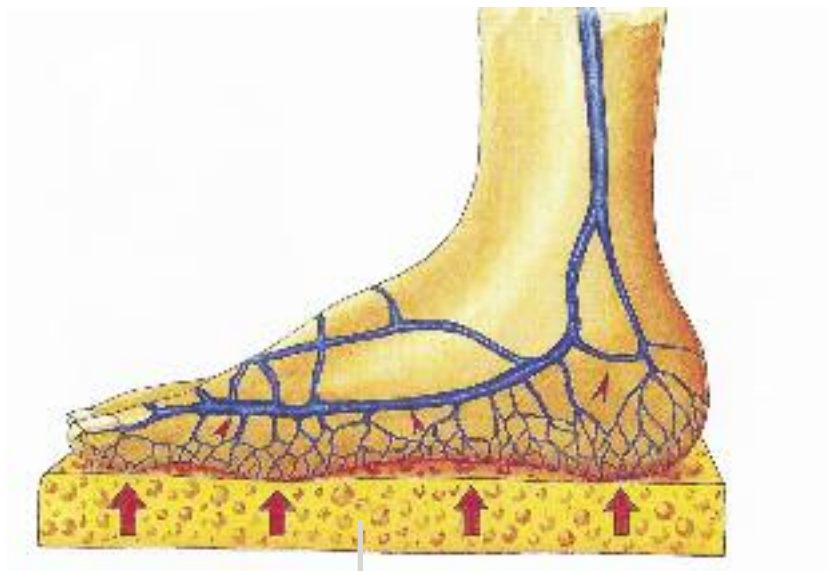
Dal nostro silenzio capì subito che non eravamo studenti di medicina (forse aveva raccontato di questo imperatore in qualche lezione precedente). Ci concesse di restare, se eravamo interessati alla sua lezione, ma senza disturbare.

Perché andavo a lezione di medicina quando ero iscritto a ingegneria?

Alcuni motivi erano ovvi (a quei tempi nessuna ragazza frequentava ingegneria chimica) ma in fondo in fondo sono sempre stato affascinato dai temi che riguardano questa meravigliosa macchina che è il corpo umano.

Tra l'altro c'erano delle affinità tra le lezioni di medicina e quelle di ingegneria. Ad esempio nel corso di Macchine studiavamo le pompe, la velocità dei fluidi, le perdite di pressione, le cavitazioni.

Ma anche il cuore è una pompa che spinge il sangue nelle arterie e fa più fatica se il lume di queste si è ridotto o perché si sono depositate delle placche o perché il sangue è più denso e così via. In questi casi il cuore deve lavorare di più.



La soletta del Lejar

Allora cosa dobbiamo fare per farlo affaticare meno? Ci ha pensato madre natura, mentre noi dobbiamo metterci un po' d'impegno: basta camminare e fare moto nella misura in cui le nostre condizioni di salute ce lo permettono.

Il cuore, nel richiamare il sangue venoso verso l'alto, quando siamo in stazione eretta, deve vincere la forza di gravità ma quando si cammina si sommano tre effetti positivi:

- Il tessuto vascolare spugnoso che è alla base del piede, chiamato *la soletta del Lejar*, viene spremuto tra la superficie di appoggio e la base ossea, spingendo il sangue verso l'alto, attraverso le vene.
- I muscoli dei polpacci contraendosi durante la marcia comprimono le vene profonde. In questo modo il sangue è co-

stretto a risalire passando attraverso le valvole venose a forma di coda di rondine, che ne impediscono il reflusso, cioè il tornare indietro.

- Una più ampia respirazione, rispetto al normale, crea una depressione toracica, in fase di espirazione, che richiama il sangue verso l'alto.

Questi tre accorgimenti della natura, combinati tra loro, fanno lavorare meno il cuore quando questo, in stazione eretta, richiama il sangue venoso dal basso verso l'alto, vincendo la forza di gravità.

I medici della Roma Imperiale, quando non avevano più rimedi da proporre, invitavano l'ammalato a confidare nella forza medicatrice della natura (*Vis medicatrix naturae*). Oggi sappiamo che questa *vis* potrebbe essere dentro di noi.

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

- *in ricordo del Prof. Enrico Geraci di Palermo:
il collega Enzo Aguglia*



Foto di Giorgia Magnoni

Un genio della musica

di Antonio Pasquale Potena



Un destino beffardo.
Un lampo accecante.
Un tuono scuotente.
Il sobbalzo sul letto di morte.
Il pugno contro il cielo.

