

Cuore e Salute

N. 5-6 MAGGIO-GIUGNO 2016

Per leggere
Cuore e Salute online
collegati a
www.cuoreesalute.com

CUORE e SALUTE • N. 5-6 MAGGIO-GIUGNO 2016

ANNO XXXIV • 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

Il grande amore

Una pubblicazione del:  Centro per la Lotta contro
l'Infarto

40 IDEE PER CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2017



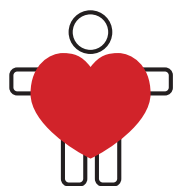
XXXIV CONGRESSO DI CARDIOLOGIA
del Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Firenze, Palazzo dei Congressi
24-25-26 marzo 2017

Coordinamento:
Francesco Prati

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

- Quando il by-pass con arteria mammaria non funziona: incidenza e cause.
- Conoscere e Curare il Cuore 1986-2016: le coronarie sono cambiate.
- Calcium score, TC, ecodoppler carotideo: tecniche a confronto per stimare il rischio di eventi cardiovascolari.
- Come trattare le arterie femoro-poplitee: è giunta l'ora dei DES ?
- Scelta degli inibitori P2Y12 e durata del trattamento. Esempio di precision medicine.
- Dalla stenosi mitralica reumatica a quella degenerativa: prevalenza della malattia e soluzioni terapeutiche.
- Fibrillazione atriale e pregresso ictus emorragico. A chi dare l'anticoagulante ?
- L'ablazione della fibrillazione atriale persistente nel paziente con scompenso è forse sottoutilizzata ?
- Impiego della TC coronarica nel PS: la diagnosi di NSTEMI diventa più facile ?
- Se gli NSTEMI riconoscono diverse fisiopatologie, perché li trattiamo allo stesso modo ?
- Le porte d'ingresso dell'endocardite infettiva.
- Quando il defibrillatore si scarica. Siamo certi vada sempre sostituito ?
- Rialzi pressori improvvisi nei soggetti usualmente ben controllati dalla terapia: ansia o ipertensione ?
- Focus sui predittori di insufficienza ventricolare sinistra dopo lo STEMI. Lo studio PREDICT.
- Il revival dell'impiego endovenoso dei beta bloccanti nello STEMI.
- Le principali cause di morte improvvisa nello sportivo.
- Il trattamento della stenosi aortica nel novantenne: quando la valvuloplastica, quando la TAVI ?
- Alla ricerca dei surrogati clinici nello STEMI: il ruolo dell'infarct size.
- La troponina ad alta sensibilità entra nella pratica clinica.
- Trattamento della stenosi carotidea nell'anziano: stent e TEA a confronto.
- Applicazioni della terapia genetica nello scompenso.
- Ridurre la mortalità nel Diabete tipo 2: il controllo della glicemia e della funzione renale.
- La trombosi clinica e subclinica delle TAVI e delle protesi aortiche biologiche.
- La duplice terapia antiaggregante dopo impianto di stent medicato per soli 30 giorni.
- Il pace maker senza fili. Nuovi dati a disposizione.
- Con che frequenza recidiva lo stroke ?
- Aterosclerosi coronarica e periferica. Come scegliere la terapia antiaggregante ?
- TAC, test ergometrico, scintigrafia: i tanti falsi positivi dei test evocativi di ischemia.
- L'angina microvascolare: prevalenza, fisiopatologia e terapia.
- Update sul trattamento della sindrome di Marfan.
- Il ruolo del sistema immunitario nell'infarto miocardico.
- L'insufficienza mitralica: nuova frontiera della terapia interventistica strutturale.
- La profilassi antiaritmica e anticoagulante dopo ablazione.
- Oltre l'ipercolesterolemia familiare: chi va trattato con gli inibitori PCSK9 ?
- Il punto sui biomarcatori nello scompenso cardiaco.
- "Cell therapy" nello scompenso e nelle sindromi coronariche acute: eterna promessa ?
- Riflessioni sull'insorgenza di ictus nella fibrillazione atriale nonostante l'impiego degli anticoagulanti.
- Le occlusioni coronariche croniche: CABG, CTO o terapia medica ?
- Prognosi e terapia della stenosi aortica degenerativa di grado importante ed in assenza di sintomi. Concetti da rivedere ?
- Che impatto avrà LCZ696 (Valsartan/Sacubitril) nella pratica clinica ?



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 e Salute**. Per i medici organizza dal 1982 il congresso annuale **Conoscere e Curare il Cuore**. La manifestazione, che si tiene a Firenze e che accoglie ogni anno diverse migliaia di cardiologi, privilegia gli aspetti clinico-pratici sulla ricerca teorica.

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

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

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

S O M M A R I O

n. 5-6/2016

- 132 • **Il grande amore** Antonio Pasquale Potena
- 134 • **Caffè, bevanda degli dei** Eligio Piccolo
- 136 • *Pillole di romanesca saggezza [F.S.]*
- 137 • *Niente di nuovo sotto il sole [F.S.]*
- 138 • **La diarrea del viaggiatore** Filippo Stazi

p. 134



- 142 • **Quaderno a Quadretti** Franco Fontanini
- I farmaci narrano la nostra storia

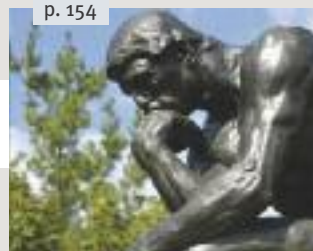
p. 142



- 147 • **Qualche secondo di buon umore**
- 150 • **Che cos'è la scienza** Vito Cagli
- 153 • *Non t'arrabbiare [Angelo Lotti]*

- 154 • **Ecologia della mente**
Il "vizio" di pensare.
Riflessioni in libertà sul "pensiero ozioso" Bruno Domenichelli

p. 154



- 158 • *Tutte coincidenze? Due presidenti e un solo destino [P.G.]*

- 159 • **La palla di Tiche**
"Conosci il paese dove fioriscono i limoni?" Goethe in Italia
Paola Giovetti

- 164 • **La vignetta di Cip**

www.centrolottainfarto.it - www.cuoreesalute.com - cuoreesalute@centrolottainfarto.it

Direttore Responsabile
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
Via Pontremoli, 26 - 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 XXXIV
n. 5-6 Maggio-Giugno 2016
*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 € 25,00 - 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*
Via Pontremoli, 26 - 00182 Roma
Tel. 06.3230178 - 06.3218205
Fax 06.3221068



165 • **C'era una volta lo scompenso (e c'è ancora)** Angelo Mingrone

169 • **Rischio biunivoco, o meglio due piccioni con una fava [E.P.]**

170 • **Allarme smog: sfoghi emotivi contro proposte concrete** Cesare Zaccaria

172 • **Quadri & Salute** Filippo Stazi

174 • **I battiti del cuore predicono la vita** Eligio Piccolo



177 • **Le terapie del cuore**
Il by-pass Filippo Stazi

180 • **La sfiga in medicina [E.P.]**

181 • **Il medico di fiducia** Andrea Gobbo

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



184 • **Lettere a Cuore e Salute**
- *Lavarsi le mani, Eligio Piccolo*
- *Il loop recorder, Filippo Stazi*



186 • **Pillole di saggia follia**
Energie parallele Bruno Domenichelli

187 • **Il cuore in cucina**
Ciambellone classico Marina Andreani

188 • **News**
Aggiornamenti cardiologici Filippo Stazi

190 • **Aforismi** Franco Fontanini

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.



di Antonio Pasquale Potena

Il grande amore

È arrivato il giorno faticoso. E adesso cosa faccio? Mi dicono che devo pensarci prima e prepararmi. Ma non potevo, se fino all'ultimo minuto ho vissuto ciò che ho sempre desiderato. Sì, il mio grande amore. Un amore senza alcuna reticenza, senza tradimenti, senza bugie, senza inganni. Sognato sui banchi del liceo, realizzato negli emicicli universitari, vissuto nelle corsie e negli ambulatori ospedalieri. I primi contatti con la sofferenza. Le anamnesi, le cartelle cliniche, tanta semeiotica, scarsa strumentazione, pochi esami di laboratorio. Un'esperienza indimenticabile. Il paziente che, libero da tutti i suoi orpelli, ti si presenta con tutta la sua umanità. Sembra quasi dirti: "eccomi, questa è la mia sofferenza". Cerca ed opera un atto di donazione e di fiducia che ti coinvolge e ti impegna. Una comunione a cui non puoi sottrarti e che richiede il meglio di te stesso. E così per anni e decenni. Sì, il meglio di te. Aggiornamenti continui, congressi, relazioni, idoneità, concorsi. Assistente, Aiuto, Primario. Un impegno totale. Il reparto, i collaboratori, il personale infermieristico, la caposala. Una donna mi-



nuta, ma energica, con occhi mobilissimi, gesti rapidi, sorrisi appena accennati, espressivi di assenso o dissenso. Rigorosa ma nel contempo comprensiva. Dottore le ricordo la riunione in direzione sanitaria. Dottore alcuni parenti dei pazienti le vogliono parlare. E nei momenti di stanchezza, dottore le porto della frutta e le faccio un buon caffè. Al mattino, sempre alla stessa ora, dottore siamo pronti per la visita. Un sergente vestito di bianco, con momenti



di devozione e dolcezza encomiabili, con alto senso del dovere e coscienza del proprio compito. Il rito della visita. L'ansiosa attesa dei pazienti. Una carezza rassicurante, un sorriso confortante. Un giorno sereno. Ma anche momenti tristi. Accompagnare una vita che si sta spegnendo, comporta un coinvolgimento di sofferenza, che non si limita soltanto al dire: abbiamo fatto di tutto, oppure, non c'era più niente da fare. Come se il compito del medico fosse soltanto quello di guarire. Ed ora eccomi qui. Tutto il mio mondo è svanito e mi sento confuso e smarrito. Intanto, col trascorrere del tem-

po, riaffiorano le antiche sopite passioni, travolte dal grande amore. L'arte, la storia, la letteratura, e principalmente la musica. Beethoven, Verdi, Mozart, Puccini, Vivaldi, Bach e Seduto al pianoforte, cerchi di rasserenare il tuo spirito inquieto con melodie immortali. E ti soffermi ad osservare le tue dita sui tasti e ti sovviene che per una vita intera hanno palpato addomi alla ricerca di note dolenti, hanno percosso toraci per evidenziare toni ottusi, hanno sfiorato precordi per percepire ritmi irregolari. Ora cercano di evocare sonorità celestiali che ti trasportino in un mondo lontano fuori dal tempo, che penetrino in profondità il tuo inconscio, che facciano emergere sensazioni arcaiche mai vissute. Ma ecco il ritorno alla realtà. Mi manca la corsia, mi mancano i collaboratori, mi manca il sergente vestito di bianco. Sì, mi mancano tanto. Di solito si dice che il primo amore non si scorda mai. È vero. Ma il grande amore lo si ricorda sempre, perché dura tutta una vita.



di Eligio Piccolo

Caffè bevanda degli dei

Non so se qualcuno l'abbia già detto, se no mi ci propongo io. In un'epoca come la nostra, invasa dagli eccitanti che impacciano i riflessi nella guida, stravolgono le reazioni emotive e imbrogliano l'agonismo sportivo, il caffè rimane ancora incolpevole e spesso lodato. Nonostante che la caffeina, il suo principio attivo, abbia molte affinità con altri stimolanti del sistema nervoso simpatico o con le vere droghe (simpamina, cocaina, eroina, morfina) cui è accomunata anche nel suffisso "ina", così come capita anche all'innocua aspirina. "Bevanda del diavolo" lo giudicavano nel '500, epoca di proibizionismi e di stregonerie. Subito dopo, però, vista l'apparente innocuità e la gradevolezza, Papa Benedetto VIII la definì "bevanda cristiana". Nel '700 il re Gustavo III di Svezia, volendo verificare scientificamente se il caffè giovasse o no alla salute, sottopose due

carcerati gemelli, cui era stata commutata la pena di morte in ergastolo, a bere l'uno tre tazze di caffè al giorno e l'altro tre tazze di tè. Il risultato pare sia stato favorevole al tè, ma allora non si sapeva che le due bevande contenevano una sostanza analoga, che i farmacologi chiamano xantina.

Dai suoi primi impieghi nell'antica Etiopia la pianta del caffè si è successivamente diffusa in altri paesi dell'Africa, poi in



Caffetteria del 1700

Europa ad opera dei veneziani e più recentemente, con il colonialismo, è stata coltivata in America del sud e in Asia. In tutte queste regioni la “bevanda nera”, ottenuta dalla tostatura dei chicchi delle varie qualità di koffea che nel frattempo si erano differenziate, non ha mai dato adito a una provata azione tossica, che ne giustificasse la proscrizione, se si escludono, si capisce, i vari proibizionismi dettati da credenze immotivate o da interessi commerciali, come quelli contro i caffè che danneggiavano le birrerie. Voltaire strenuo suo consumatore, informato degli allarmismi sul possibile effetto veleno, disse “lo sarà, ma è così lento che non sono ancora morto”, e visse fino agli 84, un’eccezione per quei tempi. Singolare anche la casualità, diciamo così, farmacologica, che associa la caffeina a un’altra sostanza salvifica molto usata oggi come anticoagulante, la warfarina o coumadin, entrambe scoperte grazie agli animali. Per la prima si racconta che nell’Etiopia antica un pastore, avendo osservato che le sue pecore dopo aver brucato di giorno la pianta del caffè la notte non dormivano, ne raccolse i chicchi, li tostò perché



crudi erano immangiabili e ne scoperse l’arcano; l’anticoagulante invece fu individuato in un particolare trifoglio che provocava emorragie nelle mucche che lo mangiavano.

Il sospetto che il caffè non sia del tutto innocuo si è ciclicamente ripresentato in medicina, ma più a seguito di osservazioni cliniche personali che di studi scientifici rigorosi. Ancora oggi c’è chi lo sconsiglia o lo proibisce nella pressione alta o nelle aritmie, ancorché semplici extrasistoli, e, con motivazioni solo intuitive, in coloro le cui coronarie hanno dato qualche problema. Anni fa qualcuno ne ha paventata addirittura la facilitazione al tumore dello stomaco. Certamente il caffè irritava l’ulcera gastrica ai tempi in cui non si conosceva ancora l’*helicobacter* e i suoi rimedi ed è sicuro che a molti toglie il sonno specie se preso dopo cena, ma che danneggi il cuore o ne faciliti le aritmie non si conoscono studi convincenti. Quanto alla pressione si sa che ne provoca un lieve aumento, ma solo per pochi minuti. Naturalmente gli effetti, diciamo così, eccitanti variano molto, non solo con il numero di tazze nelle 24 ore, ma anche con il tipo di caffè. Se ne conoscono almeno trenta varietà, che vanno dall’espresso all’americano, dal francese al turco, dal mocaccino all’irish, dal decaffeinato a quello torbido orientale. Per non parlare delle sue correzioni, con la sambuca nel centro Italia e con la grappa nel Friuli. Non va soprattutto dimenticata la sensibilità individuale che fa di alcuni caffè di-



pendenti e di altri astemi assoluti, che non ne tollerano nemmeno l'odore. Quell'aroma che inebriava invece il grande Eduardo quello della "tazzulella 'e caffè". Alcuni fanatici dicono che del caffè, come del maiale, non si butta via nulla: oltre all'infuso che beviamo, i fondi possono essere utilizzati come fertilizzanti delle piante o contro le formiche e le lumache, mentre nel frigorifero essi assorbono i cattivi odori e sui capelli ne ravvivano il colore.

Non sono certo mancati studi medici rigorosi, specie negli ultimi 50 anni, da quando l'epidemiologia è divenuta la scienza che ci orienta nel modo di alimentarci, nella prevenzione delle malattie e nell'uso dei farmaci. In passato alcuni concludevano di non bere più di tre tazze al giorno, altri assicuravano che fino a nove si poteva andare tranquilli, salve naturalmente le sensibilità individuali. Altre ricerche segnalavano poi che il caffè riduceva l'incidenza di diabete, di tumori e anche delle malattie cardiovascolari. Oggi uno studio policentrico statunitense-europeo-asiatico, pubblicato su *Circulation* 2015, nel quale si sono riuniti i risultati relativi a oltre 150.000 adulti, appartenenti a varie ricerche

eseguite negli ultimi 25 anni, ci informa che fino a 5 tazze di caffè al giorno la mortalità per qualsiasi malattia si riduce, mentre oltre le cinque non vi è alcun miglioramento, salvo nei non fumatori i quali, anche se strenui consumatori della bevanda nera, godono comunque di una maggiore sopravvivenza. Per concludere il caffè a qualsiasi dosaggio non è una droga nociva, mentre lo diventa se gli si associa la sigaretta, ma soprattutto che di per sé fa bene e che pertanto possiamo pagamente considerarlo una bevanda degli Dei.

“

Pillole di romanesca saggezza

Si te preme er patrimonio, lassa perde er matrimonio
Chi frega a tutto spiano, a sposasse ce va piano
La prima moje è 'na scopa, la seconda è 'na signora
Er core de le donne è fatto a limoncello, u'spicchio a questo e a quello
Le corna so' come li denti: fanno male quanno spunteno ma poi servono pe' magnà

F. S.

”

“

Niente di nuovo sotto il sole

A distanza di 70 anni il ricordo dell'olocausto genera ancora orrore e sgomento. Agli occhi contemporanei è forse difficile capire come una simile barbarie possa essere stata anche solo concepita. In realtà tale fenomeno non è stato un evento isolato, svincolato dal flusso storico precedente, quanto piuttosto la degenerazione estrema di un antisemitismo che ha percorso nei secoli tutto il cammino della società occidentale e che, forse, non è ancora scomparso del tutto.

