

Cuore e Salute

N. 5-6 maggio-giugno 2018

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

CUORE E SALUTE • N.5-6 MAGGIO-GIUGNO 2018

ANNO XXXVI • 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

Perchè le Olimpiadi?

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

Ogni mese una *newsletter* sulla salute del tuo *Cuore*

DONA ORA

DIVENTA
SOCIO DEL CLI

LA NOSTRA
RICERCA

SOSTIENI IL CLI
CON IL TUO 5X1000

ARCHIVIO
NEWSLETTER



Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

NEWSLETTER



Capire per prevenire

di Antonella Labellarte



**NUOVO E VECCHIO NEL RAPPORTO DI COPPIA
DOPO L'INFARTO**
di Eligio Piccolo

... come comportarsi nel fare sesso dopo un incidente coronarico, sull'uso di farmaci che possono interferirvi sia nell'aiutarlo che nell'ostacolarlo e delle molte reazioni psicologiche, giustificate o meno.



DAL BARBIERE SI RIDUCE LA PRESSIONE?
di Claudio Ferri

... i ricercatori hanno reclutato - per migliorare il controllo pressorio - 319 maschi neri ipertesi in 52 barberie, cioè in luoghi ove ci si aspetta di parlare di sport o politica, non certo di salute.



L'ELISIR DI MEFISTOFELE
di Eligio Piccolo

...il colesterolo, tanto inquisito fin dai tempi degli esperimenti russi sui conigli, ossia da oltre un secolo, non è un veleno, ma un nutrimento base, soprattutto per il cervello.

PER RICEVERE LA NEWSLETTER OGNI MESE CLICCA QUI



INVIA AD UN AMICO



www.centrolottainfarto.org



Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Presidente
Francesco Prati

Presidente onorario
Mario Motolese

Il Centro per la Lotta contro l'Infarto (CLI), fondato dal Prof. Pier Luigi Prati, nasce nel 1982 come Associazione senza fini di lucro e si trasforma in Fondazione Onlus nel 1999. Riunisce intorno a sé popolazione e medici ed è sostenuto economicamente dalle quote degli iscritti e dai contributi di privati, aziende ed enti, grazie ai quali cura la diffusione nel nostro paese dell'educazione sanitaria, della cultura medica e della ricerca scientifica con l'obiettivo di migliorare la prevenzione delle malattie cardiovascolari, in particolare l'infarto miocardico, principale causa di morte nei paesi occidentali.

EDUCAZIONE SANITARIA

Il CLI promuove l'educazione sanitaria attraverso:

- **"Cuore e Salute"**, rivista bimestrale di cardiologia divulgativa, nata nel 1983 e ora anche online, destinata a medici e pazienti. La rivista stimola l'adozione di un corretto stile di vita, la correzione dei fattori di rischio e dei principali errori di alimentazione, incoraggia l'attività fisica e insegna a riconoscere precocemente i sintomi che possono far sospettare una patologia cardiocircolatoria. **"Cuore e Salute"** aggiorna inoltre i medici sulle principali novità scientifiche. Gli articoli pubblicati sono tutti scritti da specialisti di riconosciuta professionalità.
- Il sito web www.centrolottainfarto.it che, oltre a dare in tempo reale uno spaccato aggiornato di tutte le attività del CLI, invia gratuitamente "Newsletter" mensili a chiunque ne faccia richiesta.
- Manifestazioni come **"Cuorevivo"**, mostra itinerante sul cuore e sulle sue malattie, destinata al pubblico ed in particolare alle scolaresche, allestita in tredici città italiane o la campagna di informazione, sensibilizzazione ed educazione alla prevenzione dell'infarto e delle malattie cardiovascolari, promossa dal CLI con il patrocinio ed il sostegno della Provincia di Roma, rivolta a 353 scuole medie superiori e a 383 centri anziani di Roma e Provincia, con distribuzione di materiale ed incontri di approfondimento.

CULTURA MEDICA

Il CLI organizza il congresso **"Conoscere e Curare il Cuore"** destinato ai medici, in particolare specialisti, che si svolge annualmente a Firenze e che è giunto alla XXXV edizione. Il congresso rappresenta ormai da molti anni uno dei principali eventi cardiologici nazionali.

RICERCA SCIENTIFICA

Il CLI ha avviato un innovativo programma di ricerche sperimentali rivolte a prevenire ed individuare le cause e i meccanismi dell'infarto. Il programma, che comprende tre filoni: la prevenzione, il riconoscimento delle cause ed il miglioramento delle cure, prevede l'applicazione di strumentazioni d'avanguardia tra cui la Tomografia a Coerenza Ottica (OCT) e l'impiego di markers bioematici. Attualmente è in corso lo studio CLIMA sull'impiego dell'OCT finalizzato all'individuazione delle lesioni coronariche responsabili dell'infarto. Il CLI ha inoltre attivato un accordo di collaborazione con istituti universitari per sostenere stage di perfezionamento nell'ambito delle scuole di specializzazione in cardiologia, rivolti alla ricerca clinica ed alla cura dell'infarto.

Il CLI ha infine condotto indagini epidemiologiche e studi di prevenzione della cardiopatia ischemica in Italia. In particolare ha partecipato, con il "Gruppo di Ricerca per la Stima del Rischio Cardiovascolare in Italia", alla messa a punto della Carta del Rischio Cardiovascolare e della carta Riskard HDL 2007 e dei relativi software che permettono di ottenere rapidamente una stima del rischio cardiovascolare individuale.

- 4 • **“Deprescribing”**: un neologismo che viene da lontano Alberto Dolara

- 7 • **Medicina e Società**
Pallonata fatale a un calciatore croato Eligio Piccolo

p. 7



- 10 • **La morte improvvisa di Astori: dubbi e paure** Filippo Stazi

- 12 • **Perché le dita scrocchiano?** [F.S.]

- 13 • **Vita di medico**
Un contadino troppo roseo Bruno Domenichelli

- 16 • **Qualche secondo di buon umore**

- 17 • **La Palla di Tiche**
Perché le Olimpiadi?
Filippo Stazi

p. 17



- 23 • **Pillole di romanesca saggezza** [F.S.]

- 24 • **Cuore e cervello negli astronauti** Eligio Piccolo

- 27 • **Celibati e Ammogliati** [E.P.]

- 28 • **La vignetta di Cip** Giovanni Ciprotti

- 29 • **Mimmo era mio amico** [Vittorio Guglielmi]

- 30 • **Dal Congresso Conoscere e Curare il Cuore 2018**
Si fa presto a dire resistenza ai diuretici!

Intervista di Filippo Stazi a Gennaro Cice

p. 29



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
Arti grafiche di Cossidente S. e V.
Snc (Roma)

Anno XXXVI
n. 5-6 Maggio-Giugno 2018
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 e 25,00 - Estero e 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
c/c postale n. 64284003



34 • **Quaderno a Quadretti**

America Franco Fontanini

39 • “...E a brucar serio e lento seguitò” [E.P.]