In tal modo il trapasso del genio della musica Ludwig Van Beethoven. Un pomeriggio tempestoso del 26 marzo dell'anno 1827. Alcuni giorni prima, nel suo quaderno di conversazione, aveva scritto: "Plaudite, amici, la comedia è finita".

Le sue spoglie, unitamente a quelle di Schubert, riposano nel cimitero centrale di Vienna, accanto al monumento dedicato a Mozart. Nato a Bonn nel 1770, viene battezzato il 17 dicembre dello stesso anno. Una famiglia, la sua, non certo adatta ad un genio della musica. Una madre, non certo materna, che non ricambia l'affetto del figlio. Un padre, beone e musicista di poco conto che, intuendo la straordinaria attitudine musicale del figliolo, cerca, da ciarlatano, di trarne vantaggi economici. L'unico riferimento affettivo, il nonno paterno, un distinto e vegliardo signore, il quale affida il nipote all'organista di corte Christian Gottlob Neefe, che diventa suo maestro.

Quindi: un'infanzia infelice, una fanciullezza triste, una genialità musicale esplosiva.

All'età di 22 anni è a Vienna, musicista ed abile pianista, invitato nei salotti più alla moda.

Carnagione scura, viso leggermente butterato, statura non



Ludwig Van Beethoven

alta, ricercato nel vestire, aspetto molto curato, alquanto elegante.

La leggenda della sua verginità è messa in circolazione da Shindler, suo primo biografo. È noto, però, che nei primi anni a Vienna, vive amori non duraturi. Il suo idillio con una giovane e nobile fanciulla viene drasticamente interrotto. La nobiltà del tempo impone le sue regole.

Tutto sembra avviarlo ad una vita brillante, felice e piena di successo. Ma, crudele, il destino è in agguato. Non ancora trentenne, comincia ad accusare dolori addominali ed un ronzio continuo, assillante, prima all'orecchio di sinistra, in seguito anche a quello di destra.

“Le mie orecchie continuano a ronzare ed a fischiare notte e giorno...Il mio udito, da tre anni a questa parte, è diventato sempre più debole. Tali esperienze mi hanno portato sull'orlo della disperazione e poco è mancato che ponessi fine alla mia vita. La mia arte, soltanto essa, mi ha trattenuto”
La sua arte, soltanto la sua arte.

L'amante esclusiva, l'amante di sempre.

L'amante a cui non può negarsi.

L'amante che lo costringe all'obbedienza.

L'amante che sublima la sua sofferenza.

L'amante salvifica della sua anima.

L'amante che lo eleva alla gloria eterna.

“Noi esseri limitati, dallo spirito illimitato, siamo nati soltanto per la gioia e la sofferenza. E si potrebbe quasi dire che i più eminenti afferrano la gioia attraverso la sofferenza”.
E dalla comunione gioia-sofferenza fioriscono opere immortali. In alcune di esse

traspira e traspare chiaramente il suo spirito battagliero, insofferente, libertario. Lo spirito dell'Artista Eroico.

Al conte Carl Lichnowskj, suo protettore, che lo minaccia di arresti, perché si rifiuta di suonare alla presenza di alcuni generali napoleonici, durante l'occupazione di Vienna del 1808, scrive: “Principe, ciò che siete, lo siete in occasione della nascita. Ciò che sono, lo sono per me. Principi ce n'è e ce ne saranno ancora migliaia. Di Beethoven ce n'è soltanto uno”.

E ancora: nel luglio del 1812, a Teplitz, in compagnia di Goethe, rifiuta l'inchino, dovuto, alla famiglia reale in vacanza. Intanto il male avanza. Per lenire i dolori addominali ricorre spesso all'alcol, specie al vino. Preferisce quello del bacino del Reno e l'Ofen ungherese. Suole berlo in una coppa di cristallo di piombo, commisto ad un sale piomboso, come dolcificante.

Un binomio deleterio per il suo fisico già minato. Nel contempo si isola, esce di rado, non cura più la sua persona. Un giorno, mentre gironzola per le strade di Vienna, viene arrestato, perché scambiato per un vagabondo. Ma i viennesi lo venerano.