A riprova di quanto detto è la storia della comunità ebraica di Roma, forse la più antica del mondo. La convivenza tra ebrei e cristiani nella città eterna si svolse tranquilla fino al luglio del 1555, quando Papa Paolo IV, implacabile sostenitore della Santa Inquisizione, emanò la bolla *Cun nimis absurdum* con cui ordinava che i circa 3000 componenti della comunità ebraica venissero rinchiusi nel cosiddetto *Recinto dell'Hebrei*, localizzato tra il portico d'Ottavia, piazza Giudea (non più esistente) e la riva del Tevere antistante l'isola Tiberina. Tre porte sorvegliate da guardie armate consentivano l'accesso al ghetto da cui gli israeliti potevano uscire solo nelle ore diurne indossando un pezzo di stoffa gialla sul berretto, se maschi, uno scialle o un velo sempre dello stesso colore, se femmine. La permanenza fuori del recinto nelle ore notturne era reato. Il sabato, obbligatoriamente, era destinato alle prediche coatte, estenuanti dissertazioni finalizzate alla conversione al Cristianesimo. La proprietà delle case, infine, doveva appartenere a cristiani in quanto agli ebrei era precluso il possesso immobiliare. Ricorda niente? Passano i millenni, si modificano le forme ma la sostanza rimane sempre la stessa.



Filippo Stazi

”

La diarrea del viaggiatore

Non c'è niente di peggio che vedersi rovinata una meritata ed agognata vacanza. Le cause possono essere molte: problemi familiari, compagni di viaggio irritanti, disguidi organizzativi ma quella forse più temuta, specie da chi affronta viaggi in terre lontane, è la cosiddetta "diarrea del viaggiatore". Tale condizione viene diagnosticata in presenza di un'aumentata frequenza dei movimenti intestinali con tre o più evacuazioni di feci poco formate al giorno, durante un viaggio all'estero, in genere in un Paese in via di sviluppo. Si tratta generalmente di una condizione



Mappa delle aree maggiormente a rischio di diarrea

transitoria e autolimitantesi ma i casi gravi possono complicarsi con squilibri idroelettrolitici, sepsi e perforazione intestinale.

I Paesi più a rischio sono quelli del sud-est asiatico, dell'America centro-meridionale e dell'Africa settentrionale, orientale e occidentale. Sud Africa, Caraibi, Russia e Cina sono considerati a rischio intermedio. Se è vero che viaggiare in economia rappresenta un fattore di rischio e che i saccopelisti corrono in genere un rischio doppio dei viaggiatori di fascia alta di incorrere nello spiacevole problema, è altrettanto vero che anche i crocieristi non ne sono immuni. Sulle grandi navi da crociera sono anzi frequenti le epidemie di gastroenteriti virali e batteriche. Particolarmente a rischio sono i bambini al di sotto dei 6 anni, i soggetti in trattamento con ranitidina o



inibitori di pompa protonica (gastroprotettori) e i soggetti con alterazioni dell'anatomia del tratto gastrointestinale alto. Forse c'è anche una predisposizione genetica, dato che i soggetti con gruppo sanguigno 0 sono più esposti alla shigellosi e alle forme gravi di colera. L'eziologia resta sconosciuta nel 40-70% dei casi. Quando il "colpevole" viene identificato, si tratta quasi sempre di batteri. Al primo posto spicca l'*Escherichia coli* enterotossica (12-34%), responsabile di forme caratterizzate da diarrea acuta acquosa e crampi addominali, quasi mai febbrili; frequente anche l'*Escherichia coli* enteroaggregante (1-24%) che dà forme di diarrea acuta acquosa; ben rappresentato anche il *Campylobacter jejuni* (8-32%), che si manifesta con diarrea acquosa e sanguinolenta, crampi addominali e febbre. Frequenti sono anche le salmonellosi (4-9%), re-

sponsabili di diarrea acuta, febbre, vomito e crampi addominali e le forme da Shigella (2-14%), che si presentano con diarrea acuta, crampi addominali, feci ematiche, tenesmo e febbre. Non è trascurabile neanche il contributo dei virus, in particolare i norovirus (7-9%) che danno vomito e diarrea acquosa e i rotavirus (13-17%) che oltre a vomito e diarrea acquosa, provocano crampi addominali e febbre. Anche protozoi come

la *Giardia lamblia* (1-6%) possono essere causa di episodi di diarrea acuta, ma più spesso sono responsabili di forme croniche di diarrea, accompagnate da meteorismo e distensione addominale che perdurano oltre le due settimane; altri parassiti che causano diarrea sono *Cryptosporidium spp* ed *Entamoeba histolytica*.

La destinazione del viaggio può orientare sul possibile agente eziologico in quanto, ad esempio, il *Campylobacter jejuni* è più frequente in India, Thailandia e Pakistan, mentre i Norovirus sono comuni in America Latina e Africa sub-sahariana e i protozoi (*Giardia* ed *Entamoeba*) prevalgono nel sud e sud-est asiatico.

La malattia in genere insorge nella prima settimana di viaggio,





con un picco verso il secondo-terzo giorno. Una diagnosi eziologica sulla sola base dei sintomi è difficile, anche se in generale le forme gastrointestinali alte, caratterizzate da gonfiore ed eruttazioni predominano nelle infestazioni da *Giardia*, mentre i sintomi colitici (urgenza, diarrea ematica, crampi) sono più spesso causati da *Campylobacter* e *Shigella*. L'*Escherichia coli* enterotossica dà in genere una diarrea acquosa e profusa, preceduta da crampi addominali, nausea e malessere.

La maggior parte dei casi ha una durata compresa tra 1 e 7 giorni; solo il 10% supera la settimana, il 5% arriva a superare le due settimane e solo l'1% dura più di un mese. Solo nel 10% dei casi il paziente è talmente provato da essere immobilizzato a letto ma anche negli altri casi i sintomi sono in genere capaci di compromettere la vacanza.

Per tentare di prevenire la diarrea del viaggiatore è necessaria grande cautela nella scelta e nella preparazione dei cibi. E' obbligatorio evitare frutti di mare e insalate e verdure crude, i cibi vanno sempre consumati ben cotti e, per quanto riguarda la frutta, si deve preferire quella da sbucciare. Molta attenzione meritano anche l'acqua e le bibite in generale che vanno consumate solo in bottiglie sigillate e senza l'aggiunta del ghiaccio. Se non fosse disponibile in bottiglia l'acqua andrebbe purificata facendola bollire, filtrandola o utilizzando delle tavolette disinfettanti a base di cloro. Il lavarsi con regolarità le mani con acqua e sapone

riduce il rischio di contagio del 30-40%, mentre i dati sull'efficacia dei gel igienizzanti portatili sono molto deboli.

Nelle persone sane la profilassi antibiotica non solo non è raccomandata ma anzi aumenta la probabilità di infezioni da *Candida* o diarrea da *Clostridium difficile*. Nei soggetti immunocompromessi (soggetti sottoposti a chemioterapia, in trattamento con immunosoppressori o con infezione da HIV in fase avanzata), in quelli con patologie intestinali (malattie infiammatorie intestinali, portatori di ileostomia, soggetti con sindrome dell'intestino corto) o con altre condizioni in cui la disidratazione può comportare rischi importanti (quali ad esempio l'anemia falciforme o il diabete), l'opportunità della profilassi antibiotica andrebbe valutata caso per caso con il medico curante, con l'eventuale ricorso a ciprofloxacina 500 mg/die (80-100% di protezione) o norfloxacina 400 mg/die (75-95% di protezione).

Una volta che la diarrea si è presentata il trattamento consiste essenzialmente nell'idratazione, soprattutto con acqua ma anche con succhi di frutta diluiti o zuppe. Nei bambini, negli anziani e nei soggetti con altre pa-

tologie è consigliabile l'introduzione di sali minerali (può essere sufficiente l'aggiunta di 6 cucchiaini di zucchero e mezzo cucchiaino di sale a un litro d'acqua). Nelle forme lievi (1-2 scariche di feci diarroidiche nelle 24 ore) è consigliabile assumere loperamide al dosaggio di 4 mg (2 compresse) immediatamente e altri 2 mg (1 compressa) dopo ogni scarica, fino ad un massimo di 16 mg/die.

Nei casi più seri è utile il ricorso all'antibiotico, scegliendolo in base alla destinazione del viaggio: ciprofloxacina 500 mg due volte al giorno per 3 giorni in America centrale e del Sud o in Africa, azitromicina 1 grammo in singola dose o 500 mg/die per 3

giorni consecutivi in Asia o, in alternativa, rifaximina 200 mg tre volte al giorno per 3 giorni. Se la diarrea è ematica e si associa a febbre alta e dolori addominali la loperamide è controindicata e bisogna prontamente rivolgersi ad un medico. Qualora i sintomi superino i 14 giorni bisogna eseguire un prelievo ematico per valutare emocromo, markers infiammatori, funzione renale ed epatica, nonché un esame microscopico, parassitologico e colturale delle feci. Le conseguenze della diarrea del viaggiatore, infine, possono affliggere a lungo il paziente visto che dopo un episodio di tale condizione vi è un'incidenza del 30% di sindrome dell'intestino irritabile. Buon viaggio a chi, dopo aver letto tutto questo, avrà ancora la voglia di partire!



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

- *in ricordo della Sig.ra Tommasina Nigro di Avetrana (TA):
la Sig.ra Nicolina Olivieri*
- *in ricordo di Massimo Zorzella di Porto Mantovano (MN):
la moglie Ornella Mode*



Foto di Giorgia Magnoni

Quaderno a Quadretti

di Franco Fontanini

I farmaci narrano la nostra storia

William Osler, regio professore di medicina dell'Università di Oxford, disse, all'inizio del nostro secolo, che fra le caratteristiche che maggiormente distinguono l'uomo dagli animali, va annoverato il bisogno di prendere medicine. Molto verosimilmente la farmacoterapia è nata con l'uomo stesso. È probabile, però, che Osler sbagliasse e che l'uomo abbia imparato a curarsi proprio imitando gli animali i quali, quando si sentivano male, andavano alla ricerca di foglie o bacche particolari. Certamente gli animali sapevano prima dell'uomo che il sole favorisce la cicatrizzazione delle ferite e che il salasso fa scomparire i gonfiori. L'uso del caffè ci è stato insegnato dalle capre che lo mangiavano per recuperare energia.

Comunque siano andate le cose il nostro antenato che 50 mila anni fa si accorse che la radice o l'erba che masticava gli provocavano sonnolenza o gli sedavano un dolore e le consigliò ad un compagno di caverna, è il fondatore della farmacologia. I primi medicinali, alcuni dei quali giunti a noi, sono stati scoperti dai nostri villosi progenitori dell'età della pietra il cui cervello sembra pesasse la metà del nostro. Esorcismi, magie, preghiere e scongiuri sono stati introdotti in terapia assai più tardi. I Sumeri ci hanno lasciato tavolette incise di argilla con ricette di 4 mila anni fa: le sostanze più usate erano sale, nitrato di potassio, cassia, mirto, timo,



corteccia di salice, di abete, di fico, di palma. L'estratto di corteccia di salice è il progenitore dell'aspirina.

I medici dell'antico Egitto prescrivevano l'estratto di radice di melograno contro i parassiti intestinali, rimedio sicuramente efficace e il fegato di bue contro l'emeralopia o cecità crepuscolare, disturbo visivo dovuto a mancanza di vitamina A di cui il fegato è assai ricco. Papiri del 1500 a.C. riportano accurate descrizioni di piante medicinali e di numerose sostanze dotate di proprietà medicamentose.

Il Pen ts'ao Ching o, più brevemente, Pen Ching, attribuito al leggendario Shen Nung, farmacopea dell'Estremo Oriente del IV secolo a.C., tratta delle proprietà e del modo di impiego di 365 sostanze di origine vegetale, minerale e animale. Sempre intorno al 400 a.C. Ippocrate viaggiava per conoscere nuovi popoli e, soprattutto, il loro modo di curarsi. In quel tempo Teofrasto comprò un trattato di erboristeria da far invidia a Messegue.

La camicia dello scabbioso di Corvisart

Dal panorama del nostro passato farmacologico, sia remoto



sia relativamente recente, emerge sempre una costante: la grande disarmonia fra le conoscenze cliniche e le pratiche terapeutiche. Quando l'anatomia normale e patologica, la fisiologia e la diagnostica cominciarono a progredire diventando "scientifiche", la terapia non seguì questi progressi, restando per lungo tempo incredibilmente lontana da qualunque base razionale.

I medici avevano cominciato a capire la struttura e le funzioni dei principali organi del nostro corpo, ma nei rimedi contro le malattie che li colpivano, restavano ancorati alle pozioni ricavate da occhi di porco, grasso di ippopotamo, code di serpente, lombrichi essiccati, urine di vacca, sterco di cocodrillo e soprattutto sangue mestruale che era l'eccezione di gran parte delle medicine.

Questa inverosimile divaricazione la si ritrova fino a poco

più di un secolo fa basti ricordare Corvisart, medico eccelso, "maestro nell'arte del percuotere", uno dei padri della semeiotica fisica, citato anche nei moderni trattati, nominato da Napoleone "archiatra dell'impero", che prescrisse a Luigi Bonaparte di fare bagni nei visceri caldi di bovini e di indossare la camicia di uno scabbioso per far affiorare sulla pelle gli umori maligni interni causa della malattia.

Un'altra costante che merita di essere ricordata è il maggior acume che i nostri antenati hanno sempre dimostrato nel trovare preparati capaci di causare la morte piuttosto che medicine guaritrici.

La tetra palude di Skoda

I progressi verso i quali si avviavano l'anatomia, la fisiologia e la patologia non solo non si accompagnarono ad analoghi passi in avanti nella terapia, ma, al



contrario, indussero nei medici più illuminati la sfiducia verso i farmaci e le terapie in voga, che, divennero propri della medicina popolare, originando il nichilismo terapeutico durato fino all'inizio del nostro secolo.

Skoda, grandissimo clinico di Vienna, che per primo, avvalendosi anche della collaborazione di docenti in acustica, riuscì a decifrare i toni e i rumori cardiaci e a riconoscere le alterazioni valvolari, soleva dire che la medicina era una tetra palude dalla quale emergevano due sole isole illuminate: l'anatomia patologica e la diagnosi fisica. Tutto il resto era notte profonda. Rifiutando gli indirizzi della terapia corrente, che giudicava inutili e indegni ad un uomo di scienza, esortava gli allievi, come miglior cura a non fare niente.

Oriente e Occidente

Egiziani, assiri, arabi, cinesi, sumeri, africani, indios, lapponi, tutti i popoli del mondo ci hanno lasciato dei medicamenti.

È interessante tentare di capire un popolo attraverso i farmaci che impiegava: da questi è possibile talvolta ricavare l'immagine della sua esistenza, dei suoi miti e credenze e dei suoi bisogni materiali e spirituali.

Più che della cultura, la quale appare meglio desumibile da altre testimonianze, i farmaci sono l'espressione dei sentimenti, delle vocazioni, delle paure, delle ansie di un popolo. L'uomo primitivo non poteva pensare di combattere un'infezione o un'epidemia che considerava punizioni divine, un segno dell'indignazione di qualche essere superiore con erbe o radici. A placare l'ira degli dei dovevano provvedere i sacerdoti con le loro pratiche. Alle tinture di radici o agli estratti di erbe medicinali poteva chiedere, invece, la quiete, il sonno, la serenità, l'equilibrio con la natura, oppure il sollievo al dolore e alla stanchezza o il vigore e l'aggressività che l'aiutassero nella lotta per la sopravvivenza.



Già dalle proprietà di questi antichi farmaci emergono talune differenze fondamentali che evidentemente sono sempre esistite nei caratteri degli abitanti dell'oriente e dell'occidente.

La tisana di Gandhi



I popoli orientali da sempre hanno cercato di soddisfare il loro bisogno di distacco dal mondo e di contemplazione ricorrendo a farmaci sedativi capaci di fugare l'inquietudine dello spirito e di facilitare l'accesso al nirvana. Si capisce così perché sono giunti alla scoperta dell'oppio, della morfina, della canapa indiana e della rauwolfia serpentina. Gandhi ogni sera dopo la meditazione e la preghiera beveva un infuso di erbe sacre soporifere, raccolte sulle rive del Gange, fra le quali c'era il papavero.

La radice della rauwolfia, già citata nei trattati di medicina di tremila anni fa per le sue proprietà tranquillanti, è impiegata dai santoni dell'Himalaya contro innumerevoli malattie, è stata importata in occidente solo nel 1950 ed ha aperto la strada alla scoperta di molti psicofarmaci e antiipertensivi.

Negli annali degli Han-Shu scritti in Cina alcuni secoli prima di Cri-

sto, fra i quali c'è anche il "trattato della camera da letto" ineguagliabile manuale di sessuologia, si legge che per vivere sani e raggiungere una serena vecchiaia bisogna fare ginnastica respiratoria, mangiare prima di avere fame, non introdurre mai cibo fino a sazietà, bere una limitata quantità di alcoolici, alzarsi al canto del gallo, lasciare ogni attività prima del tramonto e assumere più volte nella giornata ma soprattutto alla sera, decotti di erbe sedative.

Il danzatore nigeriano, il manager e la Coca Cola

L'abitante dell'Occidente invece ha sempre aspirato alle realizzazioni concrete, al potere, alla tecnica, al progresso, al ritmo produttivo, al guadagno.

Sessant'anni fa un antropologo paragonò l'irrequietezza dell'uomo d'affari statunitense che con termine sportivo era stato chiamato *manager* all'ardore gestuale del *danzatore africano*.

Le danze collettive delle discoteche rafforzano oggi la similitudine: la nostra affinità con il danzatore nigeriano è ben più evidente che non con l'indù immobile per ore nella stessa posizione o che segue gli esercizi lenti e misurati dello yoga. Si capisce pertanto come nella

civiltà occidentale siano state ricercate sostanze capaci di accrescere il rendimento muscolare e psichico. Sono stati scoperti così il caffè, la noce di cola, la radice dell'iboga, il primo antifatiga progenitore delle anfetamine, nonché gli alcaloidi della yoimbina, capaci di stimolare l'appetito sessuale che si affievoliva sopraffatto da altri interessi e dall'agonismo economico.

Le foglie di coca venivano masticate nell'America centrale per sopprimere il senso di stanchezza durante il lavoro ed aumentare la resistenza fisica: le coltivazioni erano sorvegliate da soldati e la distribuzione veniva fatta da funzionari statali.

Gli americani moderni con la Coca Cola hanno riesumato e realizzato la sintesi consumistica di due antiche droghe pre-



stigiose originarie dell'America Latina e dell'Africa.

Il raffronto tra i medicinali usati dalle antiche popolazioni potrebbe continuare, creando i presupposti di quella che Pelt ha chiamato "etnofarmacologia", destinata a restare materia storica senza attualità.