40 • **Il loto del cuore** Giovanni Missagia

44 • **Quadri e Salute** Filippo Stazi

46 • **Dalla cintola in giù** Eligio Piccolo

49 • *Confronto fra pressione istantanea e delle 24 ore* [E.P.]

50 • **“Accordo fra Ministero dell’Ambiente e le Regioni del Bacino Padano”. Proposte concrete per migliorare la qualità dell’aria** Aldo Di Giulio

53 • **Lettere a Cuore e Salute**

- *La Sindrome X*, Eligio Piccolo

- *Posso interrompere la statina?*, Filippo Stazi

55 • *Stop alla morte improvvisa: morituri te salutant* [F.S.]

56 • **Ecologia della mente**

Elogio dell’acqua Bruno Domenichelli

58 • *Aneddoti Romani: il tombino della verità* [F.S.]

61 • **Il cuore in cucina**

Involtini di pesce spada Valentina Girola

62 • **Aforismi**

p. 34



p. 46



p. 53



p. 56



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 Alberto Dolara

“Deprescribing”: un neologismo che viene da lontano

La letteratura medica si è arricchita nel terzo millennio di un neologismo. Il merito è di Michael Woodward, geriatra australiano, che ha pubblicato sul *Journal of Pharmacology and Practical Research* del 2003 un articolo dal titolo “Deprescribing: achieving better health outcome of older people reducing medications”. (Deprescrivere: come ottenere migliori risultati per la salute nelle persone in età avanzata riducendo le medicine). La parola inglese usufruisce di un cosiddetto prestito semantico, la particella *de* di origine latina, che le conferisce una notevole intensità espressiva indicando una direzione nettamente opposta allo svolgersi di un atto fondamentale della pratica medica, la prescrizione. Poiché le parole sono importanti e possono sollevare obiezioni, tradotto in maniera “soft” corrisponde a “Revisione critica della prescrizione medica”. Woodward ne precisa comunque l’obiettivo: “constatato l’aumento della popolazione anziana e come l’assunzione di più farmaci determini in questa popolazione la comparsa di eventi avversi e ridotto beneficio dei medicinali appropriati, al medico spetta il compito, quando possibile, di ridurre, sostituire o anche cancellare i medicinali inappropriati.”

Essendo una procedura in controtendenza è tuttavia inevitabile che susciti ancora oggi perplessità e interrogativi. In un’intervista pubblicata nel *Journal of Ho-*



Michael Woodward

spital Pharmacology nel 2015 più della metà dei giovani medici inglesi al primo anno di pratica in ospedale dichiarava di non conoscere il termine e che andrebbe consultato un medico esperto prima d'interrompere un trattamento. Nel 2017, i medici della Nuova Zelanda, dirimpettai dei colleghi australiani autori del neologismo, pubblicano negli *Annals of Family Physicians* un articolo con un titolo, forse influenzato dall'oceano che li circonda, "Swimming against the tide: primary care physicians' views on deprescribing in everyday practice". (Nuotare contro la marea: come vedono il deprescribing i medici di famiglia nella pratica quotidiana). Paragonano questo compito ad uno evidentemente impossibile anche in questa era di sport estremi. Fanno presente che mentre prescrivere è un'opzione facile, deprescrivere richiede un consumo di tempo, comporta inerenti rischi per loro stessi e per i pazienti i quali si aspettano una pillola per ogni malattia e quest'aspettativa viene esacerbata dalla pubblicità sui medicinali. Oltre a queste obiezioni generali, non prive di fondamento, è inoltre necessario valutare quali medicamenti devono o non devo-



no essere tolti, quando toglierli, quali sono i rischi e benefici derivanti dall'interruzione e/o dalla modifica della prescrizione precedente.

Gli studi successivi la pubblicazione iniziale di Woodward hanno comunque portato a risultati positivi come l'elaborazione di raccomandazioni e linee guida per la prescrizione di farmaci d'indubbia efficacia, ma iperprescritti come ad esempio gli psicofarmaci, gli antiiperglicemici, gli inibitori della pompa protonica e le statine, focalizzando l'attenzione sulla popolazione anziana. Da questi studi possono provenire risposte anche alla domanda posta da Strandberg, finlandese, un Paese all'avanguardia nella prevenzione delle malattie cardiovascolari, sul *Journal of American Geriatric Association* del 2016: "Deprescribing statins is-it ethical?"

Ovviamente l'interruzione della prescrizione non è eticamente proponibile nella prevenzione primaria dei soggetti ad elevato rischio di complicazioni cardiovascolari, oppure nei pazienti dopo un infarto miocardico acuto nei quali la non aderenza al trattamento provoca un aumento significativo della mortalità. La situazione è del tutto diversa per quelli con demenza senile avanzata nei quali l'effetto benefico di questi farmaci è discutibile e dovrebbero essere sostituiti da terapie palliative e la sospensione è invece raccomandata senza incertezze quando l'aspettativa di vita è limitata. Infine vi sono scarsi dati sugli effetti benefici delle statine prescritte come profilassi primaria a soggetti di età => di 80 anni senza precedenti di malattie coronariche, vascolari o cerebrovascolari. Questo fa sì che al me-



effetti positivi dei farmaci prescritti dopo un infarto miocardico acuto è limitata a pochi anni e si sono domandati quali di questi lo siano effettivamente quando la terapia venga proseguita nell'età avanzata. Sottolineano pertanto la necessità di una stretta collaborazione tra il consulente cardiologo che prescrive inizialmente i farmaci ed il medico di famiglia che si occupa della cura del paziente nel lungo termine.

“Deprescribing” rappresenta in conclusione uno strumento impegnativo, ma ineludibile per la pratica medica anche per l'invecchiamento della popolazione e la complessità delle terapie. La revisione accurata delle prescrizioni con adeguati controlli può anche favorire l'aderenza ad una terapia appropriata. Naturalmente sono da tener presenti oltre alla necessaria competenza clinica, l'importanza di mantenere i rapporti medico-paziente e l'educazione sanitaria della popolazione che deve essere di sostegno al medico di famiglia ed allo specialista nelle scelte terapeutiche.

dico viene lasciato il.... “clinical conundrum”, parola quest'ultima d'incerta origine che indica puzzle, enigma, ma anche scelta difficile se proseguire, ridurre o interrompere la prescrizione. È da tenere presente che il numero di ultraottantenni è in crescita e negli Stati Uniti essi saranno circa 20 milioni nel 2030.