Il 7 maggio del 1824 appare per l'ultima volta in pubblico, a Vienna, in occasione della prima della Nona Sinfonia. Seduto accanto al direttore d'orchestra, con le spalle alla platea, sfoglia lo spartito.

Non sente la sua musica. Non sente il tripudio finale degli spettatori in delirio. Non può gioire di se stesso.

Beffardo, sì! Destino veramente beffardo.

Poi l'uomo creò la luce

di Bruno Domenichelli

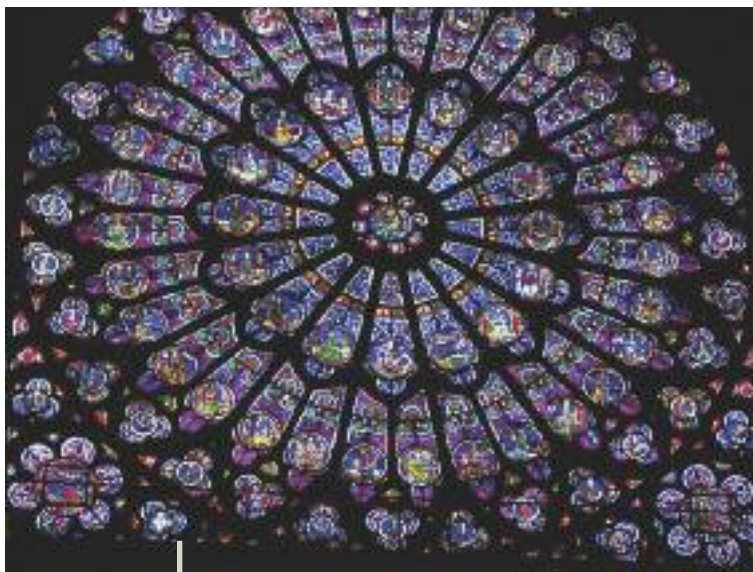


L'uomo della fine del primo millennio, le sue preghiere e i suoi cori amava avvolgerli nella penombra. Nelle navate delle cattedrali la luce penetrava allora a fatica, da finestre scavate nello spessore di muri profondi di mattoni rosati, complici di silenziose oscurità. Ma gli echi dei canti rimanevano prigionieri della terra.

Poi l'uomo creò la luce.

E con la luce inondò i templi dedicati alla sua adorazione. E volle che fosse iridescente di colori. Perché scoprì che le tracce di biancoargento provenienti da ogni stella celavano in sé il segreto dell'arcobaleno, messaggio cifrato dell'universo.

Fu allora che, valicato il millennio, l'uomo sostituì gli spessi muri delle sue cattedrali, rimaste buie per secoli, con vetrate vibranti di colori, spalancate all'abbraccio del sole, iridescenti diaframmi fra la luce del cielo e l'oscurità dell'interno. E ondate di luce-colore invasero le navate, penetrando l'anima dei fedeli. E la preghiera di ognuno salì verso il cielo. Atmosfere di colori liquidi, stemperati nel pulviscolo lento sospeso nell'aria, in cui d'istinto l'anima respira più profondamente, intuendo



Cattedrale di Notre Dame, Parigi. Rosone del transetto
...vetrate vibranti di colori... iridescenti diaframmi fra la luce del sole e l'interno. Rosoni che furono tramiti fra sensorialità e spirito, tra fragilità ed eterno, fra razionali geometrie e suggestioni di fede.

Cattedrale di Notre Dame, Parigi. Vetrata

...processioni di santi, di profeti e di re... Saggezze di volti antichi, circondati da aureole, da tiare e da regali corone. Suggestioni di storia sacra si intrecciano nell'incantesimo della luce colorata.

tracce di paradiso lontano.

E creò rosoni immensi, nei quali simmetrie di nervature, insieme aeree e possenti, si intrecciavano d'eterno come merletti, incorniciando tessere di mosaico di traslucido vetro. Rosoni che furono tramiti fra sensorialità e spirito, tra fragilità ed eterno, tra razionali geometrie e suggestioni di fede; dove la ragione trascolora in emozione e lo stupore pervade l'anima.

Iridescenti diafanie attraverso le quali si spalanca l'eterno e lo spirito vibra in risonanze arcane con gli echi dei colori.