Nell'antichità la ricerca dei medicinali originava da esigenze naturali, oggi è condizionata da pulsioni economiche prima ancora che curative.

Abbiamo verosimilmente sconvolto ogni tradizione compromettendo l'equilibrio che l'uomo aveva acquisito durante millenni. In modo irrecuperabile.

Qualche secondo di buonumore

Quattro chirurghi discutono in ospedale della loro professione in un momento di pausa.

Il primo comincia: "Preferisco avere degli ingegneri sul mio tavolo operatorio. Quando li apro tutto all'interno è numerato correttamente..."

"Sì, ma dovrete vedere gli elettricisti! Tutto è codificato a colori all'interno, impossibile sbagliarsi!" Aggiunge il secondo.

"Io penso sinceramente che i bibliotecari siano i migliori.

Tutto è classificato in ordine alfabetico", replica il terzo.

L'ultimo chirurgo prende quindi la parola: "I più facili da operare sono i capi. Non hanno cuore, non c'è cervello, niente colonna vertebrale ed inoltre la faccia e il culo sono intercambiabili!"

Io ve lo direi anche BUONGIORNO..
Ma per saperlo con sicurezza dovrei
aspettare stasera....!!!



Dietro la baita del nonno di Heidi è stata trovata una piantina di Marijuana.

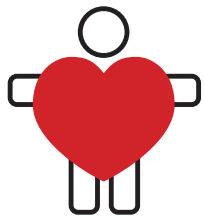
Ecco perché i monti sorridono e le caprette fanno ciao!

Il passeggero a bordo di un taxi richiama il conducente toccandogli la spalla. Questi lancia un urlo atroce, perde il controllo della vettura, manca di poco un pullman, sbatte contro un marciapiede e si ferma a pochi centimetri da una vetrina.

Dopo un paio di secondi di silenzio il passeggero si scusa con imbarazzo: "Mi spiace, non immaginavo che si sarebbe spaventato così semplicemente toccandole una spalla..."

E il tassista replica: "No sono io che mi devo scusare, vede oggi è il mio primo giorno di lavoro come tassista... negli ultimi 25 anni ho guidato un carro funebre..."





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

- **Pompeo Abruzzini** di Roma
- **Vincenzo Alessi** di Roma
- **Filippo Altilia** di Ascoli Piceno
- **Francesco Ammendola** di Impruneta
- **Luciano Arcari** di Roma
- **Raffaella Azzollini** di Taranto
- **Giuseppe Balsamo** di Roma
- **Emer Barbieri** di Formigine
- **Anna Barocelli** di Torino
- **Giuseppina Bartocci** di Cerveteri
- **Raoul Bartoli** di Roma
- **Antonio Bassan** di Vigodarzere
- **Giacomo Bassis** di Busto Garolfo
- **Riccarda Beltrami** di Cortina D'Ampezzo
- **Roberto Berardelli** di Roma
- **Alessandro Bernini** di Torino
- **Giuseppe Bernuzzi** di Mezzanino
- **Marceline Blanche Vessaz** di Roma
- **Giuseppe Borghi** di Bologna
- **Antonio Bove** di Roma
- **Pietro Braga** di Gavardo
- **Giampaolo Brangi** di Brescia
- **Guglielmo Buglioni** di Roma
- **Anna Lisa Calosi** di Bagno a Ripoli
- **Giovanni Campanini** di Pieve di Cento
- **Giacomo Capodivento** di Teramo
- **Sabino Cardone** di Maenza
- **Graziano Caroni** di Empoli
- **Silva Cavallari** di Finale Emilia
- **Ofelia Luisa Cecchi Vassallo** di Mogliano Veneto
- **Loreta Cerasi Mandrelli** di S.Benedetto del Tronto
- **Piero Emilio Cerutti** di Pavia
- **Lanfranco Chiodetti** di Monza
- **Marco Cini** di Roma
- **Arturo Coghe** di Cagliari
- **Teresa Collica Artale** di Roma
- **Stefano Constà** di Roma
- **Enrico Conte** di Milano
- **Giovanni Coppi** di Roma
- **Massimo Corradeghini** di Sarzana
- **Arturo Cottarelli** di Mestre
- **Felice D'Amato** di Pistoia
- **Angelo De Feo** di Verona
- **Mario De Leonardis** di Pescara
- **Giuseppe De Luca** di Lipari
- **Iolanda Deantoni** di Roma
- **Rino Defilippi** di Voghera
- **Paolo Della Porta** di Milano
- **Felice Di Francesco** di Borgomanero
- **Floriano Duva** di Trieste
- **Giorgio Fagherazzi** di Venezia Lido
- **Giampaolo Farris** di Cagliari
- **Danilo Ferrante** di Roma
- **Mariano Ferrari** di Padova
- **Francesco Fiorani-Gallotta** di Cosio Valtellino
- **Francesco Foglia** di Macerata
- **Aristide Fortina** di Rezzato
- **Giuseppe Frau** di Cagliari
- **Francesco Frazzini** di Roma
- **Giuseppe Frazzini** di Toscolano Maderno
- **Modesto Galligani** di Pistoia
- **Antonio Gennari** di Marigliano
- **Natale Gervasini** di Milano
- **Ettore Giovenali** di Biella
- **Maria Grilli Caiola** di Roma
- **Giovanni Grillone** di La Spezia
- **Valter Guelfo** di Val della Torre
- **Carmen Giulia Guidetti** di Correggio
- **Sergio Gulluni** di Colonna
- **Giovanni Iannaci** di Roma
- **Emilia Ivilli** di Palestrina
- **Paola Lamieri** di Bologna
- **Roberto Lauro** di Bogliasco
- **Angelo Leccese** di Taranto
- **Mario Levoni** di Mantova
- **Paolo Levoni** di Castelluccio
- **Vincenzo Lobrano** di Palmanova
- **Pietro Maccaglia** di Terni
- **Maria Maffei** di Trento
- **Alessandro Maffii** di Prato
- **Giuliana Manetti** di Firenze
- **Osvaldo Maronati** di Milano
- **Domenico Marraffa** di Bari
- **Luisina Martini** di Roma
- **Antonio Martinotti** di Roma
- **Cesare Masci** di Roma
- **Antonio Mastrolitti** di Bari
- **Gianfranco Mattioli** di Rubiera
- **Gaetano Mazza** di Cesano Boscone
- **Antonio Mazzanti** di Bologna
- **Irvana Merlo Palladini** di Pioltello
- **Bice Micheli** di Pistoia
- **Marina Molinari** di Roma
- **Giorgio Molino** di S. Antonino di Susa
- **Giovanni Mori** di Parma
- **Anna Maria Nannini Regis** di Varese
- **Giuseppe Narici** di Anguillara Sabazia
- **Enrico Natale** di Roma
- **Rodolfo Negri** di Ostia
- **Giuseppe A. Nicoletta** di Potenza
- **Luigi Notarangelo** di Roma
- **Alberto Palavisini** di Fucecchio
- **Renzo Palazzetti** di Roma
- **Massimo Palliccia** di Roma
- **Fabrizio Palmieri** di Roma
- **Sandro Paolucci** di Roma
- **Primo Pasqualitti** di Castel del Piano
- **Bruno Pasqualoni** di Roma
- **Giuseppe Passoni** di Monza
- **Maria Liisa Pavanini** di Cannaregio
- **Eugenio Petz** di Trieste

- **Guglielmo Piccardo** di Roma
- **Mario Picone** di Roma
- **Maurizio Pietrangeli** di S.Felice Circeo
- **PO.MO. Srl** di Roma
- **Alessandro Pompili** di Roma
- **Giorgio Pozzi** di Roma
- **Paola Prati** di Roma
- **Domenico Rezzesi** di Roma
- **Fernanda e Gino Riva** di Varese
- **Marilena Rombi** di Carloforte
- **Alessandro Rossi** di Desenzano
- **Francesco Ruggeri** di Roma
- **Marisa Sabadelli** di Pistoia
- **Armando Sabbatini** di Falconara M.
- **Giustina Saccardo** di Mira
- **Luigi Santoro** di Ancona
- **Giancarlo Scibona** di Roma
- **Salvatore Anton Scommegna** di Roma
- **Fernando Sensidoni** di Roma
- **Antonio Sinatora** di Mestre
- **Domenico Tarantini** di Trani
- **Mario Tecce** di Moricone
- **Emanuele Tedesco** di Bari
- **Jole Terreni** di Ponti sul Mincio
- **Giuseppe Testa** di Pomigliano D'arco
- **Italo Testa** di Campobasso
- **Pericle Tiscione** di Parco Cerasole
- **Adriano Venditti** di Frosinone
- **Antonia Visconti** di Frascati
- **Giuseppina Zanara De Poli** di Roma
- **Bruno Zandarin** di Cadoneghe
- **Maria Zanini Piotti** di Milano
- **Martino e Sandra Zubiani** di Roma

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:

Sergio Brunaccioli di Bologna

Vito Cagli di Roma

Maria Luisa Coen di Roma

Valeria De Min Sgarabotto di Padova

Francesco Frazzini di Roma

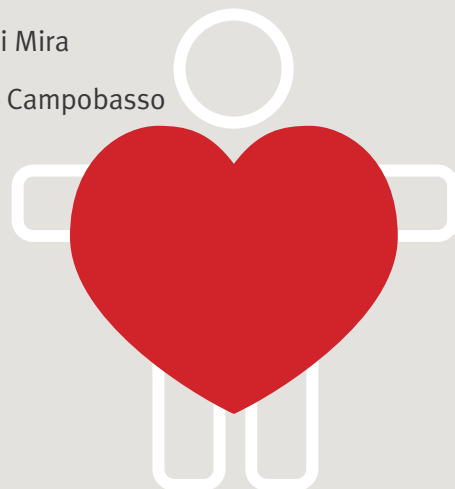
Antonio Giovanzana di Roma

Andrea Gobbo di Besana

Margherita Occhipinti di Modica

Giustina Saccardo di Mira

Antonio Varanese di Campobasso





di Vito Cagli

Che cos'è la scienza

Grande tema e anche difficile, affrontato in modo affascinante dal fisico Carlo Rovelli, in un libro con il titolo di cui sopra (Arnoldo Mondadori Editore, Milano 2014). L'argomento c'interessa in quanto medici, almeno da quando Claude Bernard nel 1865 pubblicò *l'Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, in cui poneva proprio la sperimentazione a base della medicina, affermandone in tal modo il suo tendere alla scientificità.

Rovelli appartiene alla schiera di coloro che sanno bene come chi voglia dire tutto, finisce per non dire niente, o almeno per non riuscire a far passare il messaggio che vuole trasmettere. Si pone dunque da un punto di vista del tutto particolare, quello dell'inizio della scientificità nell'indagine sul mondo che ci circonda. È opinione diffusa che la scienza inizi quando l'uomo anziché chiedersi chi ha fatto il mondo, si domanda di cosa sia fatto il mondo. Ebbene, seguendo Rovelli dovremmo dire che questa svolta si verificò con Anassimandro, un filosofo greco della Scuola ionica di Mileto, vissuto seicento anni prima dell'inizio dell'era cristiana.

Nella *Storia della filosofia* di Reale e Antiseri (Bompiani, Milano 2008) ad Anassimandro si attribuisce l'introduzione del termine *arché* per definire la realtà prima di tutte le cose, che egli identifica con l'*ápeiron*, cioè "l'infinito", che, in quanto tale non ha né principio né fine. Secondo Rovelli "il carattere essenziale dell'*ápeiron* è di *non* essere una delle sostanze della nostra esperienza" (p. 74).

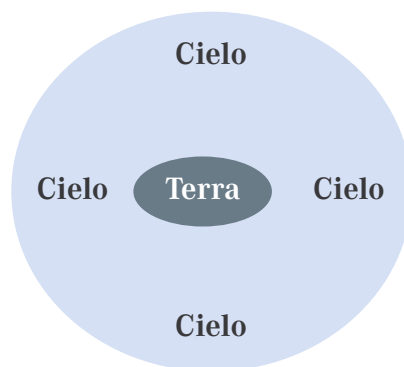
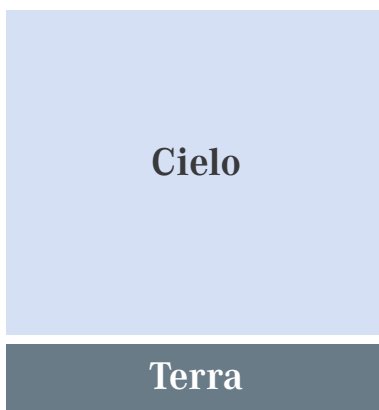




Un concetto ancora più rilevante espresso da Anassimandro è quello secondo cui la terra si regge nello spazio per un equilibrio di forze. Quest'ultima affermazione è centrale secondo Rovelli, in quanto mentre i filosofi tutti, fino ad allora concepivano la terra come poggiata su qualcosa d'altro, avendo il cielo soltanto al di sopra di essa, "egli [Anassimandro] apre il processo di *ripensamento dell'immagine del mondo*: il percorso di ricerca della conoscenza basato sulla ribellione contro certezze che appaiono ovvie. In questo egli rappresenta una delle principali radici del pensiero scientifico" (p.4). Questo "ripensamento dell'immagine del mondo" riguarda, in sostanza, il fatto che non esiste un cielo sopra e una terra sotto, retta da qualcosa d'altro (altra terra o colonne, o quel che si vuole), ma una terra che "galleggia" nello spazio e non cade perché non ha alcuna direzione speciale verso cui cadere.

Questa visione innovativa è rilevante sotto il profilo scientifico in quanto innova rispetto alle credenze degli egizi, dei cinesi, dei maya, degli ebrei, degli indù e degli africani. Si tratta, tuttavia, di

una teoria ancora lontana dal poter essere definita come "scientifica" nel senso moderno del termine, in quanto mancante di qualsiasi tentativo di cercare leggi matematiche e completamente priva di sperimentazione. A questi due argomenti proposti da Rovelli (p. 42), se ne può aggiungere un terzo sviluppato da Karl Popper (*Congetture e confutazioni* trad. it. Il Mulino, Bologna 1972, pp. 239-241), anch'egli convinto della grandezza di Anassimandro. Sostiene infatti Popper che Anassimandro sarebbe partito da una critica a quanto sostenuto dal suo maestro Talete, avanzando l'ineccepibile argomento che la sua teoria di una terra appoggiata sull'oceano non spiegava su cosa poi poggiasse l'oceano stesso. Anassimandro avrebbe poi clamorosamente sbagliato quando, sulla base dell'osservazione che ci mostra come noi camminiamo su di una superficie piatta,



Il mondo, prima e dopo Anassimandro. (Da Rovelli, op. cit., p. 3)



stabili che la terra dovesse avere una forma cilindrica e non globosa. Insomma, un filosofo che riusciva ad avvicinarsi al vero più quando si fece guidare dalla ragione che non quando seguì i suggerimenti dell'osservazione.

Comunque, mettendo tutto insieme potremmo dire che elementi fondanti della scienza sarebbero: un pensiero critico, la capacità di teorizzare, l'osservazione esatta, la sperimentazione, la capacità di esprimere in linguaggio matematico il frutto delle teorie, delle osservazioni e degli esperimenti. Elementi tutti necessari?

Per rispondere a questa nostra domanda è opportuno vedere come Rovelli risolva il problema su quale debba essere l'obiettivo fondamentale della ricerca scientifica: la sua risposta è semplice e sorprendente (p. 113). Semplice: "costruire e sviluppare un'immagine del mondo, cioè una struttura concettuale per pensare al mondo, efficace e consistente con ciò che sappiamo e impariamo di esso". Sorprendente: "l'obiettivo dichiarato della ricerca scientifica non è fare previsioni quantitative corrette".

Intesa così la scienza abbraccia anche la medicina e le conferisce quel carattere di scientificità che l'assenza di previsioni certe e di matematizzazione (almeno in molti casi) sembrerebbe precluderle. La conclusione del libro di Rovelli si può riassumere con le sue stesse parole: "è possibile e necessario realizzare che la nostra immagine del mondo può essere errata e che possiamo ridisegnarla" (p.176).

Se nell'immagine del mondo comprendiamo, come è giusto, anche la medicina, ci appare chiaro il lungo lavoro scientifico che nei secoli è stato compiuto. L'immagine che noi possediamo sulle cause delle malattie che affliggono l'uomo non è quella di Ippocrate; la nostra immagine sull'anatomia dell'uomo non è quella di Galeno; la nostra immagine sul rapporto medico/paziente non è quella del positivismo ottocentesco e si potrebbe facilmente continuare con le esemplificazioni.

Come in passato siamo riusciti anche a correggere storture ed errori che minacciavano la medicina (p. es. la generazione spontanea o i "sistemi" medici settecenteschi), forse, siamo ancora in tempo, per evitare che la tecnica si sostituisca completamente all'uomo per contrastare il dolore e la sofferenza, senza il timore che con questo la medicina cessi di essere scientifica.

“

Non t'arrabbiare

Se ti capita un inciampo,
non ti devi addolorare;
sorridi a tutto campo,
non c'è altro che puoi fare!

Dagli studi che la scienza ha effettuato,
è stata dimostrata una cosa singolare,
che a quello che più volte s'è arrabbiato,
gli è aumentato il rischio cardio-vascolare.

Non è la prima volta che succede,
a chi ha passato nella vita tante pene
o dopo aver provato un gran dolore,
che più facilmente gli si ammala il cuore.

Da tutto ciò, pè dilla a la romana,
senza stacce a pensà nà settimana,
ne scaturisce la seguente istanza:
a le cose che non vanno non je devi dà importanza;
a ogni cosa bisogna fà buon viso
e conclude tutto con un bel sorriso!
È molto più importante de protegge er core
che dell'altre cose ha certamente più valore!!!