Gli studi sul “deprescribing” hanno inoltre richiamato l'attenzione sulla scarsità delle conoscenze riguardo agli effetti dei medicinali quando la terapia è prolungata dopo la fase acuta dell'evento morboso. Rossello et al sul JACC del 2015 hanno mostrato come la durata del follow-up riguardo agli



di Eligio Piccolo

Pallonata fatale a un calciatore croato

Molti anni fa l'American College of Cardiology pubblicava con apprensione sul suo Journal la notizia della morte improvvisa sul campo di alcuni giocatori di baseball o di hockey su ghiaccio dopo essere stati colpiti al torace dalla pallina o dal dischetto. La causa ipotizzata era un arresto cardiaco conseguente a un'aritmia che paralizzava il cuore, la fibrillazione ventricolare. Gli esperti di allora avevano rilevato che questo raro evento non succedeva nei giocatori di calcio, sport altrettanto diffuso e ricco di stopper pettorali, per cui pensarono che ciò fosse dovuto alla maggiore area di impatto della pallonata sul petto rispetto a quella quasi mirata delle palline o dei dischetti. Un problema, che noi latini ci accontentavamo più volentieri di attribuire alla fatalità, soddisfatti della diagnosi di "commotio cordis", la quale lasciava tutto sul generico come fosse un viatico ecclesiastico; ma gli anglosassoni invece, eredi di Calvino, sentirono il bisogno di una verifica più scientifica.

E fu così che due gruppi di ricercatori, uno di Boston che studiava gli



atleti e l'altro di Minneapolis, interessato alle cardiomiopatie, idearono un esperimento sull'animale. Nel quale dovevano essere soddisfatti i criteri della stazza, simile a quella dell'uomo e la conformazione dell'organo, più vicina possibile alla nostra. Il maiale, non solo li soddisfaceva entrambi, ma a suo favore giocava anche il fatto che le valvole cardiache suine erano utilizzate da anni e con successo dal cardiocirurgo per sostituire le nostre ammalate. Il cuore del maiale poi era anche utilizzato dagli studenti di anatomia per la loro preparazione.

Le due equipe nordamericane si misero quindi all'opera su un certo numero di suini giovani, i quali, dopo essere stati



anestetizzati, furono coricati in posizione supina e “bombardati” contro l'area precordiale con palline da baseball, sparate da un particolare marchingegno che consentiva di variare la velocità di impatto da 20 a 70 mph (miglia per ora). Alla fine delle molte prove necessarie per la statistica, si osservò che solo dopo i 25 mph cominciavano a comparire le fibrilla-

zioni ventricolari (7%), le quali aumentavano progressivamente fino al 68% quando l'impatto della pallina raggiungeva i 40 mph, ma diminuivano per potenze maggiori. Come se ci fosse una “zona critica” di intensità d'urto, entro la quale era più facile scompaginare l'attività elettrica del cuore.

A questo punto qualcuno, offeso nel proprio orgoglio di razza, potrebbe argomentare che il maiale è pur sempre il maiale mentre l'uomo è l'uomo, derivato dal sapiens. Egli però rimarrebbe doppiamente deluso, e gli antirazzisti ancora più convinti, perché, comparando quanto avviene negli sfortunati giocatori di baseball con quanto succede nell'esperimento animale, si era constatato che nei casi di morte improvvisa dei primi la velocità della pallina era calcolabile fra i 30 e i 50 miglia per ora, esattamente quella ottenu-



La testata di Zidane a Materazzi

ta nei giovani maiali.

In realtà o, meglio, nell'ipotesi della realtà, gli aritmologi sono propensi a credere che nell'innescò dell'aritmia maligna nei vari atleti soggetti ad urti sul torace, anche per una gomitata o una testata come quella famosa di Zidane contro Materazzi, debbano convergere diversi momenti: 1) la zona colpita sia quella prospiciente al cuore; 2) il corpo contundente sia di dimensioni relativamente piccole; 3) l'impatto rigido e non elastico come con il pallone da calcio



Bruno Boban, attaccante croato

o la testa di Zidane; 4) il colpo abbia una certa velocità di impatto; 5) molto probabilmente che ci sia anche una coincidenza tra il momento dell'urto e una fase critica dell'attività elettrica del cuore. Come si vede ce n'è abbastanza per concludere, da una lato, che il maiale ci ha sicuramente aiutato molto a capire il problema e a valutare come meglio proteggerci ma, dall'altro, che se succede l'irreparabile durante l'attività atletica bisogna proprio essere sfigati, come dicono le statistiche.

E sfigato sembra essere stato maggiormente l'attaccante croato del *Marsonja*, che il 25 marzo 2018, appena iniziata la partita contro il *Pozega Slavonija*, è stramazzone esanime dopo aver ricevuto una pallonata sul petto. Non conosciamo la storia clinica del povero Bruno Boban e l'autopsia, riferita due giorni dopo dai media, informa genericamente che è stata morte cardiaca. La quale per noi cardiologi, abituati ai sofismi di ogni attività del cuore vivente e di ogni microscopia di quello trapassato, è come dire che è morto perché non respirava più. Aveva 25 anni e probabilmente i precedenti controlli medici avevano escluso cardiopatie importanti. Se così fosse sarebbe un caso singolare di decesso improvviso da pallonata calcistica, dopo la quale certamente nuovi ricercatori penseranno di provare nel maiale i tiri di qualche Iguain o Totti.



di **Filippo Stazi**

La morte improvvisa di Astori: dubbi e paure

Anni fa una mia collega, dopo aver ricevuto in ospedale la visita di alcuni giocatori dell'Inter, mi confidò che ciò che l'aveva maggiormente colpita di quell'incontro era la sensazione di forza e di salute che quegli sportivi emanavano. Eppure può accadere che uno di quei ragazzi, giovane, sano, forte, vada a letto una sera e non si risvegli più. È successo recentemente ad Astori, il capitano della Fiorentina, e si è verificato altre volte in passato, sia pure, fortunatamente, di rado. Sono casi di morte improvvisa. Quando succedono lasciano sgomenti anche perché inducono immediata la riflessione che se può succedere a loro, giovani, sani, allenati, tanto più può capitare a noi che non siamo né giovani né allenati e spesso neanche tanto sani. La successiva domanda che inevitabilmente ci si pone è su come possa succedere un simile evento in soggetti che sono sottoposti a ripetuti e, teoricamente, approfonditi controlli medici. Domanda che può tra l'altro essere preludio all'insorgenza di sfiducia nei confronti della capacità del-



la Medicina, col rischio da un lato, di generare timori eccessivi, dall'altro, di ridurre il ricorso ai controlli, anche quando necessari. È quindi opportuno cercare di fare il più possibile chiarezza sull'argomento.