Quando andrai a Parigi, qualunque sia il tuo stato d'animo, entra nella chiesa di Notre-Dame, quando il sole è ancora alto dietro le vetrate. Cammina lentamente lungo la navata, fino al centro del transetto. Da lì, con un solo sguardo potrai abbracciare entrambi i rosoni delle pareti. Al di sotto dei rosoni, in un loggiato di bifore leggere come ricami, scorrono salmodiando processioni di santi, di profeti e di re: saggezze di volti antichi, circondati da aureole, da tiare o da regali corone.

Siediti. Geometrie di forme e suggestioni di storia sacra si intrecceranno per te nell'incantesimo della luce colorata. E nel silenzio, forse, si compirà il miracolo. L'eco lontana del Tempo e le vibrazioni cromatiche della luce entreranno in risonanza magica con la tua anima. E la luce, finalmente modulata di colori, trascolorerà in pensieri di eterno.



Nel silenzio profondo della chiesa di Notre-Dame sono entrato anch'io, quasi per caso, e mi sono seduto.

E d'improvviso si spalancò il canto dell'organo e inondò la luce che filtrava dai rosoni. E si squarciarono i cieli. Pennelli policromi di luce gettavano sinestesici ponti sulle voragini profonde aperte dai toni bassi dell'organo. Arabeschi di suono-colore tessevano filigrane per l'anima.

Ho intravisto allora immagini di paradiso e di eterno, catturate da lontananze infinite e trasportate fino a me dai raggi monocromi delle stelle. Attraversando gli anni-luce dell'universo e filtrati dai diaframmi iridescenti dei rosoni, le tracce bianco-argento delle stelle si scomponivano come in un prisma di cristallo, ricomponendo per me l'arcobaleno originario dei colori.

Udii l'organista vestito di bianco dialogare all'unisono con l'eterno. I colori delle vetrate entravano in sintonia con la voce delle sue mani danzanti sulle tastiere. E la luce-suono illuminò la terra, dilagando nell'anima, e il Tempo allargò verso di me le sue braccia.

A lungo, insieme con l'organista vestito di bianco, ho dialogato anch'io con l'eterno.

Aggiornamenti cardiologici

di Filippo Stazi



Arresto cardiaco improvviso ed attività sportiva: Per approfondire il rapporto tra arresto cardiaco ed attività sportiva non competitiva gli autori dello studio hanno analizzato i dati di un grande registro americano che ha raccolto i dati sugli arresti cardiaci improvvisi extraospedalieri nel periodo tra il 2002 e il 2013 in soggetti con età compresa tra 35 e 65 anni. Solo il 5% degli arresti cardiaci totali si è verificato durante sport, con una incidenza di circa 22 casi l'anno ogni milione di persone e l'età media dei colpiti era di 51 anni. Gli eventi che accadevano durante attività sportiva rispetto a quelli che si verificavano in altri contesti erano più frequenti nei maschi, più spesso occorrevano davanti a testimoni, venivano maggiormente sottoposti a rianimazione cardiopolmonare ed erano con maggiore frequenza secondari a fibrillazione ventricolare. La sopravvivenza era significativamente maggiore nei soggetti che si arrestavano durante sport che negli altri (23,2% vs 13,6%, $p = 0.04$). Il 16% degli arresti in corso di attività fisica si manifestava in soggetti con preesistenti cardiopatie, il 56% in persone con almeno un fattore di rischio cardiovascolare e il 36% dei casi, infine, aveva presentato tipici sintomi cardiologici nella settimana precedente l'arresto. L'analisi di tali dati mostra quindi che gli arresti cardiaci durante sport sono una piccola percentuale del totale e conferma il sostanziale basso rischio connesso con l'attività fisica. (*Circulation* 2015; 131: 1384-1391)

Quanto deve durare la triplice terapia? L'ISAR-TRIPLE Trial: Sempre più spesso pazienti che sono già in terapia anticoagulante orale sono sottoposti ad impianto di stent medicato e quindi richiedono l'associazione alla terapia anticoagulante della duplice terapia antiaggregante. Triplice terapia che comporta un elevato rischio emorragico e sulla cui durata ottimale non abbiamo dati. Per cercare di colmare questa lacuna l'ISAR-Triple Trial ha confrontato due regimi di trattamento: 6 settimane di triplice terapia (anticoagulante, aspirina e clopidogrel) versus 6 mesi. 614 pazienti sono stati randomizzati e l'end point primario era una combinazione di morte, infarto miocardico, trombosi di stent, stroke o sanguinamento significativo a 9 mesi di distanza dal posizionamento dello stent. L'incidenza di tale end point primario è stata simile nei due gruppi, 9,8% nei soggetti trattati per 6 settimane e 8,8% in quelli trattati per 6 mesi ($p = 0.63$). Non è emersa alcuna differenza significativa neanche valutando individualmente le singole voci che componevano l'end point primario. La conclusione dello studio è quindi che accorciare a 6 settimane la durata della triplice terapia non sembra indurre un beneficio clinico netto e che ancora una volta la durata della terapia deve essere il più possibile adattata alle caratteristiche di rischio ischemico e emorragico del singolo paziente.