Angelo Lotti

”

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

- *in ricordo di Carlo Pariani:
la Sig.ra Angela Testa di Ferno (VA)*
- *in ricordo di Franco Barbanti di Roma:
la moglie M. Cristina Cedrini e gli amici di sempre*



Foto di Giorgia Magnoni



di Bruno Domenichelli

Il “vizio” di pensare riflessioni in libertà sul “pensiero ozioso”

Confesso. Ho il “vizio” di pensare; di lasciare al mio pensiero l’assoluta libertà di prendere indisturbato qualunque direzione voglia, senza condizionamento alcuno della volontà. Pensieri in libertà, svincolati da ogni direttiva produttivistica o fine utilitaristico. Pensieri che hanno nella solitudine il loro pabulum facilitante, anche se non esclusivo. Mi sento in questo in buona compagnia. Duemila anni fa affermava infatti Seneca: “... isoliamoci, già questo solo fatto ci renderà migliori”. *“Meiores erimus singuli”*. Cerchiamo la contemplazione, fin dalla fanciullezza, - affermava il filosofo - “come propria norma di vita e praticiamola nell’isolamento”. *“Rationem vivendi... exercere secreto”*.

Nei momenti dei “pensieri in libertà” mi piace *assistere*, quasi da furtivo spettatore, al flusso indisturbato e spesso del tutto casuale delle idee che si snoda nella mia mente, come farfalle ubriache su un prato profumato di fiori. Assaporo allora l’esperienza di uno sdoppiamento fra la parte della mia mente che liberamente percorre imprevedibili sentieri e la parte razionalmente cosciente che, come affacciata ad una finestra, osserva da dietro alle persiane i liberi andirivieni del pensiero casuale. Ecologia della mente.

Diverso da questo tipo di pensiero, che ha nella casualità il suo motore ispiratore, è quello che si esprime come meditazione, strutturato e finalizzato, e che nei momenti di grazia culmina nella contemplazione cosciente dell’oggetto della meditazione. Lo stupore di avere esperienza dei contenuti spesso inimmaginabili della propria mente costituisce il comune denominatore del pensiero casuale e della meditazione; li accomuna il sen-

Auguste Rodin. *Il pensatore* (1890-1904).

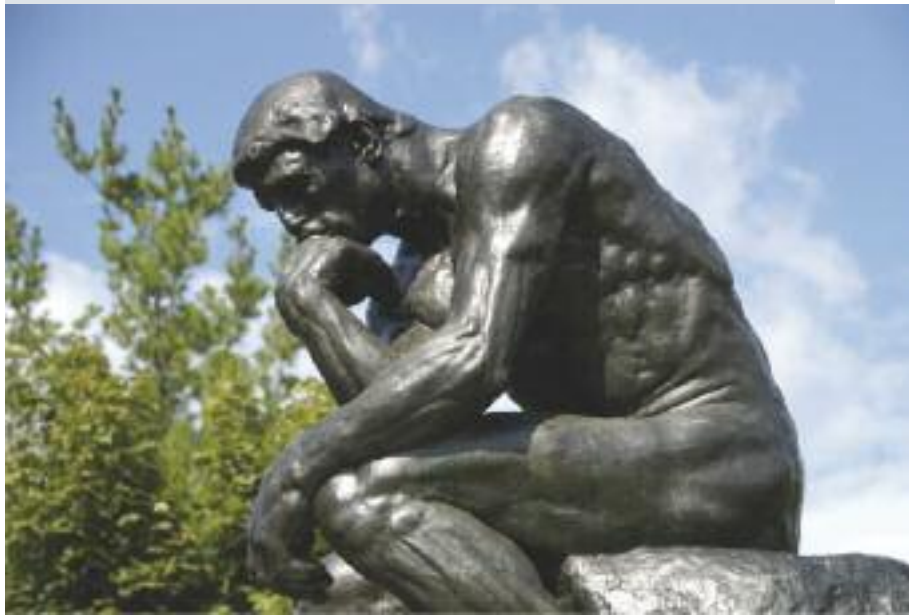
Confesso. Ho il "vizio" di pensare; di lasciare al mio pensiero l'assoluta libertà di prendere indisturbato qualunque direzione voglia, senza condizionamento alcuno della volontà.

timento di meraviglia che si prova al momento della percezione, anche indistinta, dell'insondabile profondità del Sé e dei suoi labili confini con l'*oltre*.

Credo che di questi momenti di casuale "libera uscita" la mia mente mi sia molto grata. Come un cane al quale il padrone slaccia il guinzaglio alla prima uscita del mattino, che manifesta la sua incontenibile felicità scatenandosi in una pazza corsa sui prati.

Confesso di essere molto permissivo nei confronti del desiderio di libertà dei miei pensieri. Può capitarmi nell'anticamera del dentista o viaggiando in metropolitana, con il rischio, in questi casi, di scendere a una fermata sbagliata. O camminando fra la folla, lasciando che il mio immaginario privato si soffermi a caso sui volti delle persone, cercando di ricostruirne la storia. Un immaginario che si alimenta di libertà e del gusto del divertimento interiore, alla faccia dei tanti uomini politici che si dannano l'anima nell'ansia di come riuscire a "restare soli al comando". I dittatori temono chi pensa in solitudine, perché il pensiero di uno potrà diventare domani il grido delle barricate.

Ho il vizio di pensare anche nel-



le sale di aspetto delle stazioni, incurante del grigiore anonimo e polveroso dell'ambiente e del sentore di diesel vaporizzato che penetra subdolamente nei polmoni e che qualcuno si ostina a chiamare delicatamente "polveri sottili". Il pensiero, allora, vi potrà costruire personali giardini profumati di primavera. Il rischio è però quello di perdere il treno, inseguendo profumi di mimose in fiore.

Confesso, ho il vizio di pensare persino di fronte allo schermo acceso di un televisore, dove si succedono senza soluzione di continuo esplosioni e spari che uccidono indifferentemente buoni e cattivi. È il motivo per cui spesso mi sfugge la trama e

alla fine mi trovo a patteggiare per i cattivi.

Ma il finestrino di un treno in corsa nella campagna è il luogo ideale per godere delle libere acrobazie del pensiero in libertà. Confesso. Ho il vizio di pensare anche camminando fra i banchi del supermercato, vagando sottobraccio con il mio amico Paul, nei giardini verdissimi di una delle sue isole, insieme a polinesiane lussureggianti dai seni scoperti, e nelle mani la generosa offerta di fiori di mango ricchi di promesse. Anche se so che, come al solito, dimenticherò di comprare le bustine di vaniglia o la marmellata di arance amare urgentemente necessarie per



Paul Gauguin. **Fanciulle tahitiane con fiori di mango** (1899)

Abitatrici inconsapevoli del mio immaginario, le fanciulle di Gauguin incarnano, nell'ozio dei miei pensieri, una vitalità primordiale capace di rasserenare e rivitalizzare il mio spirito.

confezionare la torta di compleanno.

Chiedo quindi perdono al mondo se, nella concentrazione della mente, incorro talora in queste imperdonabili dimenticanze. Ma anche la felicità che scopriamo in un "ozioso" fantasticare ha il suo inestimabile valore! E fa bene alla salute!

Mi piace indugiare col pensiero nei momenti ipnagogici che precedono il sonno, assistendo, da incredulo spettatore, al fluire imprevedibile delle associazioni di idee che si succedono con la freschezza di cascate di montagna e che si inseguono giocando a nascondino fra le sinapsi della mente. Idee e immagini che ci insegnano a costruire cattedrali in cui il pensiero è anche preghiera, nelle quali potrai forse trovare rifugio in ogni momento della vita. Spazi sacri e inviolabili nella mente. "In principio era il Verbo".

Il vizio di pensare, nelle sale d'aspetto delle stazioni o fra il brusio della folla, è il migliore antidoto contro un'avvilente omologazione dell'essere in agguato nel quotidiano ed apre le porte alla felicità, come fare l'amore su un prato di primavera.

Credo che questa attitudine a una forma di pensiero che non tenga solamente conto delle necessità produttive o delle pressioni più o meno occulte di un "Capo", possa essere etichettata come "pensiero ozioso", in tutte le accezioni positive del termine, e nel quale gli antichi Romani erano maestri insuperati. Dostoevskij afferma che: *"La bellezza salverà il mondo"*. Credo che in questa impresa, il

Il pugile in riposo, attribuito a Lisippo.
IV-II sec. a.C.

“Perché nel pensiero troviamo la forza per sostenere l’azione.”

“pensiero ozioso” le sarà di valido aiuto.

Perché ci aiuta a scoprire, spesso casualmente, con l’efficacia del “pensiero laterale”, i nessi fondamentali fra concetti solo apparentemente eterogenei. Molte invenzioni sono maturate per caso, nei momenti tranquilli della riflessione.

Un’eccessiva astrazione dall’ambiente può peraltro generare qualche inconveniente. Raccontano che un giorno, profondamente immerso nei suoi pensieri, nell’autobus che lo riportava a casa, Einstein, rivolgendosi alla bambina seduta accanto a lui, le chiese soprappensiero se anche lei sarebbe scesa alla sua stessa fermata. E la nipotina, un po’ sorpresa, non poté che rispondergli: “Sì, nonno”.

Come una medicina salva-vita, se assunto alle giuste dosi e stando attenti agli effetti collaterali, il pensiero ozioso, è fonte preziosa di salute e di autocoscienza. Perché ci aiuta a cogliere le infinite sfumature dei sentimenti e a riconoscere i confini dei nostri limiti.

Perché nel pensiero troviamo la forza per sostenere l’azione.

Perché ci addita la giusta via per



uscire dai quotidiani labirinti.

Il “pensiero ozioso” è allora apportatore di benessere e di salute; purché non ci lasciamo irretire dal deleterio condizionamento culturale che afferma che *“l’ozio è il padre dei vizi”*. Il “pensiero ozioso” è come un *“rifugio segreto sepolto dentro di noi, dove l’anima non avverte peccato se consuma i suoi giorni nell’attesa di traghetti da improbabili orienti o immaginando, al di là del mare, solitarie torri saracene o lontanissime Venezie dalle cupole d’oro. Avventure di arcobaleni sognati in cui l’anima respira”*.

Il “pensiero ozioso” si fa così strumento privilegiato di ecologia della mente. Perché ci propone salvifiche compensazioni agli inevitabili coinvolgimenti nel dolore del mondo, prato erboso dove la mente riposa e la fatica di vivere si stempera.

Affinché, giunti all’estremità di un molo sul mare, quando il crepuscolo incombe, ci aiuti a scorgere barbagli di *orienti* altrimenti invisibili al di là dell’orizzonte.

“

Tutte coincidenze? Due presidenti e un solo destino

I destini di due tra i più celebri presidenti degli Stati Uniti, Abraham Lincoln e John F. Kennedy, sembrano legati in maniera insolita e indissolubile, con cento anni di intervallo, tanto da sembrare destini “a specchio”. Riporto senza commenti le coincidenze riscontrabili nella vita dei due presidenti, che nella vita politica furono entrambi impegnati a difendere i diritti civili della popolazione di colore: nei confronti della schiavitù (Lincoln) e dei diritti civili (Kennedy). Abraham Lincoln fu eletto al congresso nel 1846; John F. Kennedy nel 1946. Lincoln fu eletto presidente nel 1860, Kennedy nel 1960. Le mogli di entrambi persero i figli quando ancora risiedevano alla Casa Bianca. La segretaria di Lincoln si chiamava di cognome Kennedy, quella di Kennedy si chiamava Lincoln. Entrambi furono assassinati di venerdì, con una pallottola alla testa. Accanto a loro c'erano in quel momento le mogli, che rimasero illese. Tutti e due furono assassinati da persone del Sud ed entrambi furono rimpiazzati da uomini del Sud con cognome Johnson. Andrew Johnson, che sostituì Lincoln, era nato nel 1808; Lyndon Johnson, che sostituì Kennedy, era nato nel 1908.



P.G.

”

La palla di Tiche



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.

“Conosci il paese dove fioriscono i limoni?” Goethe in Italia

di Paola Giovetti



Due secoli fa, nel 1816, usciva *Viaggio in Italia* di J. W. Goethe, un libro che ha insegnato ad amare l'Italia a legioni di tedeschi, e non solo. Il viaggio per la verità risaliva a trent'anni prima (1786-88) e Goethe scrisse il libro sulla base dei suoi diari e delle lettere indirizzate agli amici nei due anni che aveva trascorso nel Belpaese. Un viaggio che segnò una svolta determinante nella sua vita, modificò in maniera definitiva il suo modo di vedere, sentire, comunicare e fece di lui il poeta classico che tutti conosciamo.

Quando Goethe venne in Italia aveva 37 anni, aveva cioè superato da un pezzo l'età in cui i giovani delle famiglie altolocate europee compivano il loro *Grand Tour* per fare espe-





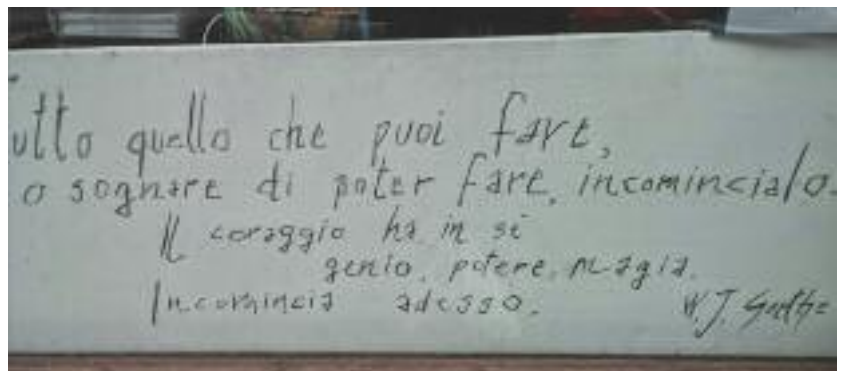
Un particolare della statua a Goethe e Schiller, i due Grandi di Weimar, di fronte al teatro

rienza e conoscere il mondo. Come mai venne in Italia? Per spiegarlo è opportuno ripercorrere, sia pur molto velocemente, le sue vicende di vita. Egli nacque nel 1749 a Francoforte sul Meno da una famiglia dell'alta borghesia; ricevette un'educazione accurata e ben presto rivelò di avere doti di poeta. L'attrazione per l'Italia nacque in famiglia: il padre aveva compiuto appunto in Italia il suo *Grand Tour*, ne parlava spessissimo, aveva addirittura scritto in italiano un diario di viaggio e teneva in casa numerose stampe di Roma che avevano suscitato l'interesse del figlio.

Goethe studiò legge a Lipsia e a Strasburgo e intraprese senza alcun entusiasmo la carriera di avvocato, spinto dal padre che sognava per lui un ruolo di

primo piano, sia professionale che politico, nella città natale. Nulla di tutto questo: a 25 anni Goethe infatti scrisse *I dolori del giovane Werther*, un libro che si basa su una vicenda autobiografica (l'amore per una fanciulla già fidanzata) e sul suicidio per amore di un conoscente, che ebbe un successo straordinario e rese Goethe da un giorno all'altro lo scrittore più famoso della Germania. Come conseguenza fu invitato

dal giovanissimo duca Carl August di Sassonia-Weimar a raggiungerlo nella sua città e a divenire suo maestro e amico. Carl August aveva 18 anni, aveva appena preso le redini del governo fino a quel momento tenute dalla madre Anna Amalia (il padre era morto quando lui aveva un anno) e aveva grandi progetti per il suo ducato, piccolo ma con un grandissimo interesse per la cultura. A Weimar viveva già da anni come precettore dei principi il poeta Christoph Martin Wieland, illuminista, scrittore fecondo e traduttore dei classici; in seguito Goethe fece invitare come sovrintendente generale (cioè responsabile della vita religiosa e scolastica) e predicatore della chiesa ducale l'amico G. Herder, teologo e letterato di grande fama, facendo così di Weimar, dove nel frattempo si era stabilito anche il dramma-



turgo e storico Friedrich Schiller, la capitale tedesca della cultura. A Weimar Goethe rivestì ruoli di primaria importanza: ministro e consigliere segreto del duca, responsabile delle miniere, della viabilità, dell'esercito e delle finanze, curatore del teatro e delle biblioteche, ideatore del grande parco alle spalle del palazzo ducale, tuttora il polmone verde di Weimar, nonché di feste e spettacoli per la corte; amico di Carl August e suo compagno di allegre avventure e scorribande. A Weimar Goethe si innamorò perdutamente della signora Charlotte von Stein, dama di corte, sposata e madre di vari figli, più grande di lui di sette anni, che pur ricambiando il suo amore mantenne il rapporto, stando ad accenni di Goethe stesso, nei limiti dell'amicizia. Furono anni intensi e operosissimi, ricchi di soddisfazioni e realizzazioni concrete; sulla lunga però la situazione si rivelò logorante, sia per il rapporto impossibile con la signora von Stein sia soprattutto per il blocco della creatività in quanto le attività di governo non lasciavano a Goethe il tempo e il raccoglimento necessario per scrivere. Si arriva così al viaggio in Ita-



lia, intrapreso a 37 anni: una vera e propria fuga. Goethe infatti partì di nascosto, senza rivelare a nessuno la meta di quel viaggio che sarebbe durato quasi due anni. Un periodo che Goethe definì "il più felice della mia vita", che gli fece ritrovare se stesso e lo aiutò a ritornare poeta. Dell'Italia vide e sperimentò tutto: natura, paesaggi, geologia, monti, mari, vulcani, coltivazioni, orti botanici, strade,

arte, edifici, antichità, pinacoteche, teatri, cibo, popolazione. Per gli italiani ebbe grande simpatia, pur vedendone con lucidità i difetti, e ne ha lasciato piacevolissime descrizioni. Di certi usi e costumi, come per esempio il carnevale di Roma, senza di lui sapremmo molto meno. Amò moltissimo Verona, Venezia, Padova, Napoli, Palermo, ma soprattutto amò Roma, dove visse la maggior parte del tempo trascorso in Italia. Ciò che maggiormente lo attirava erano le antichità classiche, le opere d'arte; ma anche l'atmosfera, la cordialità della gente, il paesaggio, il clima. A Roma visse in incognito, per non dover perder tempo a frequentare l'alta società, cosa che avrebbe dovuto fare se si fosse saputo che quel turista tedesco era il celebre autore del *Werther* nonché ministro del duca di Weimar, dedicandosi alle visite culturali, allo studio, alle passeggiate, alla scrittura delle sue opere. Amava frequentare indisturbato le locande romane e la gente del popolo, con cui si intendeva bene perché fin da ragazzo conosceva l'italiano. Solo pochissime persone, per lo più artisti tedeschi residenti a Roma, sapevano chi era. A Roma Goethe

fece anche esperienza di un amore autentico: una giovane vedova di 23 anni, di condizione modesta, che certamente lo amò e che lui amò: ne fa testimonianza il suo scrivere di aver pianto come un bambino nei quindici giorni precedenti la sua partenza da Roma. Dolore per lasciare l'Italia e la sua arte, ma anche per dover dire addio a Faustina.

teca, scuola di disegno da lui creata, Università di Jena che faceva parte del ducato, orto botanico) lasciando le altre. Si dedicò intensamente anche agli studi scientifici e pubblicò opere importanti come *La teoria dei colori* e *La metamorfosi delle piante*, che in un certo senso anticipa Darwin.