La morte improvvisa, cito la definizione fatta propria dall'Associazione Italiana di Aritmologia e Cardiostimolazione, è "la morte che so-
praggiunge inaspettata, che avviene entro un'ora dall'inizio della sintomatologia acuta, in soggetti in pieno benessere o in soggetti il cui stato di malattia cronica non faceva prevedere un esito così repentino". In Italia se ne verificano circa 70.000

casi l'anno. La morte improvvisa può verificarsi senza segni premonitori ed essere la prima manifestazione di una malattia cardiaca, fino ad allora misconosciuta, o colpire pazienti con malattia cardiaca nota. La maggioranza dei casi avviene nel contesto di una malattia delle coronarie, spesso nelle primissime fasi di un infarto miocardico. Una coronaria si chiude e la conseguente ischemia (ossia il mancato arri-

vo di sangue alla parte di cuore a valle dell'occlusione) innescava un'aritmia ventricolare (tachicardia o fibrillazione) che, se non interrotta prontamente con la defibrillazione elettrica, porta rapidamente a morte il soggetto colpito. La maggior parte delle morti da infarto ormai si verifica in questo modo, al di fuori dell'ospedale, visto



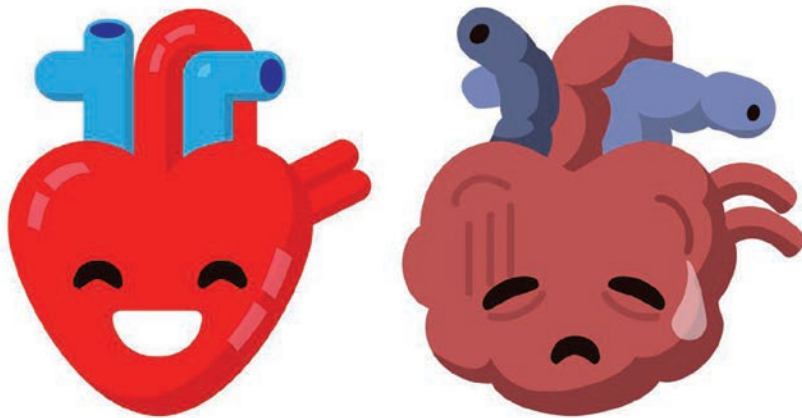
che, per fortuna, una volta entrati nei nosocomi la mortalità si è drammaticamente ridotta. La seconda causa di morte improvvisa è rappresentata dalle cardiomiopatie (dilatativa, ipertrofica, displasia aritmogena del ventricolo destro). Molto più staccate in questa triste classifica si posizionano le valvulopatie (stenosi aortica e, nozione recente, prolasso mitralico). Il decesso repentino può poi essere secondario a con-

dizioni che causano un grave ostacolo alla funzione meccanica del cuore, come il mixoma atriale (un tumore altrimenti benigno del cuore), l'embolia polmonare, la rottura di cuore traumatica o post-infartuale e la dissezione aortica.

Ci sono poi i casi in cui l'autopsia non riesce a rilevare alterazioni strutturali, come nel caso

di Astori, e in cui anche gli esami tossicologici sono negativi. Per queste morti gli anglosassoni hanno coniato il termine di Sudden Arrhythmic Death Syndrome (SADS), sindrome della morte improvvisa aritmica. Sono morti dovute a un problema pri-

mitivamente elettrico che causa un'aritmia ventricolare maligna. Studi nei parenti di vittime della SADS hanno riscontrato cardiopatie ereditarie nel 20-50% delle famiglie, identificando così individui asintomatici potenzialmente a rischio di aritmie fatali. Dono postumo che il deceduto offre ai suoi cari. Le malattie dei canali ionici (le sindromi del QT lungo e del QT breve, la tachicardia ventricolare idiopatica, la



fibrillazione ventricolare idiopatica e la sindrome di Brugada) sono di gran lunga le patologie prevalenti in questo ambito, con la Brugada nettamente al primo posto.

Queste patologie sono purtroppo di difficile diagnosi. Ecocardiogramma e test da sforzo, ad esempio, sono generalmente normali mentre l'unico esame che a volte può permetterne il riconoscimento è l'elettrocardiogramma. Le alterazioni elettrocardiografiche non sono però necessariamente sempre presenti e così anche ripetuti controlli, ad esempio negli atleti, possono non condurre alla diagnosi. In altre parole l'elettrocardiogramma di questi soggetti può essere perfettamente normale e mostrare le alterazioni solo in determinati momenti, ad esempio, nel caso della sindrome di Brugada, in corso di febbre o dopo l'utilizzo di particolari farmaci.

Queste patologie, su cui possiamo fare ancora poco, sono fortunatamente rare e non debbono pertanto turbare eccessivamente i nostri riposi notturni, mentre la maggior parte delle morti improvvise sono, come detto, secondarie a problemi delle coronarie, su cui invece con prevenzione e diagnosi precoce possiamo molto e su cui in realtà molto, statistiche alla mano, abbiamo già inciso. È però chiaro che la presenza di una morte improvvisa in famiglia muta lo scenario, aumenta la probabilità di altri casi e deve indurre al massimo sforzo diagnostico per il riconoscimento e il conseguente trattamento della patologia responsabile. La vittima della morte improvvisa può divenire in questo modo l'angelo protettore che preserva la famiglia da ulteriori lutti.

“ Perché le dita scrocchiano?



Ogni articolazione contiene del fluido all'interno del quale si trovano delle microscopiche bolle. La movimentazione dell'articolazione causa delle variazioni di pressione in tale fluido con conseguente scoppio di parte o tutte di tali microbolle. Lo scoppio, a sua volta, genera le onde acustiche responsabili del tipico scrocchio.

F.S.





Un contadino troppo roseo

“Il dubbio è una delle migliori scintille per illuminare il cammino della scienza”

Inizio anni '60. Un giovane cardiologo appena specializzato che comincia a “fare la professione”. 25 anni.

La storia comincia al mattino di una domenica invernale, quando lo squillo del telefono mi fa riemergere da profondissimi sogni.

- Vieni Bruno, ma fai presto. Forse è già morto. -

Spiego al collega medico condotto di un paesino vicino a Roma, che la recente specializzazione non mi ha conferito poteri taumaturgici.

- Vieni lo stesso. -

Salgo sulla mia scalcinata 600. 30 chilometri percorsi a tempo di record.

La casa colonica del “malato” mi si parò davanti, dopo l'ultima curva, al termine dei radi ulivi di un'incipiente Sabina.

Posteggio nell'aia, sotto la facciata rosea del casolare, una ripida scala esterna conduce al primo piano.



In cima, sul poggiolo, mi aspettava l'amico medico condotto, appoggiato sul muretto.

Scendo dalla macchina, il collega pare non essersi accorto di me.

Poi fa un largo gesto sconsolato allargando le braccia.

- Troppo tardi! È morto ormai da mezz'ora. Un infarto. -

Anche se non conoscevo il paziente ero dispiaciuto di non essere arrivato in tempo. "Non chiederti per chi suona la campana; suona anche per te."

D'altra parte pensai che difficilmente avrei potuto fare qualcosa per lui.

A farmi prendere la decisione fu forse la mia giovanile curiosità professionale.

Vestiti di scuro, in una statica penombra i familiari piangevano silenziosamente il lutto. Ma qualcosa di indefinito non mi persuadeva.

L'uomo era morto da mezz'ora ma il suo colorito non mi sembrava quello cereo di un cadavere.

La sua prima fortuna fu di avere il letto sotto la finestra e di essere illuminato dalla luce. All'inizio fu solo un'impressione. Il volto immobile dell'uomo mi sembrava troppo roseo per un morto che volesse rispettare le regole.