Lotta al colesterolo: parte prima. La nuova frontiera della lotta al colesterolo è rappresentata dagli anticorpi monoclonali diretti contro una proteina coinvolta nella sintesi del colesterolo. Tali molecole in studi preliminari hanno mostrato la capacità di abbassare il colesterolo LDL anche in soggetti già in terapia con statine. La necessità di studi di maggiori dimensioni e di più lunga durata capaci di stabilire la sicurezza e l'efficacia di tali terapie hanno portato a randomizzare 2.341 pazienti ad alto rischio di eventi cardiovascolari, con un valore di LDL \geq 70 mg/dl e già in trattamento con statine alle massime dosi tollerate, a ricevere Alirocumab 150 mg (uno di questi anticorpi monoclonali) o placebo, sotto forma di un'iniezione sottocutanea una volta ogni 2 settimane per 78 settimane. L'end point primario di efficacia era la riduzione percentuale dei livelli di colesterolo LDL dopo ventiquattro settimane di terapia. Dopo tale intervallo di tempo il colesterolo LDL risultava nel gruppo trattamento più basso del 63% rispetto al gruppo placebo e tale effetto del trattamento rimaneva poi costante per tutto il periodo delle 78 settimane. Rispetto al gruppo placebo il gruppo che riceveva Alirocumab aveva anche però un più alto tasso di reazioni cutanee nella sede d'iniezione (5,9% vs 4,2%), mialgie (5,4% vs 2,9%), eventi neurocognitivi (1,2% vs 0,5%), ed eventi oftalmici (2,9% vs 1,9%). Un'analisi post hoc, quindi da considerare come tale, ha mostrato che la probabilità di eventi cardiovascolari avversi maggiori, vale a dire morte attribuibile a coronaropatia, infarto non fatale, ictus ischemico fatale o non fatale, angina instabile richiedente l'ospedalizzazione era più bassa nel gruppo che riceveva l'anticorpo monoclonale rispetto al gruppo trattato con placebo (1,7% vs 3,3%, HR 0,52). (*N Engl J Med* 2015; 372: 1489-1499)

Lotta al colesterolo: parte seconda. Nell'ambito dei due studi del progetto OSLER 4.465 pazienti sono stati randomizzati a ricevere o meno un anticorpo monoclonale, l'Evolocumab, al dosaggio di 140 mg ogni 2 settimane o 420 mg al mese, in aggiunta alla terapia standard (statine nel 70% dei casi). I pazienti sono stati seguiti per un follow up medio di 11 mesi per valutare l'andamento del profilo lipidico nonché la comparsa di eventi cardiovascolari quali morte, infarto, angina instabile, rivascolarizzazione, stroke, TIA e scompenso. I dati dei due studi sono stati combinati insieme e si è visto che rispetto alla sola terapia standard l'Evolocumab riduceva il livello del colesterolo LDL del 61%. Gli eventi sfavorevoli legati al trattamento avvenivano con una frequenza simile nei due gruppi anche se gli eventi neurocognitivi si sono verificati più frequentemente nel gruppo trattato con l'anticorpo monoclonale. Il rischio di eventi cardiovascolari ad un anno nel gruppo con la sola terapia standard era del 2,18% contro lo 0,95% del gruppo trattato con l'anticorpo monoclonale ($p = 0.003$). (*N Engl J Med* 2015; 372: 1500-1509)

Nell'insieme i dati di questi studi sembrano confermare le promesse della terapia anticolesterolemica con anticorpi monoclonali.

aforismi

Toglietevi la maschera e fate vedere la faccia.

> **Anonimo**

È bello portare libri e donne a letto e addormentarsi insieme.