La situazione cambiò anche a livello affettivo, perché la rela-

quasi trent'anni, prima come compagna e poi come moglie. Da lei Goethe ebbe il figlio August e poi altri quattro bambini che purtroppo morirono tutti pochi giorni dopo la nascita: forse per incompatibilità tra padre e madre, problema per il quale a quel tempo non c'era nulla da fare. Come sempre nei momenti difficili, Goethe trovò conforto nel lavoro.

Tra i fatti più importanti da segnalare: la partecipazione insieme al duca, che era generale dell'esercito prussiano, alle battaglie contro la Francia rivoluzionaria (non come militare, ma come consigliere e amico), l'incontro con Napoleone del quale Goethe fu sempre grande ammiratore e la grande amicizia con Friedrich Schiller, un unicum nella storia della letteratura.

Nascono in questi anni le grandi opere di Goethe: *Elegie romane*, ricordo dell'amore per Faustina e insieme felicità per la raggiunta intesa sentimentale con Christiane, *Le affinità elettive*, straordinario romanzo la cui comprensione non fu immediata, *Guglielmo Meister*, romanzo di formazione che è stato poi modello per tanti altri, l'idillio *Ermanno e Dorotea*, il cui successo fu pari a quello del *Werther*, l'autobiografia *Poesia e Verità*



Cimitero acattolico di Roma

Al ritorno a Weimar tutto cambiò: il duca venne incontro a ogni suo desiderio, così che Goethe da quel momento si occupò intensamente delle istituzioni culturali (teatro, biblio-

zione con la signora von Stein si interruppe definitivamente quando, un mese dopo il ritorno, Goethe incontrò una giovane donna del popolo, Christiane Vulpius, che visse poi con lui

che racconta i primi 25 anni di vita del poeta, fino alla partenza per Weimar, il *Faust* la cui redazione lo accompagnò per tutta la vita: la seconda parte fu conclusa un mese appena prima di morire. E tantissime poesie: Goethe fu un lirico insuperato. Non mancarono i dolori, primo fra tutti la morte di Christiane ad appena 50 anni. Ma altri amori attendevano il poeta: quello per Marianne Willemer, alla quale dedicò il *Divano Orientale-Occidentale*, poesie in stile orientale (alcune delle quali scritte da lei, che era geniale poetessa), e l'ultimo grande amore a 74 anni per la diciannovenne Ulrike Levetzow, che chiese in matrimonio e dalla quale fu rifiutato. Nella splendida *Elegia di Marienbad*, che Goethe scrisse durante il viaggio di ritorno da Marienbad a casa, si riflette la sofferenza per l'amore deluso e per il senso del tempo che inesorabilmente passa. Ulrike morì a 95 anni, senza

essersi mai sposata.

Restavano a Goethe ancora quasi dieci anni da vivere, e furono anni intensi da ogni punto di vista. Il figlio August si sposò ed ebbe tre figli, due maschi e una femmina. Goethe così divenne nonno e a quanto risulta fu un nonno attento e affettuoso. La sua casa era costantemente meta di visitatori che da ogni parte d'Europa volevano conoscerlo; e lui riceveva letterati, musicisti, politici, pensatori. Una vera e propria corte che rendeva omaggio al suo re.

Un grande dolore nell'ultimo anno di vita: il figlio August, non certo dotato come il padre e molto infelice nel matrimonio, cadde in depressione e si abbandonò al bere. Per risollevarsi affrontò anche lui, come il padre e il nonno, il viaggio in Italia e morì improvvisamente a Roma: aveva 40 anni e fu sepolto nel cimitero degli acattolici accanto alla piramide di

Cestio. Un luogo che Goethe aveva molto amato durante il suo soggiorno romano e nel quale si era augurato di poter un giorno riposare. Una delle tante previsioni del poeta, che fu certamente un sensitivo: nella sua vita sono infatti numerosi gli episodi di veggenza e telepatia, di cui Goethe stesso parla senza problemi.

La morte colse Goethe nel marzo 1832: ad agosto avrebbe compiuto 83 anni. Prima un raffreddore, poi una polmonite da cui si sviluppò un infarto. Questa almeno la diagnosi che fu fatta allora.

I nipoti Walther e Wolfgang, che non si sposarono e non ebbero eredi, alla loro morte lasciarono il palazzo dove Goethe era vissuto e tutto quanto esso conteneva (libri, quadri, arredi, collezioni di monete e minerali, un tesoro straordinario) al ducato di Weimar, che ha curato e custodito il tutto in maniera encomiabile.

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

- *in ricordo del collega Daniele Gulinelli:
il Sig. Luciano Scavuzzo*



Foto di Giorgia Magnoni

LA VIGNETTA DI CIP



di Giovanni Ciprotti

RENZI E' FURIBONDO
CON IL GOVERNO DEL
CAIRO PER IL CASO
REGENI



HA RAGIONE.
DOPO QUELLO CHE ABBIAMO
FATTO PER LA NIPOTE DI
MUBARAK QUALCHE ANNO FA ...



G. Ciprotti
10/10/2016



di Angelo Mingrone

C'era una volta lo scompenso (e c'è ancora)

Il turno di mattina, quella mattina, nel reparto di cardiologia sembrava avviarsi alla sua naturale conclusione senza grossi problemi: attività di reparto e ambulatoriale svolta in maniera incessante ma ordinata e senza patemi, a cominciare dalle nove di mattina sin quasi alle quattordici. I timori del personale sanitario medico di dover prestare la propria opera di consulenza al Pronto Soccorso sembravano ormai sfumare: e sì che il turno di guardia al Pronto Soccorso era coperto da quella collega pignola e fastidiosa che chiedeva consulenze per ogni nonnulla, anche per problemi medici non sempre di natura strettamente cardiologica. Sembrava ormai certo che l'infermiere malizioso e impiccione per una volta avrebbe perso la scommessa: e cioè che al personale medico anche quella mattina come altre in passato sarebbe stata chiesta la classica consulenza delle due meno cinque.

Ma Ecco, alle 13.55, il telefono del reparto squilla, e il personale risponde: certo dottoressa, subito dottoressa, riferisco immediatamente: “un cardiologo urgentemente in Pronto Soccorso” .

Il cardiologo del reparto, cui tocca intervenire, si rende immediatamente conto che la richiesta urgente è stavolta ben motivata: si tratta di soccorrere una signora anziana ultraottantenne affetta da una gravissima forma di edema polmonare acuto (EPA).



La paziente era stata sottoposta in mattinata, in un ospedale vicino, ad un intervento di cataratta all'occhio destro, intervento effettuato in regime di Day Hospital, era quindi stata dimessa alcune ore più tardi in condizioni cliniche apparentemente stabili, ed autorizzata a ritornare a casa in macchina in compagnia dei propri familiari. Sembrava che tutto fosse andato per il verso giusto, ma a circa 5 km dal nostro Ospedale (allora in via di smantellamento, e oggi trasformato tragicamente in CAPT - Centro di Assistenza Primaria Territoriale), la paziente comincia a sentirsi poco bene, il respiro diventa sempre più difficoltoso, l'affanno e la mancanza d'aria sempre più gravi al punto tale da preoccupare seriamente i familiari e convincerli a condurre la pa-

ziente presso il Pronto Soccorso del nostro ospedale per essere soccorsa.

Il Cardiologo dimentica i programmi del pomeriggio e cerca immediatamente di far fronte alla grave emergenza: e pur avendo trattato tanti altri casi altrettanto gravi di questa forma di insufficienza cardiaca, si rende immediatamente conto di trovarsi di fronte ad uno di quelli più problematici.

Gli infermieri sono bravi ed addestrati, lavorano come un solo uomo, non c'è quasi bisogno di parlare perché intendano, basta un solo cenno perché essi facciano ciò che il cardiologo dispone.

Ma quella volta qualcosa sembra non funzionare, la paziente continua ad essere gravemente dispnoica, e la terapia data a dosi pieni con i farmaci previsti dal protocollo e dalle li-

nee guida, sembra non dare alcun risultato.

Non facilitano certamente il compito i familiari i quali, nonostante gli inviti ripetuti, entrano in continuazione nella stanza dove si cura la paziente a chiederci come va, a ricordarci che il genero della paziente è un giudice e che la nipote è una dottoressa....

Poi la svolta. La paziente comincia ad urinare, l'ansia, l'agitazione, la dispnea e la mancanza di fiato migliorano progressivamente, pressione arteriosa e frequenza cardiaca rientrano in intervalli accettabili. E dopo diverse ore di trattamento intenso e continuato si può ritenere fuori pericolo.

Cambia anche l'atteggiamento dei familiari, che da scettico e perplessico diventa meravigliato e riconoscente, al punto da far dire loro che faranno di tutto per raccontare l'esito felice di questa brutta esperienza e dire della bravura di medici e infermieri che, pur dotati di mezzi limitati, sono riusciti ad operare quasi un miracolo.

Ogni cardiologo che opera in contesti ospedalieri potrebbe raccontare di tanti episodi simili realmente vissuti (come reale è quello sopra raccontato), di come in più circostanze si sia



adoperato per non perdere neanche un paziente e potrebbe raccontare di come le forme più preoccupanti di edema polmonare acuto fossero molto più frequenti in passato rispetto ad oggi, perché disponendo di farmaci, utilizzati in prevenzione, assai più efficaci, raramente ci si trova di fronte a casi di eccezionale gravità.

Nei ricordi di un mio collega, per esempio, rientra l'esperienza, anche stavolta a lieto fine, di un paziente ricoverato all'una di notte per una grave forma di insufficienza cardiaca acuta. Anche in quel caso la terapia medica sembrava non dare alcun risultato, poi l'intuizione di praticare (la prima ed unica volta nella sua carriera) un salasso al paziente, grazie all'importantissimo intervento di un bravo infermiere mancino che riesce, lui solo, ad incannulare una vena adeguata al tipo di prelievo, e a mettere in atto un gesto medico risolutivo: come per incanto il paziente comincia a star meglio, e dove non sono bastati diuretici e vasodilatatori a iosa, il semplice prelievo di una quantità modesta di sangue si rivela risolutivo della grave emergenza medica.

Ma le "stranezze" dello scom-



penso acuto e cronico non finiscono qui. Ogni cardiologo curioso e attento, ha verificato, nel corso dello svolgimento della sua professione, come non sempre i dati riportati dalla letteratura sulla terapia e sulla prognosi si adattino al singolo caso. In più di un congresso cardiologico, mi è capitato di vedere sollevarsi il ditino di qualche collega, che chiedeva a dottori e professori qualificati di cardiologia, come spiegassero il fatto che pazienti con cuori estremamente dilatati e con funzione sistolica davvero assai compromessa, sopravvivevano per anni e anni a dispetto di ogni previsione prognostica. Le risposte erano inevitabilmente interlocutorie.

E altri interrogativi pone a mio avviso, la diversa risposta al trattamento diuretico, di sog-

getti affetti da EPA. Può capitare che (quando ovviamente ne sussistono le indicazioni) un paziente trattato efficacemente, in un'occasione precedente, non risponda stavolta al diuretico neanche se praticato in dosi più elevate, senza che esista un'apparente spiegazione, e senza che una spiegazione condivisibile sia rintracciabile in testi e linee guida.

Lo scompenso cardiaco è una sindrome clinica che, come ogni collega sa, rappresenta la via finale cui giungono diverse patologie: nella forma acuta rappresenta una delle più importanti emergenze mediche, mette a rischio la vita del paziente soprattutto nei casi in cui egli presenti gravi cardiopatie, come esiti di un importante infarto cardiaco, gravi valvulopatie, ma anche se il paziente



non assume regolarmente i farmaci prescritti e si concede abusi alimentari o eccede nell'assunzione dell'alcool.

Oggi, per fortuna, grazie alla disponibilità in prevenzione di ottimi farmaci la maggior parte delle forme di EPA, come detto, non presentano le caratteristiche di gravità di quelle di un tempo e molto spesso possono essere facilmente risolte in ambiente di Pronto Soccorso.

Ma alcuni pazienti devono essere per forza di cosa ricoverati: essi sono affetti da patologie devastanti, tali per cui anche più volte all'anno sono costretti a entrare in ospedale. In questi casi, purtroppo, non bastano i farmaci moderni o l'assunzione di corrette regole di stile di vita e di alimentazione ad evitare il ricattizzarsi della patologia scompenso: la degenza ospedaliera diventa necessaria davanti a certi quadri clinici.

Anche se attualmente nel nostro ex ospedale non esiste più una degenza cardiologica, ricordiamo ancora molti di questi casi drammatici che eravamo chiamati ad affrontare, assai spesso in piena notte, e con pochi mezzi a disposizione.

E ci capita di vedere ancora ambulatoriamente dei vecchi pazienti, non infrequentemente all'indomani di un recente ricovero per scompenso cardiaco, che, per una sorta di legame affettivo oltre che professionale,

si affidano alle nostre cure per prevenire successive instabilizzazioni della loro patologia. Dato che lo scompenso cardiaco per vari motivi è una patologia in costante aumento, tant'è che si parla di epidemia (si calcola che in Italia colpisca un milione di persone e in Europa circa 14, stavolta non c'entra l'euro, o forse sì) abbiamo deciso anche noi di creare presso l'ambulatorio della Cardiologia di Cariati, come in altri centri cardiologici regionali e nazionali, un ambulatorio dedicato appositamente ai pazienti affetti da gravi forme di scompenso cardiaco.

Con il nostro impegno non abbiamo di certo la pretesa di influenzare il destino della Grecia o dell'Euro, né di creare milioni di posti di lavoro, ma almeno cerchiamo di stare più vicino possibile ai nostri pazienti.



“

Rischio biunivoco, o meglio due piccioni con una fava

Non vorrei fare il guastafeste ora che molti hanno capito l'influenza negativa sul cuore e su altri distretti circolatori dei cosiddetti fattori di rischio, di cui ricordiamo i principali: diabete, ipertensione, fumo, colesterolo e obesità, e che molti, con maggiore o minore riluttanza, si stanno già impegnando a correggerli. Non posso però non menzionare, su questa nostra rivista educativa, i risultati di alcuni solerti ricercatori dell'Università del Minnesota, i quali hanno riscontrato che quegli stessi fattori sono di rischio anche per varie forme di cancro. E prima di beccarmi l'epiteto di menagramo faccio subito rilevare che la notizia la dobbiamo vedere nel bicchiere mezzo pieno, ossia molto buona, perché ci consente, correggendo quei fattori, di ottenere due piccioni con una fava, ridurre sia le malattie cardiovascolari che i tumori. Da quello studio, pubblicato su *Circulation* di marzo 2016, si constata che il diabete è anche un facilitatore dei tumori del fegato, dell'utero e del colon-retto; l'ipertensione aumenta l'incidenza di quelli del fegato e del rene; il fumo ha una più vasta azione facilitando le neoplasie polmonare, gastrointestinale, del laringe-faringe, della bocca, dell'utero e del pancreas; l'obesità aumenta il rischio per l'esofago, il rene e la cistifellea. Quanto al colesterolo invece non ci sono dati convincenti se non per il tumore della mammella, mentre alcuni hanno osservato che l'aumento del colesterolo LDL, il "cattivo", avrebbe addirittura un certo effetto protettivo su altri tipi di neoplasia.



Per restare sui problemi relativi alla dieta ricordo che alcuni studi hanno segnalato una certa correlazione fra le carni rosse, ma anche la troppa carne in genere, e il cancro colon-rettale, che è invece prevenuto, insieme a quello dell'esofago, dell'oro-faringe e dello stomaco, da una dieta ricca di fibre vegetali e di frutta. L'aglio, che nella campagna veneta veniva così ampiamente consigliato contro la pressione alta da sentirne il puzzo fin nelle sale d'aspetto dei medici condotti, sarebbe protettivo anche nel tumore colon-rettale. In altri contesti si consiglia invece di stare lontani dal

pesce cucinato alla cantonese, ossia salato, che, così come il troppo sale in genere, facilita le neoplasie delle prime vie digerenti e dell'utero. Le vitamine poi, tanto decantate e sperimentate, nonché i famosi antiossidanti, non avrebbero alcuna azione preventiva né sulle malattie cardiovascolari né sui tumori.

L'alcol, che da millenni è sempre molto ricercato anche come sposo di tante vivande, fa parte delle sostanze benefiche, ma in quantità moderate. Gli eccessi facilitano sia le cardiopatie e l'ictus che i tumori delle vie digerenti e della mammella. L'attività fisica invece previene tanto le malattie cardiovascolari che le tumorali. Insomma non c'è abitudine dell'uomo, e della donna, che non sia stata sondata dai pignoli della ricerca. Perfino il *matè*, l'innocente infuso a base di erbe, abituale sorbetto del Portogallo e del Sud-America, esibito in TV anche da Papa Francesco, è stato oggetto di controversia: *vox populi* lo assicura benefico per tutto, ma alcuni lo sospettano per il cancro dell'esofago. Forse, come diceva un mio maestro che non comprendeva le sofisticherie che noi giovani neofiti leggevamo nell'elettrocardiogramma, stiamo dividendo il capello in quattro, e stiamo perdendo la trebisonda dell'arte medica. Forse è meglio restare ancorati ai fattori di rischio principali e farci guidare da loro nel prevenire le ricadute sul cuore e sull'impazzimento delle cellule.

Eligio Piccolo

”



di Cesare Zaccaria

Allarme Smog: sfoghi emotivi contro proposte concrete

Tra i tanti record negativi che ci affliggono, quello dello smog è causa di migliaia di morti. Milano, il suo hinterland e in genere le nostre città, sono ammorbrate da un'aria talmente irrespirabile che non ha confronti in tutta Europa. Ciò ha indotto la UE, Unione Europea, a comminarci le previste sanzioni. In merito a questo grave problema, tutti, cittadini e uomini delle istituzioni, si esibiscono in sfoghi emotivi ma con poche proposte concrete. In primis conoscere il problema. Il blocco della circolazione non lo risolve ma crea grave intralcio al sacrosanto diritto alla mobilità delle persone e delle merci.