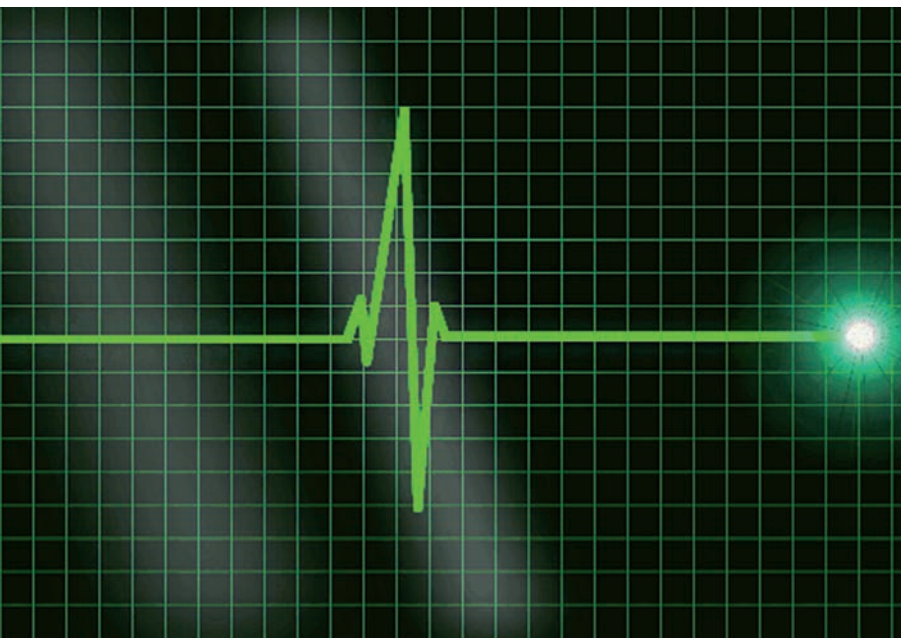
Sei anni di studio sui libri si trasformarono allora in una scintilla irrazionale di dubbio.

- Mi fai fare un elettrocardiogramma? -

- Se vuoi perdere tempo - mi rispose un po' infastidito il collega. In un attimo avevo montato l'apparecchio e nel farlo mi sembrò che il "morto" fosse ancora troppo caldo per essere rimasto mezz'ora con la finestra aperta, al freddo dell'inverno.

Dall'apparecchio cominciò a uscire il rotolo della carta.

La traccia era una riga rettilinea desolatamente piatta. La chiamiamo isoelettrica, ma all'improvviso il pennino fece un piccolo salto. Non credevo ai miei occhi. Era proprio il se-



- Fammelo vedere. - Salii la scala. La stanza era semibuia, ma il letto era illuminato da una piccola finestra da cui a larghi fiotti entrava il gelo dell'inverno.

Mi fermai in piedi, accanto all'uomo che giaceva immobile sul letto. Aveva le mani grandi e nodose di chi è abituato a dare del tu alla corteccia degli alberi.

gno di un battito cardiaco. Dopo 10 secondi un secondo battito, e così via. Dopo l'iniziale blocco cardiaco il cuore aveva ripreso a battere, ma ad una frequenza troppo bassa per riuscire a nutrire a sufficienza i tessuti nervosi, ma evidentemente non sufficientemente lenta per determinare la morte definitiva dell'intero organismo.

Era ancora l'epoca in cui quando andavo a fare una visita portavo con me due borse, una con l'apparecchio ECG, l'altra piena di arnesi vari e di una scorta di medicinali per le situazioni di emergenza da fare invidia alle dotazioni di un pronto soccorso. In pochi attimi innestai un flacone di soluzione fisiologica e cominciai a iniettare per via endovenosa un farmaco stimolante dei centri del ritmo cardiaco. L'Alupent mostrò subito l'efficacia prevista dai sacri testi. La traccia dell'ECG mise in evidenza un progressivo aumento di frequenza. Prima dieci battiti al minuto, poi 15, poi 20, 30, 40. Fu a questo punto che, dopo circa mezz'ora, il malato si risvegliò dal suo stato di morte apparente, mosse prima



un braccio, poi l'altro. Poi aprì gli occhi e si guardò intorno confuso. Infine riconobbe il suo medico. E le lancette del tempo ripresero per lui a scorrere come se non si fossero mai fermate. Un rapido trasporto al primo ospedale di Roma e l'impianto di un pacemaker risolse la situazione. Lo rividi dopo un anno. Mi aveva voluto invitare a pranzo insieme a tutti gli amici. Spaccava con l'accetta pezzi di tronchi per il camino.

Il destino aveva deciso di mettere in fila per lui una serie di piccole circostanze fortunate per regalargli ancora anni da vivere. Nel ritorno a Roma mi ricordai di una massima di Confucio che dice che la fortuna non è un caso fortuito, ma il premio per chi ne sa scoprire i messaggi nascosti nel quotidiano e che la curiosità e l'esperienza sono i migliori strumenti per riconoscerli. E Confucio ancora non conosceva gli effetti dell'Alupent!

Qualche secondo di buonumore

Papà mi aiuti a fare i compiti?
Avoja!
Dimmi 5 animali che vivono al Polo Nord?
Tre Orsi e du' Foche!

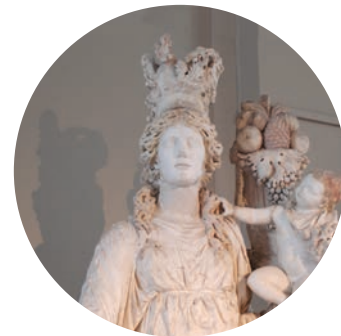
Amò...Dimme quarcosa che me faccia senti 'n toro!
C'hai le corna!

Aò...ma te prima de fa l'amore li fai i preliminari?
Avoja!!!
E che fai?
Mezz'ora de suppliche!

Nonno...ma tu hai fatto la guerra?
Avoja!
E chi ha vinto?
Tu' nonna!



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.*

Perchè le Olimpiadi?

di **Filippo Stazi**

È la sera del 25 novembre 1892. Nel grande anfiteatro della Sorbona, dove stanno volgendo al termine i festeggiamenti per il quinto anniversario della Union des Sociétés Françaises de Sports Athlétiques (USFSA), un uomo si è appena alzato in piedi, trae un profondo respiro e si rivolge ai presenti, ormai stanchi e distratti. *Ci sono persone che possiamo chiamare utopisti perché dicono che le guerre devono scomparire e non sbagliamo a definirli in questa maniera. Ci sono però anche persone che ritengono che le occasioni che portano alle guerre possono scomparire e secondo me questa non è un'utopia. È chiaro ed ovvio che il telegrafo, la ferrovia, il telefono, la ricerca scientifica, il commercio mondiale possono fare per la pace molto più dei trattati e delle convenzioni diplomatiche. Io ritengo che lo sport possa fare ancora di più. Esportiamo canottieri, podisti, schermidori, questo è il libero mercato del futuro, se lo facciamo la causa della pace riceverà un nuovo e potente aiuto. Tutto ciò è sufficiente per incoraggiare il vostro umile servitore a parlarvi del suo progetto: la rinascita dei giochi olimpici.* L'idea di riproporre le olimpiadi, sicuramente figlia