> **G. Andreotti**

Se i gatti sapessero parlare, non lo farebbero.

> **N. Porter**

Si fa bene a tenere un diario ed è bene che la gente lo sappia.

> **G. Andreotti**

Ci sono ragazze che arrivano vergini al matrimonio. Non è il loro, ma è bene lo stesso.

> **Anonimo Toscano**

Dieci monologhi non formano un dialogo.

> **A. Bloch**

La cattiveria dei buoni è molto pericolosa.

> **G. Andreotti**

Certo che ti amo, la bellezza e l'intelligenza non sono tutto.

> **S. Nardi**

Se lei si spiega con un esempio, non capisco più niente.

> **E. Flaiano**

Una volta si diceva ti amerò per tutta la vita, ma la durata media della vita era di poco meno dei quarant'anni, oggi è più del doppio.

> **Anonimo Toscano**

Il fatto che un'opinione sia largamente diffusa non esclude che sia totalmente assurda, anzi, data la stupidità della maggior parte degli uomini, è più facile che una credenza diffusa sia sciocca e non sensata.

> **Anonimo Toscano**

Che cosa hai in mente se permetti l'esagerazione.

> **W. Allen**

Voglio solo un uomo dolce e comprensivo. È chiedere troppo ad un miliardario?

> **Zsa Gabor**

Il marito ideale è il funzionario statale: torna stanco dal lavoro ed ha già letto il giornale.

> **W. Allen**

In Germania non ci sarà mai una rivoluzione perché per farla bisogna calpestare le aiuole.

> **Stalin**

La chiarezza è la buona educazione dello scrittore.

> **J. Renard**

Cos'è rapinare una banca rispetto al fondarne una?

> **B. Brecht**

Si diventa moralisti non appena si è infelici.

> **M. Proust**

Un colpo di pistola sparato al momento giusto evita ogni penosa discussione. Il problema però resta aperto: a chi sparare? Nel dubbio astenersi ma non venite a lamentarvi che le discussioni sono inutili.

> **E. Flaiano**

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 € 25.00.
- ☺ 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**

DIRETTAMENTE PRESSO LA NOSTRA SEDE

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*.

Ogni mese una newsletter sulla salute **del tuo cuore.**

DONA ORA

DIVENTA
SOCIO DEL CLU

LA NOSTRA
RICERCA

SOSTIENI IL CLU
CON IL TUO 5X1000

ARCHIVIO
NEWSLETTER



Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

NEWSLETTER

Aprile 2015



Capire per prevenire

di Antonella Labellarte



AGGIUNGI 10 MINUTI PER LA TUA SALUTE di Antonella Labellarte

Sul numero del 24 marzo scorso del *Journal of American College of Cardiology* vi è un interessante scambio epistolare tra gruppi di studiosi, uno giapponese, uno americano ed uno di Taiwan che ha per oggetto la quantità di esercizio fisico quotidiano che apporta benefici alla salute.



"CLAUDICATIO INTERMITTENS": INTERVENTO O ESERCIZIO FISICO? di Antonella Labellarte

Con il termine di claudicatio intermittens ci si riferisce alla forma sintomatica più comune che colpisce i pazienti affetti da malattia ostruttiva delle arterie degli arti inferiori.



PENSIERO, CUORE E ALIMENTAZIONE di Ivan Battista

Per pensare meglio dobbiamo alimentarci meglio? Secondo Ludwig Andreas Feuerbach in "Il mistero del sacrificio" o "Tuomo è ciò che mangia", un suo scritto del 1862, l'Uomo è il cibo che ingerisce e l'unità indissolubile tra psiche e corpo risente dell'alimentazione per esprimersi al meglio intellettivamente.

PER RICEVERE LA NEWSLETTER OGNI MESE CLICCA QUI



INVIA AD UN AMICO



www.centrolottainfarto.org



MAISON DES ARTISTES

Associazione di Cultura-Arte-Scienze-Impegno Sociale

www.assoziazionemaisondesartistes.it

Il 15 aprile 2015 il Prof. Francesco Prati ha ricevuto il Premio Internazionale “Medaglia d’Oro” da parte della *Maison Des Artistes*, presso l’Aula Magna dell’*Università La Sapienza di Roma*.

Il premio gli è stato conferito per il il suo impegno concreto e costante nell’attività di ricerca nel campo della cardiologia interventistica.