Gli inquinanti peggiori, sono le polveri sottili, Pm10, che si depositano sul piano stradale e da lì sollevate dal vento, entrano nei polmoni causando patologie respiratorie e tumori. Nel passato, in Italia, durante il deprecato ventennio fascista, le autobotti della nettezza urbana, periodicamente, lavavano le

strade con abbondante acqua, cosa tutt'altro che deprecabile e gli spazzini con le pompe lavavano i marciapiedi, cosa che ancora oggi si fa a Parigi e si dovrebbe fare anche da noi nelle ore notturne. Per quanto riguarda



i veicoli, i più inquinanti sono i diesel che andrebbero aboliti a favore delle vetture ibride che consumano e inquinano poco. A ciò si aggiunge che il nostro parco veicoli è vetusto e inquinante e molti ignorano ogni revisione.

Comunque, la maggiore percentuale degli inquinanti è prodotta dai termosifoni degli immobili, abitazioni, uffici e attività commerciali durante l'inverno e apparecchiature per il condizionamento in estate. Oggi le leggi in vigore impongono per gli edifici la classificazione energetica. Tale classificazione è articolata in sette categorie, dalla A alla G, in base al consumo di gasolio per mq annuo necessario per il condizionamento. Gli immobili in classe A richiedono 1,5 litri di gasolio annui, quelli di classe G ben 16 litri di gasolio! Un immobile in classe energetica G consuma per la climatizzazione, una quantità di energia sufficiente per undici immobili in classe A! Ebbene, la quasi totalità degli edifici del nostro Paese risultano in classe G, la peggiore! I condomini, le villette, gli im-



mobili di ogni uso e destinazione, potrebbero sfruttare le agevolazioni statali per ristrutturare gli edifici con il cappotto termico e gli infissi con vetro camera.

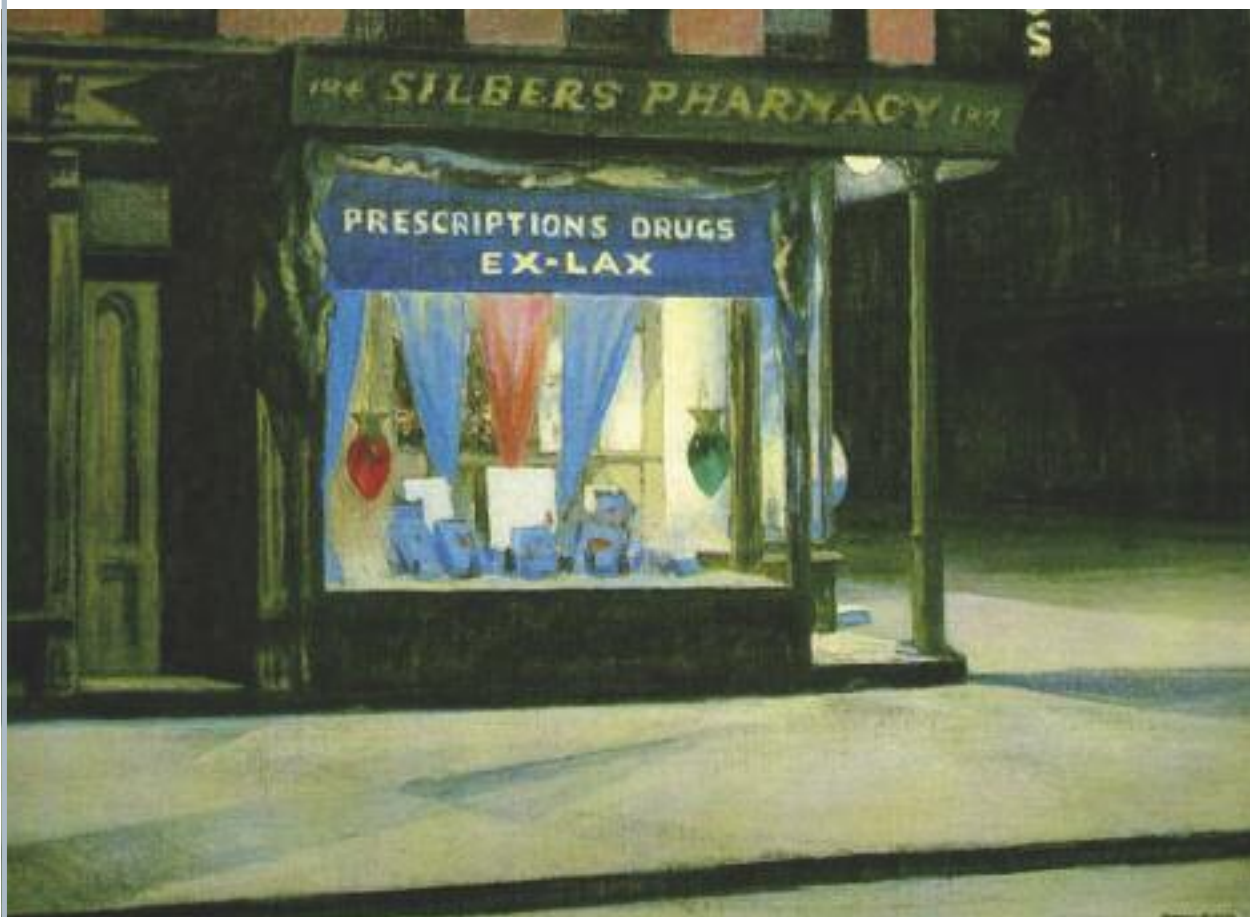
Quanto alla mobilità urbana, si dovrebbero costruire parcheggi multipiano per togliere dalle strade le vetture in sosta permanente, obbligare le abitazioni di nuova costruzione a dotare ogni appartamento di almeno due posti macchina interni in modo da non ostacolare la circolazione dei mezzi pubblici. Dove possibile ripristinare i filobus, silenziosi e non inquinanti o i tram e ovviamente linee metropolitane.

In passato, una politica fiscale scellerata ha gravato di imposte di ogni tipo l'automobile, con un costo di carburanti e assicurazione senza confronti altrove. Ha sprecato risorse per sottopassaggi pedonali inutili, non ha creato parcheggi, ha distrutto un patrimonio di gloriosi marchi dell'automobile che tutto il mondo ci invidiava con il risultato paradossale che oggi siamo il Paese con la più elevata percentuale di veicoli, vetture, scooter, motocicli, la cui gestione costituisce una sorta di tassazione surrettizia che si aggiunge alla tassazione ordinaria già di per sé colpevole della stagnazione della nostra economia.

Che facciamo, continuiamo così con la politica contro e condanniamo i cittadini agli arresti domiciliari? A giudicare dai proclami dei politici questo sembra l'andazzo a cui siamo abituati.

di Filippo Stazi

Quadri e Salute



Farmacia (Drug Store), *Edward Hopper*

Farmacia (Drug Store) è un olio su tela di 101,92 x 73,66 cm, dipinto nel 1927 dal celebre pittore americano Edward Hopper. Nato nel 1882 a Nyack, piccola cittadina sul fiume Hudson, nel sud-est dello stato di New York, Hopper dal 1900 al 1906 frequentò la *New York School of Art*. Dopo il conseguimento del diploma e il primo impiego da illustratore pubblicitario alla C. Phillips & Company, Edward intraprese, nel 1906, il suo primo viaggio in Europa, visitando Parigi, dove fu affascinato dalla pittura impressionista e dai poeti simbolisti, e poi, nel 1907, Londra, Berlino e Bruxelles. Tornato nel 1910 negli Stati Uniti Hopper abbandonò le nostalgie europee ed iniziò ad elaborare soggetti legati alla vita di tutti i giorni, soprattutto immagini urbane di New York e le coste del vicino New England, quest'ultime specie dopo il 1934, anno in cui il pittore acquistò una casa a Truro, nella penisola di Cape Cod, dove trascorse regolarmente i mesi estivi. In attesa di affermarsi come pittore Edward Hopper lavorò nel mondo delle

illustrazioni pubblicitarie che gli assicurarono una certa stabilità economica e, tra il 1915 e il 1923, si dedicò anche all'incisione, eseguendo puntesecche e acqueforti. Il successo arrivò nel 1924 quando alcuni suoi acquerelli furono esposti a Gloucester nella galleria di Frank Rehn. Hopper morì a 85 anni, il 15 maggio 1967, nel suo studio nel centro di New York.

Hopper utilizzò composizioni e tagli fotografici simili a quelli degli impressionisti ma rielaborati in uno stile personalissimo a sua volta fonte d'ispirazione per cineasti e fotografi. La pittura di Hopper trova in genere ambientazione in strade urbane, interni di case, di uffici, di teatri e di locali. Le immagini, pur caratterizzate da colori accesi, non trasmettono vivacità ma un senso di inquietudine. La scena è spesso deserta, dominata dal silenzio; raramente vi è più di una figura umana, e quando succede è evidente l'estraneità e l'incomunicabilità tra i soggetti i cui sguardi si rivolgono in genere verso qualcosa che lo spettatore non vede.

Il dipinto *Farmacia* è un tipico paesaggio urbano di Hopper, carico di silenzio e di solitudine. Allo spettatore viene offerta la visione di un marciapiede e di una vetrina di una farmacia che vende "*Prescriptions drug*", ossia medicine con obbligo di ricetta. La luce artificiale proveniente dalla farmacia illumina la strada e rende appena visibili gli edifici sullo sfondo. La vivacità dei colori della vetrina contrasta con l'atmosfera notturna e minacciosa della strada deserta. Nella vetrina spicca, con sottile umorismo, il nome di un prodotto specifico, "*Ex-lax*", un lassativo all'epoca assai diffuso, che viene esposto con grande risalto, tra teli di tessuto e ornamenti eleganti e lussuosi, come i due vasi di vetro dai colori brillanti, rosso rubino e verde smeraldo. Le scatole di colore blu, i drappi, uno blu e l'altro rosso, insieme al bianco delle pareti e dei tre cartelli richiamano i colori della bandiera degli Stati Uniti d'America, rimando comune nei dipinti di Hopper.

Il quadro è conservato al Museum of Fine Arts di Boston.

I battiti del cuore predicono la vita

Due osservazioni hanno spesso incuriosito i medici, e non solo, poiché anche gli zoologi e i filosofi ne hanno volentieri dissertato: la durata variabile della vita nelle differenti specie animali, compreso l'uomo, e il suo rapporto con la frequenza dei battiti del cuore. Oggi, epoca in cui utiliz-

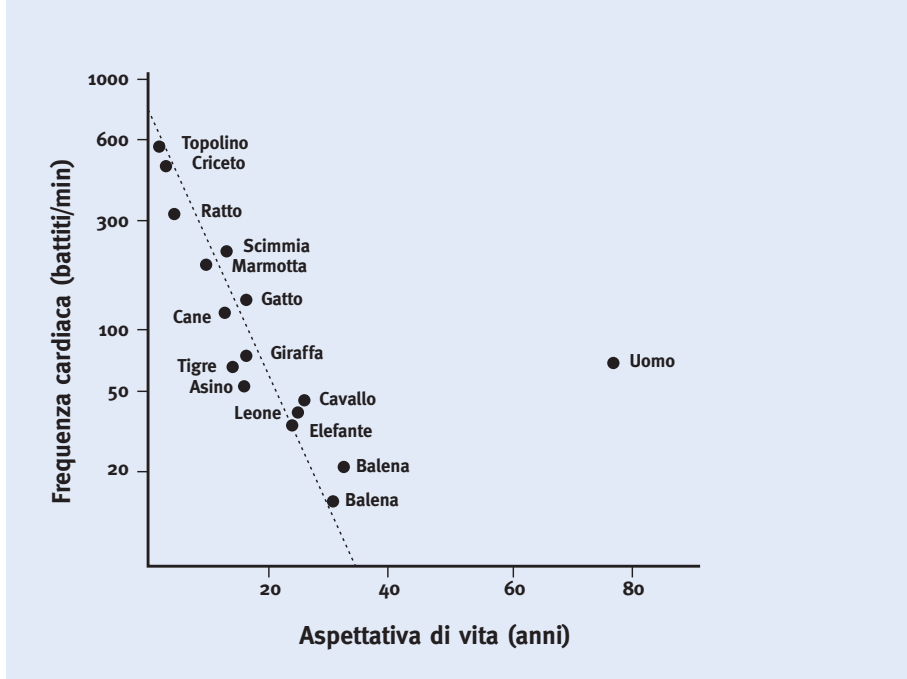
ziamo tante informazioni scientifiche, fanno pensare da un lato alla notizia del giovane che chiude improvvisamente la sua vita per un'aritmia di Brugada non diagnosticata, e dall'altro l'ultranovantenne che festeggia ancora in forma



le sue ultime candeline assieme a figli e nipoti o che si trascina con le bandanti in una specie di dormiveglia della coscienza e della memoria. La genetica e gli studi sulle nostre capacità immunitarie hanno aperto interessanti canali di interpretazione, ma chi indulge più volentieri nella fantasia, sempre con qualche ancoraggio nella scienza, rimane suggestionato da un'altra osservazione, quella che i mammiferi di taglia piccola, come il topo-

lino o il criceto, hanno un cuore che batte 500/600 volte per minuto ma campano poco, mentre l'elefante e la balena che stazzano in maniera molto vistosa vivono più di 30 anni con un cuore che pulsa intorno a venti. E poiché tale rapporto si conferma anche nei gradi intermedi, come fra il gatto (17 anni) e il cavallo (23 anni), si è concluso che a maggiore grandezza dell'animale corrisponde frequenza cardiaca più bassa e vita più lunga. L'uomo, pur essendo un mammifero, sembra uscire da questa comparazione poiché con un battito del cuore simile a quello della tigre (70/min) vive in media 80 anni e il felino invece solo diciotto. Qualcuno obietterà che l'uomo gode di un'assistenza sanitaria con medici e ospedali di ottimo livello, mentre quella veterinaria non può essere così diffusa e capillare, ma alla conta dei dati relativi alla prevenzione e alla cura delle malattie il paragone non regge.

Sicché a questo punto si sono scatenati gli esegeti della biofisica, i quali mediante calcoli logaritmici complessi, hanno constatato che mettendo a confronto la durata media di vita dei differenti mammiferi con la quantità totale dei loro battiti



cardiaci si ottiene una linea su cui si dispongono tutti gli animali. In altre parole, quanto più l'organismo spende in attività durante tutta la sua vita, di cui i battiti del cuore ne sono il marker, tanto più questa si accorcerà. Una conclusione che fa pensare all'intuizione degli antichi su quel complesso destino tessuto dalle inesorabili Parche o Moire.

Ma subito dopo i biofisici sono intervenuti i medici, i quali hanno orgogliosamente fatto osservare che molti degli aspetti che riguardano i battiti del cuore, sia nel soggetto sano che nei cardiopatici, sono stati oggetto di molte loro ricerche. Da queste si è imparato che l'attività fisica riduce la frequenza cardiaca, migliora la performance e allunga la vita e dopo queste prime constatazioni, mettendo in opera tutta una se-

rie di esami, dalla valutazione della frequenza cardiaca nelle 24 ore mediante l'Holter, al suo comportamento durante e dopo lo sforzo fisico e alla sua variabilità nel tempo, quella che i medici della nuova generazione chiamano *heart rate variability*, si è giunti a importanti conclusioni. Queste aprono uno scenario molto interessante perché, oltre a confermare il beneficio dei battiti cardiaci bassi, sia nelle normali abitudini di vita che durante lo sforzo fisico o le emozioni, e perfino nelle malattie di cuore, ci fanno anche capire perché l'uomo abbia maturato quel vantaggio rispetto agli altri mammiferi. Da Adamo in poi si è verosimilmente sviluppato sempre più e meglio il cosiddetto sistema nervoso autonomo, quel complesso groviglio di nervi e di gangli, simpatici e vagali, che



regola la frequenza del cuore, la sua attività di pompa, le coronarie e altre funzioni ancora non ben definite. Da tutto ciò abbiamo imparato molte cose che po-

questo misterioso rapporto tra la frequenza dei battiti cardiaci e la previsione di vita è in gioco l'energia che abbiamo ereditato, e cita a questo proposito un'osservazione del matematico-fisico austriaco Ludwig Boltzmann: "...l'oggetto fondamentale di contesa nella lotta per la vita, nell'evoluzione del mondo organico, è l'energia disponibile." Dopo tutti questi dati e meditazioni credo si possa e si debba inviare ai nostri lettori il seguente messaggio conclusivo: l'uomo non solo ha ereditato un meccanismo nervoso più evoluto di quello animale che gli fa risparmiare i battiti superflui, ma può con l'attività fisica regolare e in certi casi con i farmaci intervenire nel bilancio globale da cui derivano vita e benessere.

potremmo così riassumere: 1) la nostra frequenza cardiaca normale oscilla di giorno fra 60 e 100 battiti per minuto, di notte scende anche fino a 20-30; 2) durante lo sforzo fisico essa può raggiungere i 150-180 e in particolari atleti, come i piloti di formula 1, può arrivare a 200 e più, evidentemente non per lo sforzo che è solo del motore, ma per l'impegno psichico; 3) una frequenza tendenzialmente alta (oltre gli 80/min) non è di per sé un segno di cardiopatia, ma secondo Stevo Julius dell'Università del Michigan è un fattore di rischio di complicazioni cardiovascolari nel tempo, alla pari del colesterolo o della pressione alta; 4) nei tachicardici apparentemente sani si deve prestare attenzione alla funzione tiroidea o all'ansia, e una mia amica dice all'innamoramento; 5) negli atleti non va dimenticata un po' di malizia perché il doping è spesso in agguato nel tachicardizzare; 6) abbiamo soprattutto imparato che un'attività fisica regolare abbassa la frequenza, migliora la qualità e la quantità di vita, perfino nei malati di cuore che vanno meglio utilizzando i farmaci beta-bloccanti, quelli che si oppongono alla influenza tachicardica del simpatico.