Anfiteatro della Sorbona



Pierre de Frédy, barone de Coubertin

te che, acquistato poi da Papa Giulio II, è annoverato fra i capolavori dei Musei Vaticani. Un ramo della famiglia era successivamente emigrato in Francia e nel 1577 aveva acquisito la signoria di Coubertin, situata non lontano da Versailles, e da allora ne aveva assunto il titolo. Pierre de Frédy, barone de Coubertin, è il terzo dei quattro figli di Charles-Louis, buon pittore di soggetti sacri, e di Agathe-Gabrielle de Crisenoy de Mirville, nobildonna di origini normanne. Appassionato sin da piccolo della vita all'aria aperta e dello sport, nella sua vita si è finora occupato dei problemi sociali della Francia, aspirando a una riforma della pedagogia in chiave moderna. È convinto che lo sport rivesta un ruolo fondamentale nell'educazione e nel preparare alle future lotte della vita, influenzato in questo da una sua visita ai college britannici e statunitensi. Inoltre de Coubertin, riflettendo come molti suoi connazionali sulle cause della sconfitta subita dalla Francia nella guerra del 1870 contro la Germania, rimprovera agli intellettuali francesi di *sedere troppo spesso sul proprio cervello*, dimenticando di coltivare il fisico.

Terminato il suo discorso de Coubertin si rimette a sedere guardandosi intorno. In un suo libro riassume in questi termini la reazione dell'uditorio: *“Avevo previsto tutto, eccetto quel che in realtà avvenne. Opposizioni, proteste, ironia o addirittura indifferenza? Niente di tutto ciò: i presenti applaudirono, approvarono e mi auguravano gran successo, ma ebbi subito la netta impressione che nessuno avesse capito. Era quell'incomprensione totale che doveva protrarsi per non poco tempo”*. A questo riguardo de Coubertin ricorda un episodio capitogli nel 1896 ad Atene, nell'edizione inaugurale dei Giochi Olimpici moderni: *“Mi ricordo di una signora americana, che dopo avermi fatto i suoi complimenti, mi disse sorridendo: Ho assistito già una volta ai Giochi Olimpici. Al che mi capitò di esclamare: Ah, e dove? E lei: A San Francisco, in un bello spettacolo nel quale figurava anche un imperatore romano.*

Ciò nonostante il barone riesce a far partire il suo progetto aiutato dall'inglese Charles Herbert, segretario della Amateur Athletic Association (AAA), e dall'americano William M. Sloane, professore dell'Università di Princeton. Sfruttando le sue conoscenze de Coubertin riesce a stabilire solidi contatti con diverse personalità di altri Paesi, compresa la Grecia, che aveva ovviamente un ruolo centrale nella realizzazione dell'idea. Il suo referente ellenico era Demetrius Vikelas, poco competente in fatto di sport ma membro influente della Società per lo sviluppo degli studi sull'antichità greca. Nel giugno 1894 il barone riesce ad indire un congresso specificatamente inteso a ridare vita ai Giochi Olimpici. Vi partecipano 79 delegati in rappresentanza di 14 nazioni e 49 società sportive. Il 23 giugno 1894 il neformato Comitato Internazionale Olimpico (CIO), di cui è nominato presi-

dente Vikelas con de Coubertin segretario, decide all'unanimità la rinascita dei Giochi Olimpici. L'idea originale è di tenere l'edizione inaugurale dei moderni Giochi all'inizio del 20° secolo a Parigi ma Vikelas suggerisce di anticipare la data di

zo, non come un fine. È lo stesso Barone a dirlo chiaramente: *se vogliamo che cento persone si diano alla cultura fisica, occorre che almeno cinquanta di esse praticino un qualsiasi sport. Se vogliamo che cinquanta facciano dello sport, è inevitabile che*

senza di 50.000 spettatori, proclama aperti i Giochi della prima Olimpiade dell'era moderna. Partecipano quattordici nazioni: Australia, Austria, Bulgaria, Cile, Danimarca, Francia, Germania, Gran Bretagna, Grecia, Italia, Stati Uniti, Svezia, Svizzera e Ungheria per un totale di 245 atleti. L'italiano Carlo Airoldi pur di partecipare decide di raggiungere la capitale greca a piedi. Gli sport inclusi sono nove: atletica, ciclismo, ginnastica, lotta, nuoto, tennis, tiro, scherma e sollevamento pesi. Per gli atleti non sono previsti premi e solamente i primi due classificati ottengono un riconoscimento: una corona d'ulivo e una medaglia d'argento per il vincitore e una corona d'alloro per il secondo arrivato. Re Giorgio è l'arbitro supremo di ogni competizione e ogni giudice di gara ha un nome greco, così da sottolineare il legame con il passato. Per ammissione dello stesso de Coubertin le gare non sono esaltanti, con la sola eccezione della maratona che manda in visibilio la folla per la vittoria di un contadino greco praticamente sconosciuto, Spyridon Louis, ma i Giochi si rivelano comunque un successo e ciò spinge de Couber-



Il 23.06.1894 nasce il Comitato Internazionale Olimpico (CIO)

4 anni e di scegliere come sede Atene, per rinforzare il legame simbolico tra i nascenti giochi a quelli antichi.

Nella mente di de Coubertin i Giochi Olimpici non sono una semplice competizione sportiva. Il francese è essenzialmente un pedagogo e in tutta la sua vita ha avuto un solo obiettivo: formare uomini. Lo sport gli serve per conseguire tale scopo e per convincere le persone a fare sport gli servono le Olimpiadi. La più grande manifestazione sportiva dell'era moderna nasce quindi come un mez-

venti di loro si specializzino. Affinché venti divengano specialisti è inevitabile che cinque si mostrino capaci di risultati sorprendenti. È così che il record si trova al culmine dell'edificio sportivo. Non sperate di abatterlo senza distruggere tutto.

Sono anni frenetici, di viaggi, incontri e difficili mediazioni ma alla fine, alle 15.30 del 6 aprile 1896, nello stadio Panatlenico di Atene, ricostruito appena in tempo grazie al contributo di 130.000 dracme offerto dal ricchissimo greco Georgios Averoff, Giorgio I, alla pre-

tin ad assumere la presidenza del CIO che manterrà per quasi trent'anni.