Non v'è dubbio, quindi, come dice Herbert Levine di Boston, che in



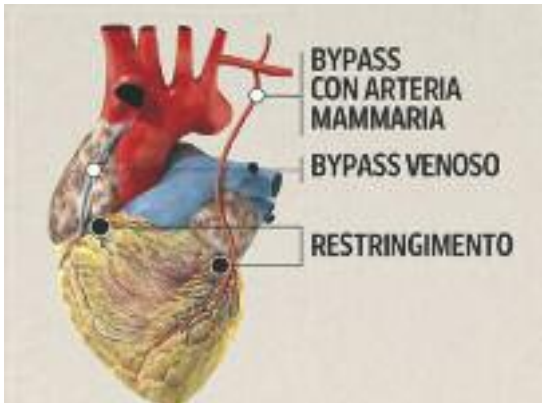
Il by-pass

Il by-pass aortocoronarico è stato a lungo, prima dell'introduzione dell'angioplastica coronarica, l'unica procedura di rivascolarizzazione miocardica disponibile, vale a dire l'unica procedura che consentiva di riportare il sangue in quelle zone del cuore a valle delle arterie coronarie ristrette od otturate. Viene tradizionalmente eseguito con il paziente addormentato in anestesia generale, sottoposto ad intubazione orotracheale, e con l'utilizzo della macchina cuore-polmoni che consente la circolazione extracorporea. Si apre il torace, si collega il cuore del paziente alla macchina cuore-polmoni, si arresta il cuore, la cui funzione viene nel frattempo vicariata dalla macchina che garantisce la circolazione extracorporea e si creano dei by-pass, vale a dire dei raccordi idraulici che superano il restringimento o l'occlusione riportando il sangue a valle delle stesse.

Possono essere utilizzati due tipi di condotti idraulici prelevati dal paziente stesso, condotti arteriosi e condotti venosi. I condotti arteriosi prevedono in genere l'utilizzo delle arterie mammarie, sia quella di destra che quella di sinistra. Queste arterie mammarie possono essere impiegate in due modi. Nel primo si conserva l'origine dell'arteria mammaria dall'aorta mentre il tratto distale lo si abbozza a valle del restringimento. Nel secondo modo, invece, si recide l'arteria sia prossimalmente che distalmente e la si utilizza proprio come un tubo la cui



estremità prossimale viene collegata alla coronaria malata a monte dell'ostruzione mentre l'estremità distale viene collegata a valle dell'ostruzione stes-



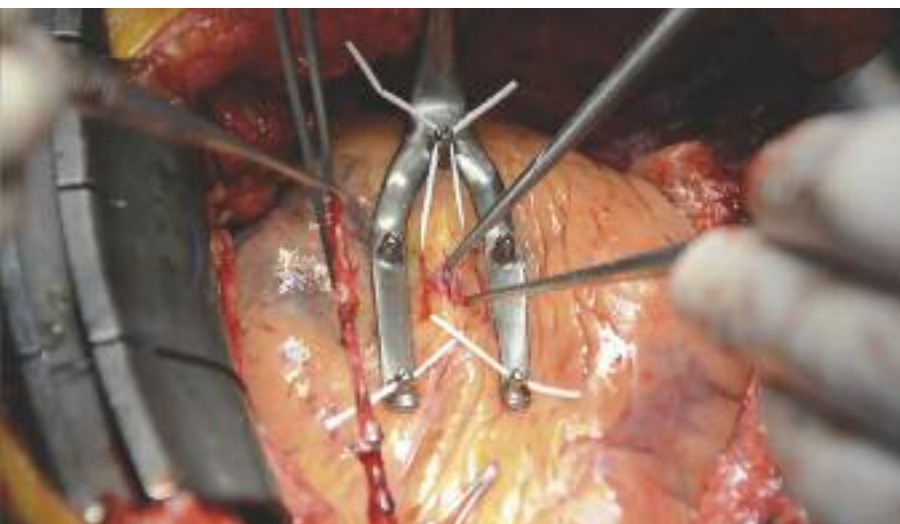
sa. Il sangue in questa maniera dall'aorta passa nella coronaria e quindi troverà un percorso preferenziale verso il bypass visto che quello lungo la coronaria nativa è reso difficile od impossibile dal restringimento o dall'occlusione.

Alternativamente alle arterie si possono usare condotti venosi prelevando la safena dalla gamba del paziente, vena che è disponibile sia nella gamba destra che in quella sinistra. In questo caso la vena viene completamente tagliata, prelevata ed abboccata, come abbiamo visto nel secondo caso dell'arteria mammaria, prossimalmente e distalmente rispetto alla lesione coronarica. La differenza tra

utilizzare condotti arteriosi e venosi non è trascurabile. Il ricorso ai condotti arteriosi, cosa che è ormai nel bagaglio tecnico di tutti i cardiocirurghi, è più difficile però fornisce risultati migliori rispetto all'uso dei condotti venosi. Si stima infatti che a dieci anni dall'intervento il 90% dei condotti arteriosi siano ancora ben funzionanti mentre dopo lo stesso periodo di tempo il 90% dei con-

dotti venosi è andato incontro a chiusura. Questo perché il bypass, come anche l'angioplastica, non è una terapia della malattia di fondo del paziente, cioè l'aterosclerosi, ma solamente una terapia delle sue complicanze, le occlusioni o restringimenti. La malattia aterosclerotica che ha causato la malattia delle coronarie per cui il paziente viene al momento sottoposto ad intervento di by-pass può quindi nel corso degli anni andare avanti ed aggredire altri segmenti delle arterie coronarie o anche i condotti che sono stati utilizzati per il by-pass. Fortunatamente questo è un processo che avviene lentamente e spesso lascia perciò al paziente

il tempo di sviluppare dei circoli collaterali, sorta di by-pass naturali, che fanno sì che, non di rado, la chiusura del condotto che è stato introdotto dal cardiocirurgo non abbia conseguenze cliniche importanti. L'utilizzo dei condotti arteriosi è in linea di massima preferibile rispetto all'uso dei condotti venosi. L'impiego dei condotti arteriosi è però tecnicamente più difficoltoso e determina un prolungamento della durata dell'intervento, aspetto non trascurabile in quanto la durata è uno degli elementi principali che influenza il rischio della procedura. Il ricorso a tutti condotti arteriosi viene quindi riservato a casi particolari mentre ciò che viene comunemente fatto è di utilizzare due condotti arteriosi, in genere le arterie mammarie, per bypassare la discendente anteriore, la più importante delle arterie coronarie, e la circonflessa e utilizzare invece un condotto venoso per il trattamento della coronaria destra. I rischi dell'intervento sono ovviamente importanti. È soprattutto delicato il momento in cui al termine dell'intervento si stacca la circolazione extracorporea ed il cuore deve ripartire, cosa che purtroppo non sempre succede. Ci sono poi i



problemi connessi alle infezioni; il rischio di ictus, perché nel momento in cui si vanno a manipolare queste arterie, si ferma il cuore e si collega la circolazione extracorporea può sempre esserci il rischio di embolizzazione di placche aterosclerotiche a partenza dall'aorta; infezioni polmonari legate al fatto che in conseguenza del dolore toracico postoperatorio il paziente tende, per provare meno fastidio, a respirare poco e male ed in questa maniera facilita la comparsa di infezioni a carico dei polmoni. Vi possono poi essere, soprattutto nei diabetici, rischi di deformazione della ferita. Infine nel postoperatorio sono comuni le complicanze aritmiche la più frequente delle quali è la fibrillazione atriale che è però in genere benigna ed autolimitante.

Abbiamo precedentemente ricordato che il by-pass è stato a lungo l'unica forma possibile di

rivascolarizzazione, attualmente invece il suo ruolo è stato fortunatamente molto ridimensionato dall'introduzione dell'angioplastica coronarica che, come abbiamo visto nel precedente numero di Cuore e Salute, permette di trattare la maggior parte delle lesioni coronariche con una procedura che è sicuramente di minore impatto sulla qualità di vita del paziente. Nel corso degli anni sono stati condotti numerosi studi di confronto tra le due metodiche che hanno dimostrato una sostanziale equivalenza di efficacia di by-pass ed angioplastica. Vi sono però delle condizioni: il malato con lesioni di tutte e tre le arterie coronarie principali e diabete, il malato con lesione di tutte e tre le arterie coronarie principali comprensive del tratto prossimale dell'arteria discendente anteriore, il malato con lesione di tutte e tre le arterie coronarie principali e cat-

tiva funzione contrattile del ventricolo sinistro, che rimangono preferenzialmente da trattare con il by-pass aortocoronarico.

La degenza dopo il by-pass aortocoronarico si è andata progressivamente riducendo negli anni ma comunque continua ad oscillare intorno ai 7 giorni cui fa in genere seguito un periodo di riabilitazione in strutture specializzate della durata di due, tre settimane.

Un significativo passo avanti nelle tecniche cardiocirurgiche è stata l'introduzione della cardiocirurgia mininvasiva a cuore battente. La tecnica consiste nel praticare una piccola incisione a livello dell'emitorace di sinistra in corrispondenza del cuore dopodiché, senza fermare il battito, quindi senza tutti i rischi connessi alla circolazione extracorporea, vengono confezionati i by-pass mentre il cuore continua a contrarsi sotto le mani del cardiocirurgo. Ovviamente questa procedura ha il grande vantaggio della limitata invasività però, essendo molto più difficile, richiede maggiore abilità cardiocirurgica e perciò, sebbene sia sicuramente da prediligere in mani esperte, non ha soppiantato ancora la tecnica tradizionale.

“

La sfiga in medicina

Scusate il termine poco elegante ma i nostri figli e nipoti ce lo stanno imponendo perché pare sia più efficace dei nostri malasorte, sfortuna o jella. Ho appena letto sul New England Journal of Medicine il caso di una signora di 49 anni che è stata colta da una paralisi improvvisa durante una traversata atlantica in aereo. Stava bene fino a quando il marito si accorse che aveva difficoltà nel parlare e a muovere il braccio destro. Il pilota cercò



di accelerare l'arrivo al più vicino aeroporto, a Boston, dove venne attesa e iniziò una lunga serie di accertamenti che, per farla breve, portarono alla diagnosi di un'ischemia cerebrale, causata da un embolo. Evenienza non rara, come si sa, conosciuta anche dal profano dopo che la cronaca lo ha informato che la stasi prolungata in aereo, specie in quei sedili angusti, può facilitare una trombosi, ossia la formazione di un coagulo di sangue nelle vene delle gambe che, se malauguratamente si stacca, può raggiungere il cuore, e da qui i polmoni, con conseguenze anche gravi e che richiedono soccorsi immediati. La nostra paziente però aveva anche un piccolo difetto al cuore, il setto fra i due atri non si era perfettamente chiuso (ricordate il calciatore Cassano?) e ciò permise il passaggio del coagulo da destra a sinistra, da dove il ventricolo lo lanciò poi nel cervello provocandovi un infarto, con le citate conseguenze. Non è però ancora tutto perché i bravi medici del Massachusetts, dopo aver riaperto con tecnica d'avanguardia il vaso cerebrale ostruito dal trombo e ripristinato le facoltà neurologiche della paziente, sono andati più a fondo nella ricerca di eventuali predisposizioni alla trombosi. Hanno così scoperto che la signora aveva anche una rara anomalia nelle vene provenienti dalle gambe che fin da ragazza le provocava strani gonfiore delle cosce. Una malattia che si fregia pure del nome di chi l'ha descritta: sindrome di May-Thurner. E ancora non basta, poiché ulteriori indagini, mirate alla ricerca della causa dell'esagerata tendenza del sangue della signora a coagularsi, hanno portato a individuare la presenza di un tumore maligno del rene. A questo punto il buontempone d'altri tempi avrebbe detto che alla sventurata mancava solo il ginocchio della lavandaia. La sorte è stata tuttavia amica della donna perché, liberata l'arteria cerebrale, estirpato il rene e corretta la coagulazione minacciosa, ella poté ritornare in piena efficienza accanto allo sposo che, preoccupato, aveva lanciato il primo allarme allo steward.

L'episodio mi dà l'occasione di sottolineare l'importanza di continuare a saperne di più, come quei medici di Boston che non si sono accontentati di risolvere l'ultimo evento, quello che aveva fatto dirottare l'aereo, ma che hanno indagato a ritroso la lunga catena di presupposti che gli esami andavano rivelando, per chi sa leggerli.

Eligio Piccolo



”



di **Andrea Gobbo**

Il medico di "fiducia"

Bastano a volte pochi secondi per capire se lo sconosciuto che ci sta di fronte ha la nostra fiducia. È un particolare importante se si tratta di concludere un lavoro, ma lo è ancora di più se si tratta della nostra salute.

Il fisiologo Fabrizio Benedetti ha studiato come la relazione tra medico e paziente giochi un ruolo non da poco per far star meglio l'ammalato, che ha bisogno di speranza oltre che di terapie appropriate.

Il buon rapporto con il medico, fatto di fiducia, di parole d'incoraggiamento e di stima, provoca delle emozioni che liberano, secondo le sue ricerche, un gran numero di neurotrasmettitori, come gli oppioidi naturali che attivano delle aree cerebrali dando sensazioni di piacere capaci di ridurre il dolore.

In alcuni casi possono potenziare l'azione di certi farmaci. Magari non si guarisce, ma si riduce la sofferenza. In ogni caso le ricerche sono ancora troppo settoriali per dare una risposta scientifica del fenomeno.

A questo proposito posso raccontare la mia esperienza di quando ero in collegio. Lorenzo Menegola era l'infermiere ed il fotografo ufficiale della





scuola. Quando qualcuno di noi si ammalava finiva in infermeria, nel suo piccolo reparto di cinque, sei letti, una specie di ospedale da campo. Aveva una corporatura importante, un volto che dava sicurezza e capelli bianchi a spazzola. Parlava sempre sottovoce con una voce rauca e si muoveva lentamente.

Ricordo, siamo negli anni cinquanta, che dava un po' a tutti la stessa medicina per semplici malattie di stagione, anche se la cambiava di anno in anno. La cosa sorprendente è che funzionava. Bisogna dire che il più delle volte doveva curare normali malanni: febbri, raffreddori, bronchiti, mal di gola e qualche caduta capitata durante il gioco. Oggi per gli stessi disturbi ci si cura da soli a casa, senza andare dal medico. Ma da allora la medicina ha fatto grandi passi anche sul piano del rapporto psicologico tra medico e paziente, passando dalla disponibilità (*compliance*) all'adesione (*adherence*).

Un giorno mi sono recato in infermeria con un mio compagno, Aldo Pellizzari. Frequentavamo allora la terza media. Avevamo entrambi un forte mal di gola. Il sig. Menegola, dopo avermi guardato in gola, prese un batuffolo di cotone, lo imprigionò tra le punte di una forbice e lo intinse in un vasetto di tintura d'iodio.

Mi spinse la testa contro lo spigolo di un armadio e mentre con una mano mi teneva fermo, con l'altra mi introdusse in gola le forbici con il cotone, per disinfettarla. Mi dimenai, perché per un attimo mi sentii soffocare. Dopo qualche secondo mi lasciò andare. Come d'in-

canto il dolore era sparito. E tu? Chiese l'infermiere al mio compagno, che impressionato dalla scena si era dimenticato del suo male. Sono venuto ad accompagnare Andrea, rispose calmo. A volte sembrava strano che le sue medicine funzionassero, ma forse alla terapia si aggiungeva il conforto, la comprensione e la speranza che lui dava.

Lorenzo Menegola era un coadiutore salesiano. Era cioè un laico che viveva nella comunità, prestando il suo servizio nel rispetto delle regole dei salesiani. Prima di arrivare nel nostro collegio era stato a lungo in Cina. Durante la Quaresima facevamo tre giorni di esercizi spirituali. Non si frequentava la scuola, mentre venivano dei predicatori esterni a parlarci dei problemi dell'esistenza. Allora l'infermeria si riempiva a tal punto, si può immaginare il perché, che per sistemare tutti gli improvvisi ammalati bisognava trovare qualche letto in un altro locale. Pensare che poi, una volta uscito dal collegio e iniziato il lavoro, ho praticamente fatto questi esercizi tutte le mattine mentre stavo in coda, intrappolato tra tante auto, sulla tangenziale Est di Milano prima di arrivare in città o alla sera per ritornare a casa!

“

Stop alla morte improvvisa: le buone notizie

Due defibrillatori semiautomatici esterni per emergenza (DAE) sono stati installati nel centro storico di Verona, davanti ad altrettante farmacie in via Mazzini e piazza Bra, operativi h24 e 365 giorni l'anno, si trovano contenuti all'interno di "totem" allarmati e telecontrollati dalla Centrale Operativa 118. Questi dispositivi sono gli "ultimi nati" del progetto "Farmacuore

Verona" che si inserisce nel percorso "Verona Città Cardioprotetta" voluto dal Suem 118 e da Federfarma Verona in collaborazione con il Comune di Verona.

Il piano, partito nella primavera scorsa, ha già raggiunto quota 10 defibrillatori, posti in siti strategici davanti alle farmacie scaligere secondo una mappatura studiata dal 118, che attribuisce alle farmacie la qualifica di "punti di riferimento" facilmente identificabili dal cittadino (altri due defibrillatori sono in fase di installazione). L'intera operazione prevede l'installazione, il monitoraggio, la manutenzione e l'assicurazione di oltre 20 defibrillatori in città e provincia.

F. S.

”



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

- **Per Max:**

non è scontato incontrare una persona che affronta la vita lavorativa con la forza, la vitalità, il calore e la gentilezza di Max, non è scontato che un collega diventi un amico. Siamo stati veramente fortunati, il suo entusiasmo ci accompagnerà per sempre. I colleghi amici di lavoro.



Foto di Giorgia Magnoni

Lettere a Cuore e Salute

DOMANDA

Lavarsi le mani

Caro Prof. Piccolo è davvero così importante lavarsi le mani?