Le due successive edizioni (Parigi 1900 e Saint Louis 1904) non hanno vita facile perché coincidono e convivono con Esposizioni Universali che da una parte aiutano dal lato economico gli organizzatori, ma dall'altra creano una certa confusione fra gare ufficiali e ufficioso e l'attenzione del pubblico scema. A partire dai giochi di Londra 1908, la prima edizione in cui si vedono gli atleti sfilare sotto le insegne delle rispettive nazioni, la manifestazione spicca però definitivamente il volo. Un ulteriore e importante progresso si ha nel 1912 a Stoccolma con l'inclusione di concorsi artistici su soggetti sportivi, un'aggiunta, che de Coubertin aveva da tempo auspicata nel suo costante desiderio di "sposare" il concetto di arte con quello di sport. Questi concorsi artistici verranno abbandonati dopo i Giochi di Londra del 1948. A Stoccolma de Coubertin lancia la disciplina del pentathlon moderno, da lui inventata. Al 1913 risalgono l'adozione del motto olimpico proposto da de Coubertin, ma creato dal religioso Henri Didon («Citius, altius,

fortius», «Più veloce, più alto, più forte) e la scelta dell'emblema olimpico: gli anelli intrecciati (blu, giallo, nero, verde e rosso) a simboleggiare l'unione dei cinque continenti. Del 1920 è la prima lettura del giuramento olimpico nel corso della cerimonia d'apertura. Il rituale della fiamma inizia a Berlino 1936 e a partire da Tokyo 1964 il fuoco che arde sul luogo dei Giochi proviene da quello acceso tra le vestigia del tempio di Era a Olimpia.

La prima guerra mondiale fa saltare l'edizione del 1916 e causa, nel 1915, lo spostamento della sede amministrativa del CIO da Parigi a Losanna, nella neutrale Svizzera. Le olimpiadi ripartono nel 1920, da Anversa ma Germania, Austria, Ungheria, Bulgaria e Turchia, ritenute "potenze aggressive", non vengono invitate. L'ostra-

cismo nei confronti della Germania finirà solo nel 1928. Nel 1925, a 62 anni, de Coubertin lascia la direzione del comitato olimpico, mantenendone comunque la presidenza onoraria a vita e si dedica all'approfondimento dei suoi studi di pedagogia, la sua "sinfonia incompiuta". Continua però a svolgere una vita fisicamente attiva e, proprio durante una passeggiata nel Parc des Eaux-Vives a Ginevra, il 2 settembre 1937, all'età di 74 anni, viene colto da infarto e muore. Il decesso gli impedisce di vincere il premio Nobel per la Pace, per cui era già stato in lizza nel 1920 e che in quell'anno gli sarebbe stato verosimilmente assegnato. Viene sepolto a Losanna, nel cimitero di Bois-de-Vaux ma, assecondando le sue volontà, il suo cuore è collocato a Olimpia, in un'urna di bronzo sigil-





lata all'interno di una stele di marmo.

L'interpretazione della figura di de Coubertin è resa difficile dall'essere stato egli stesso il forgiatore della sua immagine attraverso i suoi numerosi scritti. Sicuramente era animato dalla presunzione di poter influenzare i destini del mondo e così effettivamente è stato. Il suo pensiero è stato nel complesso modernissimo ed ancora in gran parte attuale, nonostante la misoginia che lo portò ad osteggiare la presenza di atlete ai Giochi, tanto che queste poterono parteciparvi ufficialmente soltanto nel 1928. Emblematica in tal senso la rilettura di alcuni punti della sua "Carta della riforma sportiva", del settembre 1930: la rinuncia da parte delle municipalità a costruire stadi enormi, preferendo a questi degli edifici concepiti secondo un piano moder-

nizzato dell'antico "ginnasio" ellenico; l'interdizione agli spettatori di gare disputate da giovani sotto i 16 anni; lo sviluppo di una medicina sportiva basata sullo "stato di salute"; l'incoraggiamento, con tutti i mezzi possibili, dell'esercizio sportivo riservato agli adulti...

Per de Coubertin lo sport può aiutare chi lo pratica a non indulgere eccessivamente alla collera, può propiziare la nascita di qualità intellettuali e morali, può allontanare da menzogna e sfiducia; *lo sport non renderà angeli dei bruti, ma c'è una grande possibilità che essi attenueranno quella brutalità, portando l'individuo a una certa dose di autocontrollo.* L'attività fisica può impedire ai giovani un certo "vagabondaggio dell'immaginazione" e tenerli lontani da un'esistenza troppo sedentaria, è utile anche agli adulti, essi, infatti, *hanno bisogno di tener sempre viva la fiaccola della voluttà e questa, contrariamente a quanto si può credere, non s'identifica con il semplice benessere, ma piuttosto con un intenso piacere fisico.* Lo sport, inoltre, è *produttore d'arte nonché occasione d'arte. Produce la bellezza perché l'atleta in azione è una bellissima scultura vivente. Ed è occasione di bellezza anche attraverso gli edifici che gli vengono riservati e gli spettacoli e le feste a cui dà luogo.* Lo sport, infine, è un potente strumento di democrazia: *lo sport dell'antichità, sono sempre sue parole, teneva lontani dalle sue arene gli schiavi, bisogna fare in modo che quello dei tempi moderni non segua la stessa regola nei confronti dei meno abbienti.*

La lungimiranza di de Coubertin trapela anche dal suo malinteso pensiero sul dilettantismo. Un suo scritto del 1931, quando può

parlare chiaramente avendo or-
mai abbandonato la gestione di-
retta del CIO, è a tal riguardo
esplicativo: *non esito a confessa-
re che non mi sono mai appas-
sionato riguardo a questo pro-
blema. Esso mi servì di paravento
per convocare quel congresso
destinato a ridar vita ai Giochi
Olimpici. Avendo notato l'importan-
za che veniva attribuita a tale
questione, principalmente dagli
anglosassoni, non feci mancare
un certo zelo in tal senso anche
da parte mia, ma era uno zelo
senza il supporto di una con-
vinzione reale. Per me lo sport è
una religione con chiesa, dogmi
e culto ... ma soprattutto un sen-
timento religioso. E mi sembra
infantile legarlo al fatto che uno
sportivo ricavi dalle sue fatiche
un pezzo di cento soldi, come sa-
rebbe infantile sostenere che lo
scaccino della parrocchia è un*

*miscredente solo perché riceve un
compenso per assicurare il ser-
vizio al santuario. Al contem-
po il barone non nega di temere i
possibili eccessi del professionismo:
in mano ad allenatori e manager
senza scrupoli anche i
migliori atleti precipitano prima
o poi nel mercantilismo.*
Forse la migliore sintesi del
pensiero di de Coubertin rima-
ne comunque il famoso motto
olimpico: “L'importante non è
vincere ma partecipare”. La pa-
ternità della frase appartiene in
realtà al Vescovo Ethelbert Tal-
bot che la pronunciò durante le
Olimpiadi londinesi del 1908. Il



Barone però la fece sua in quan-
to esprimeva a pieno il suo sen-
tire: l'importante nella vita, non
è trionfare ma combattere, non
è aver vinto ma essersi ben bat-
tuto; lo sport va praticato con
l'obiettivo della vittoria ma que-
sta va ricercata con correttezza,
generosità, lealtà, assenza
di violenza e sempre nel rispet-
to dell'avversario.

“

Pillole di romanesca saggezza

Er savio vince co' la raggione, er matto cor bastone
Nun buttà le scarpe vecchie, infinenta che nun te porteno quelle nove
Fa' bene e scordete, fa' male e pensece
Le cose ce vo' appiù a dille che a ffalle
Casa mia, riposo mio, drent'atte ffo er commido mio

F.S.