Franco I., Verona



RISPOSTA

Caro Sig. Franco, la più famosa “lavata di mani” è senz’altro quella di Ponzio Pilato, ma non è questa che deve interessare medici e pazienti, bensì l’usanza igienica di ridurre il più possibile il contagio di infezioni da una mano all’altra. Molti la trascurano perché si sentono in buona salute e confidano nella loro immunità, specie dopo gli antibiotici, altri ne fanno addirittura una mania e diventano schiavi di questo “impulso fobico”. Ricordo, nei primi anni di università, quando nelle esercitazioni di anatomia

operavamo su alcune parti reali del corpo umano che il bidello ci preparava, naturalmente dopo esserci infilati i guanti di gomma, che davano l’illusione di essere già chirurghi. Un collega in particolare guardava i nostri “interventi” un po’ discosto, con la mimica inconfondibile di chi ne ha ribrezzo, e forse pensava fra sé e sé che lui da medico mai avrebbe fatto il perito settore. Correttamente però anch’egli indossava i guanti, nuovi di zecca, ancora con l’odore di talco, ma non toccava nulla, neanche il tavolo operatorio e, finita l’esercitazione, lo vedevo allontanarsi verso casa con le mani e le dita divaricate dal corpo, quasi volesse amputarle in attesa di disinfettarsele per bene.

Gli articoli e i libri d’igiene che trattano della trasmissione dei germi e dei virus da uomo a uomo, ma anche dagli animali o da oggetti infettati, sono numerosi, quasi quanto quelli che non li leggono perché poco coinvolgenti. Ma da essi impareremmo quali e quanti sono i rischi che corriamo, non solo se diamo la mano a un raffreddato o a un influenzato nella loro fase diffusiva dei virus, ma anche a chi da poco ha ricevuto qualche microbo che potrebbe vincere le nostre difese. Germi come il clostridium difficilis che causa dissenteria ma anche gli strepto o stafilococchi o le clamidie che facilmente finiscono nelle tonsille e talvolta nel cuore, possono permanere sulle mani di medici e infermieri per 30 minuti e anche ore. Ciononostante, le indagini fatte da ricercatori seri ci dicono che il 40% del personale sanitario non si lava o disinfetta le mani dopo aver toccato i pazienti o gli oggetti inquinati, né, come ha ricordato Stazi in un passato numero di Cuore e Salute, puliscono accuratamente il fonendoscopio che poggiano sul petto da un paziente all’altro. Qualcuno ha paragonato questi “sporaccioni” ai fumatori che nel 1962, prima di essere informati dei danni, erano il 42% della popolazione, mentre oggi, dopo le campagne di prevenzione contro il fumo, anche passivo, sono scesi al 18 per cento. In fondo, essi dicono, pure chi non si lava o disinfetta rischia per sé e per gli altri.

L’usanza di darsi la mano o di baciarsi sulle guance è vecchia quanto il mondo, così come quella degli indù e dei buddisti di congiungere le mani e inchinarsi verso l’altro senza toccarlo. Non sappiamo se questo saluto orientale abbia ottenuto in quelle comunità un abbattimento delle infezioni paragonabile a quello del rischio del fumo dopo le nuove leggi, ma potrebbe essere utile adottarlo, almeno negli ospedali, assieme a una più accurata igiene delle mani e degli oggetti.

Un caro saluto.

Eligio Piccolo

DOMANDA

Il loop recorder

Ho 73 anni e un anno fa per la prima volta in vita mia sono svenuta. La cosa mi ha molto sconvolta anche perché il fenomeno si è riproposto altre due volte nei mesi successivi. Gli elettrocardiogrammi, gli ecocardiogrammi e gli holter cardiaci cui sono stata ripetutamente sottoposta sono risultati tutti nella norma ed ora il mio cardiologo mi propone l'impianto di un registratore sotto pelle. Cosa ne pensate?

Marcella B., Pistoia

RISPOSTA

Gentile Signora Marcella,

la sincope è un fenomeno transitorio, a distanza del quale tutti gli accertamenti possono risultare nella norma. Come per ogni patologia una terapia efficace presuppone la diagnosi della causa. Il primo snodo diagnostico è discriminare tra un'origine cardiaca o non cardiaca del fenomeno. Se il problema è cardiaco questo può dipendere da un'alterazione del ritmo cardiaco o nel senso di un aumento della frequenza cardiaca o, più comunemente, da un rallentamento marcato (bradicardia) o un arresto transitorio del ritmo. In quest'ultimo caso il trattamento è risolutivo e prevede l'impianto di un pace maker. I loop recorder, ultimi arrivati nella famiglia dei dispositivi cardiaci impiantabili, sono dei piccoli apparecchietti delle dimensioni di una pen drive (circa 2 cm di larghezza per 5 di lunghezza), che vengono posizionati nel sottopelle di un paziente, in regione toracica, previa piccola incisione in anestesia locale. La procedura d'impianto è semplice e a bassissimo rischio, salvo una

piccola percentuale di problemi infettivi inevitabilmente legati all'inserimento di un corpo estraneo all'interno dell'organismo. Questi dispositivi possono rimanere in loco per un lungo periodo, anche due anni, e monitorizzano di continuo il ritmo cardiaco. Nel caso in cui si verifichi un evento significativo (bradicardia, asistolia, fibrillazione atriale) il dispositivo lo registra e lo tiene in memoria mostrandolo al successivo controllo dell'apparecchio. Il paziente è inoltre fornito di un ulteriore strumento che attiva la registrazione del ritmo cardiaco qualora egli, per la presenza di sintomi, lo ritenga opportuno e anche in questo caso l'elettrocardiogramma corrispondente viene memorizzato. In questa maniera è possibile determinare se esiste o meno una correlazione tra sintomi e alterazioni del ritmo cardiaco e prendere le più opportune risposte terapeutiche. Una delle

principali indicazioni al posizionamento di questi loop recorder sono proprio le sincope ricorrenti ed inspiegabili. Mi sembra quindi che quanto proposto dal suo medico sia assolutamente condivisibile e la esorto a fare quanto da lui proposto.

Cordiali saluti.

Filippo Stazi



di Bruno Domenichelli

Energie parallele



W. Kandinskij, primo acquerello astratto (1910)

Follia o visionarietà?
Pulviscolo stellare o plancton
fluttuante nell'oceano?
O microscopici sincizi cellulari
di cellule miocardiche, istologia
di nodi segnatempo che
dirigono i ritmi dell'orchestra
del cuore e il perpetuarsi della
vita?

Nere linee di forza e masse
cromatiche trascorrono dinamicamente
nello spazio della

composizione. Si riepiloga così l'apparente paradosso dell'universo, ovunque vibrante di parallele energie, sempre intrinsecamente analoghe, eppure istantaneamente mutevoli nel continuo divenire dello spazio-tempo.

Ricorrenti, ubiquitarie analogie che l'intuizione dell'artista percepisce e rappresenta.

Nella scia del meteorite, un pulviscolo di plancton stellare improvvisa acquatiche danze fosforescenti nell'assoluto nero dell'universo colmando vuoti spazi interstellari. Dal profondo blu-luce dell'oceano rispondono ondate di microscopiche diatomee stellari fluttuanti nella corrente.

E nel cuore, una volta al secondo, si riepiloga il mistero della vita.

Ovunque, nell'Universo, luminescenti tracce di parallele energie alimentano il Tempo rinnovando immutabili cicli.

L'apparente *follia* di Kandinskij si rivela così come magica intuizione e rappresentazione cifrata di realtà altrimenti inaccessibili ...

di Marina Andreani



Ciambellone classico

Ingredienti:

180 gr. di zucchero

3 uova

300 gr. di farina

1 bicchiere di latte

1 bicchiere di olio di semi

1 bustina di lievito

Preparazione

Sbattere le uova con lo zucchero finchè non diventano chiare e spumose.

Aggiungere la farina setacciata, il latte, l'olio e il lievito.

Un ingrediente per volta.

Miscelare il tutto per circa 5 minuti.

Versare in una teglia ricoperta con carta da forno (senza imburrare).

Cuocere a 180° per 30 minuti circa (dipende dal vostro forno, quindi vale sempre la "prova stecchino", se infilato nel ciambellone ne esce umido, cuocere altri 5 minuti).

Variante al cioccolato

Aggiungere al composto la polvere di cacao amaro q.b.

Buona colazione!



di Filippo Stazi

Aggiornamenti cardiologici

Adelante ablazione 1. La migliore gestione terapeutica dei pazienti con pregresso infarto e portatori di un defibrillatore impiantabile (ICD) che presentano episodi di tachicardia ventricolare (TV) nonostante la terapia antiaritmica non è ben definita. Per approfondire il problema 259 pazienti con queste caratteristiche sono stati randomizzati a ablazione e proseguimento della terapia antiaritmica in atto al momento della TV (n = 132) o a progressivo incremento della terapia antiaritmica (n = 127). In questo secondo gruppo dopo la TV veniva introdotta la terapia con amiodarone (se non era già in atto) o ne veniva aumentato il dosaggio se già in essere ma con una dose inferiore a 300 mg/die. Se i pazienti erano già sotto amiodarone ad alto dosaggio veniva invece aggiunta in terapia la mexiletina. Dopo oltre due anni di follow-up l'end point primario (una combinazione di morte, tempesta aritmica con almeno 3 episodi di TV nella stessa giornata o shock appropriato dell'ICD) si verificava con frequenza significativamente inferiore nel gruppo trattato con ablazione (59,1% vs 68,5%, p = 0.04) sebbene la mortalità non fosse differente tra i due gruppi. Il beneficio dell'ablazione era comunque limitato ai soggetti che erano già in terapia amiodaronica al momento della TV nei quali, quindi, l'ipotesi dell'ablazione è da prendere quantomeno in considerazione. (DOI: 10.1056/NEJMoa1513614)



Adelante ablazione 2. Non è al momento noto se l'ablazione sia superiore alla terapia farmacologica con amiodarone in soggetti scompensati con fibrillazione atriale (FA) persistente. 203 pazienti fibrillanti, con scompenso cardiaco da ridotta funzione contrattile del ventricolo sinistro (FE < 40%) e portatori di defibrillatore bicamerale o biventricolare, sono stati pertanto randomizzati all'una o l'altra strategia terapeutica. 102 soggetti sono stati sottoposti a ablazione (gruppo 1) e 103 hanno ricevuto l'amiodarone (gruppo 2). Dopo 2 anni il 71% dei pazienti del gruppo 1 e il 34% di quelli del gruppo 2 erano privi di recidive aritmiche (p < 0.001). L'ablazione riduceva del 45% le ospedalizzazioni non programmate e induceva anche una riduzione significativa della mortalità (8 vs 18%, p = 0.037). La percentuale di successo della procedura ablativa oscillava nei vari centri partecipanti allo studio tra il 29 e il 61%. Qualora confermati questi dati decreterebbero la netta superiorità dell'ablazione rispetto all'amiodarone, che ricordiamo essere l'unico antiaritmico utilizzabile in questa tipologia di pazienti. (Circulation 2016; 133: 1637-1644)

PARTNER 2. La TAVR nei pazienti a rischio intermedio. La sostituzione valvolare aortica transcateretere (TAVR) ha già dimostrato di essere una valida alternativa alla sostituzione chirurgica tradizionale nei pazienti ad alto rischio operatorio. Il PARTNER 2 ha invece valutato le due metodiche in 2.032 pazienti con stenosi aortica severa ma con rischio chirurgico intermedio. L'end point primario dello studio, la combinazione di morte o stroke invalidante, è risultata simile nei due gruppi dopo 2 anni di follow-up: 19,3% nel gruppo TAVR e 21,1% nel gruppo chirurgico ($p = 0.25$). La strategia terapeutica transcateretere si conferma quindi idonea alternativa all'intervento chirurgico pure in questa tipologia di pazienti, anche in considerazione della minore incidenza di sanguinamenti, insufficienza renale e fibrillazione atriale che ne hanno caratterizzato il decorso in questo studio. (*New Engl J Med 2016; 374: 1609-1620*)



Gastroprotettore e duplice terapia antiaggregante. Il Trial COGENT ha già dimostrato l'efficacia della terapia gastroprotettiva con inibitori di pompa nei pazienti sottoposti a duplice terapia antiaggregante (DAPT). La presente sottoanalisi ha indagato se tale efficacia era influenzata dal dosaggio (< 100 mg/die o > 100 mg/die) di aspirina impiegato. A distanza di 6 mesi la riduzione degli eventi gastrointestinali nel braccio randomizzato a gastroprotettori era simile sia nel gruppo con aspirina a bassa dose (1,2% vs 3,1%) che in quello ad alta dose (0,9% vs 2,6%) e senza che tale terapia interferisse in alcun modo sul rischio di eventi cardiovascolari. Gli inibitori di pompa, quindi, andrebbero impiegati nei pazienti con DAPT anche in presenza di bassi dosaggi di aspirina. (*J Am Coll Cardiol 2016; 67: 1661-1671*)

aforismi

- **La fede è d'oro, l'entusiasmo è d'argento, il fanatismo è di piombo.**

Ugo Oietti

- **La morte è una vecchia storia ma ad ognuno riesce nuova.**

Ivan S. Turgenev

- **La sogliola prima che i palombari cominciassero a camminare sul fondo non era un pesce così piatto.**

Gino Patroni

- **Quand'ero piccolo mia nonna mi portò a mangiare in una trattoria all'aperto. Cominciò a piovere. Ci misi tre ore a finire il brodo.**

Mario Zucca

- **Le dieci giornate di Brescia. Le cinque giornate di Milano. Le quattro giornate di Napoli: siamo sempre vissuti alla giornata.**

Sergio Paletti

- **Perché un napoletano po' solo emigrà, nun po' viaggià?**

Massimo Troisi

- **Chi racconta le novità alla moglie, è sposato da poco.**

Proverbio inglese

- **L'uomo sceglie colei che lo sceglierà.**

Anonimo

- **La vita è un crocevia pieno di frecce.**

Roberto Gervaso

- **I sessant'anni per il maschio arrivano senza che lui se ne accorga, per la donna quando lo decide lei.**

Franco Fontanini

- **Dio nella sua immensa saggezza fece la mosca e poi si dimenticò di dirci perché**
Ogden Nash
- **Chi siamo? Da dove veniamo? Dove andiamo? Ci sarà posto?**
Piergiorgio Bellocchio
- **In Italia nulla è stabile fuorchè il provvisorio**
Giuseppe Prezzolini
- **Il matrimonio è il coronamento del sogno di un uomo e di una donna, i genitori della sposa**
Furio Omboni
- **Le donne detestano un uomo geloso che non amano ma sono offese se l'uomo che amano non è geloso**
Ninon de Lenclos
- **Ogni imbecille tollerato è un'arma regalata al nemico**
Mino Maccari
- **Se abbattete i monumenti risparmiate i piedistalli. Potranno sempre servire**
Stanislaw J. Lee
- **Perché abbiamo sempre tanta memoria da ricordarci persino i minimi particolari di ciò che è accaduto ma non ne abbiamo mai abbastanza per ricordarci quante volte lo abbiamo raccontato alla stessa persona?**
Francois de la Rochefoucauld

Sostenete e diffondete **Cuore e Salute**

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

- La quota minima annuale di iscrizione alla Fondazione in qualità di Aderente è di € 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 e Salute** ai loro amici, debbono fornire l'indirizzo del destinatario unitamente al versamento della quota d'iscrizione. Sarà cura della segreteria informare dell'avvenuto omaggio (*).



MODULO PER ISCRIVERSI ALLA FONDAZIONE O PER ISCRIVERE UN AMICO

DESIDERO: ISCRIVERMI RINNOVARE L'ISCRIZIONE ISCRIVERE UN AMICO AL
CENTRO PER LA LOTTA CONTRO L'INFARTO - FONDAZIONE ONLUS

COGNOME NOME

CODICE FISCALE

VIA CAP CITTÀ

PROV. NATO A IL

E-MAIL CELL

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

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

- VERSAMENTO SU C/C POSTALE N°64284003
- BONIFICO BANCARIO IBAN IT 56 Y 01005 03213 000000012506
c/o BANCA NAZIONALE DEL LAVORO - Ag.13 - V.LE BRUNO BUOZZI 54, ROMA
- ASSEGNO NON TRASFERIBILE
- CARTA DI CREDITO CIRCUITO VISA (COMUNICANDO NUMERO E SCADENZA)
- 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 - Via Pontremoli, 26 - 00182 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 SKYBANK

ARCHIVIO
NEWSLETTER



Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

NEWSLETTER

Capire per prevenire

di Antonella Labellarte



SESSO E CUORE

di Ivan Battista

La vita di ognuno di noi è scandita dal battito cardiaco. Non solo l'attività fisica, il movimento, gli sforzi muscolari mettono alla prova la nostra pompa ematica iperspecializzata...



L'IMPORTANZA DELL'ADERENZA ALLA TERAPIA MEDICA

di Antonella Labellarte

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha incluso la prevenzione dello stroke tra gli obiettivi per raggiungere la riduzione di un 25% della mortalità precoce per malattie non trasmissibili entro il 2025.



BY PASS AORTO-CORONARICO, INSUFFICIENZA CARDIACA E SOPRAVVIVENZA

di Antonella Labellarte

Lo spunto di riflessione è interessante. Si tratta dell'editoriale sui risultati dello studio STICHES, lo STICH Extension Study, pubblicato in aprile sul New England Journal of Medicine.

PER RICEVERE LA NEWSLETTER OGNI MESE CLICCA QUI



INVIA AD UN AMICO



www.centrolottainfarto.org



Centro per la Lotta contro l'Infarto
Fondazione Onlus

Capire per prevenire

5X1000

LA NOSTRA RICERCA HA BISOGNO DEL TUO AIUTO!

Una scelta che fa bene al cuore

Scegli il CLI e, senza versare un euro in più di tasse, dai continuità alla prevenzione dell'infarto e alla ricerca scientifica contro le malattie cardiologiche.

COME DESTINARE IL TUO 5 X1000

Basta la tua firma e il codice fiscale 97020090581 del Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus. *(In caso di scelta firmare in UNA sola delle caselle)*

Firma per la prevenzione

oppure

Firma per la ricerca

SCELTA PER LA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF (in caso di scelta FIRMARE in UNO degli spazi sottostanti)

Scegliere dal volontariato o dalle altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale, dalle associazioni di promozione sociale o dalle associazioni o fondazioni riconosciute che operano nei settori di cui all'art. 10, c. 1, lett a), del D.Lgs. n. 460 del 1997

FIRMA

Mario Rossi

Codice fiscale del beneficiario (eventuale)

97020090581

Finanziamento della ricerca scientifica e della prevenzione

FIRMA

Mario Rossi

Codice fiscale del beneficiario (eventuale)

97020090581

SEGUICI SU: www.centrolottainfarto.it