”

Cuore e cervello negli astronauti

IN PARTENZA, suppongo siano tutti a prova di bomba e dei più insidiosi fattori di rischio, a giudicare dalla selezione e dai controlli cui sono sottoposti i candidati spaziali: pedigree da privilegiati, genetica senza alleli sospetti, fisico prestante, colesterolo e creatinina da vegani, equilibrio psico-mentale da sommozzatori, elettro ed ecocardiogrammi secondo i paradigmi normali. Insomma, nulla che possa far preludere un viraggio della loro fisiologia in senso patologico durante la permanenza in orbita. Laddove, come si sa, non c'è più l'abitudine alla gravità, si è esposti alle radiazioni cosmiche, l'ossigeno pare non sia più ben regolabile come sulla terra e soprattutto il metabolismo dei nostri organi viene sovvertito. Non sappiamo i dettagli medici dei primi astronauti: Yuri Gagarin era un uffi-



Yuri Gagarin

ciale sovietico ben selezionato, il ritratto della salute a giudicare dalle foto, morì giovane, ma per incidente aereo; Neil Armstrong, il bell'ufficiale americano che andò sulla luna, raggiunse gli 82 anni, ma dopo alcune traversie cardiovascolari, simili a quelle che hanno penalizzato il 42% degli altri partecipanti all'impresa Apollo.

La nostra Samantha Cristoforetti, la prima donna della nuova generazione, selezionata fra molte altre nel 2009, alla quale auguriamo lunga salute e felicità, è una trentina tosta, plurilaureata e ufficiale non so di che grado, ma meriterebbe le quattro stelle sia per bravura che per simpatia. È rimasta nella stazione spaziale Sojuz per oltre sei mesi mandandoci ogni tanto il suo sorriso, anche durante il Festival di San Remo. Non sappiamo nulla sui rilievi medici dopo il rientro, che da come si è poi mossa ritengo soddisfacenti, e quindi mi rifaccio nelle considerazioni seguenti ai dati pubblicati sulle riviste mediche.

IN ARRIVO, dopo lo stazionamento in orbita per lunghi o brevi periodi, la medicina ha valutato i nostri eroi e continua a farlo analizzando numerosi parametri, che hanno messo in



Samantha Cristoforetti al rientro sulla Terra

evidenza alcuni cambiamenti, soprattutto a spese dell'apparato cardiovascolare, del cervello e delle ossa. Già quando gli astronauti rimettono piede sulla terra si deve fare attenzione perché facilmente svencono a causa della pressione che, abituata all'assenza di gravità, ha perso i meccanismi riflessi che consentono a tutti noi di vincerla affinché il cervello, che sta in alto, non venga privato del sangue e dell'ossigeno. In medicina si chiama "ipotensione ortostatica", che dal greco significa caduta di pressione mettendosi in piedi; un disturbo che fortunatamente scompare nell'astronauta in pochi giorni; non così nei pochi anziani che se ne ammalano. Il cuore del riatterrato lì per lì mostra una strana deformazio-

ne in circa il 10% di quelli che stanno a lungo nella navicella: da organo ovale, come si raffigura anche nel "Sacro Cuore", diventa rotondo, ma con indici funzionali apparentemente invariati rispetto alla partenza. "Apparentemente", poiché si sospetta un adattamento del cuore piuttosto complicato ai regimi di lavoro in orbita, meno impegnativi e ai quali consegue una perdita di muscolo cardiaco. Gli stessi cambiamenti che subiscono le ossa e gli altri muscoli non più costretti a reggere il corpo in gravità. Il cuore però mostra anche altri segni che preoccupano molto sia quando egli soggiorna a lungo nella stratosfera che dopo il ritorno e perfino negli anni seguenti. Sono state infatti registrate fibrillazioni atriali, arit-



sul New England Journal of Medicine di novembre 2017, sugli effetti della prolungata permanenza spaziale a carico del nostro cervello, il quale secondo ripetuti controlli con la risonanza magnetica nucleare subisce uno

mia di per sé benigna con le attuali terapie, ma che avvenga in quei giovani super selezionati fa molta specie; e sono segnalati anche allungamenti del QT nell'elettrocardiogramma e cali di potassio, elementi che preludono ad aritmie ventricolari più pericolose, come certe brevi tachicardie effettivamente registrate. Tutte alterazioni che non hanno mai provocato il peggio, ma solo perché le capacità di adattamento, i controlli minuto per minuto dalle postazioni NASA e le pronte correzioni erano al massimo di efficienza, come fossero in un'unità coronarica.

Per ovviare a quelle conseguenze e per ridurre il tempo di riabilitazione dopo il rientro gli astronauti in orbita devono sottoporsi, fra i molti altri compiti e

monitoraggi, a una continua attività fisica, come mostrano le riprese di loro in continuo movimento da un punto all'altro della navicella. Misure però insufficienti come dimostrano gli esami al ritorno in terra e la conseguente necessità di un adeguato periodo di riabilitazione. Tanto più che non sono ancora del tutto ben definibili i numerosi cambiamenti che certamente avvengono in assenza di gravità nelle funzioni più microscopiche del nostro metabolismo, quelle che gli esperti chiamano stress ossidativo e rischio di infiammazione e che dovranno essere meglio definiti. Sono invece segnalati disturbi della vista e psicologici, nonché un vago rischio di future aterosclerosi. Più preciso sembra uno studio policentrico, USA-Germania-Cina, pubblicato

scivolamento verso l'alto, un restringimento del solco centrale e degli spazi in cui è contenuto il liquor. Arabo per voi e anche per me che non sono neurologo, ma possibile giustificazione di quei disturbi visivi e di qualche inghippo psicologico.

Tanto fumo e meno arrosto per il momento, ma sufficiente a farci capire che già vivere lontano dallo scudo della magnetosfera terrestre, come la definiscono gli esegeti, comporta un'ampia serie di cambiamenti, i quali già da una valutazione superficiale, in soggetti peraltro ideali, ci prospettano non pochi rischi. Figuriamoci mandarli per anni verso il pianeta rosso, come si legge nei programmi americani e russi. I futuri Armstrong e Cristoforetti saranno i Gordon e Dale della mia giovinezza?

“ Celibi e ammogliati

Non si tratta della competizione calcistica che molti paesini organizzano un po' per celia e un po' per non morir di noia, di cui non si conoscono le statistiche dei risultati a fine partita ma che si presume siano a vantaggio dei primi, i celibi, meno appesantiti dalla vita inquadrate degli sposati. Tutti quei dilettanti poi hanno un'età relativamente giovane, sotto i 40-50, inferiore a quella dei soggetti studiati nelle varie ricerche mediche

per conoscere se il matrimonio giova o meno sulle malattie che dopo i 50-60 contrastano il benessere e la durata della vita. Ossia le solite patologie cardiovascolari, tumorali e l'Alzheimer, che secondo molti sembrano invece penalizzare i recalcitranti al fatidico "SI".

Già nel 2014 uno studio presentato nel convegno annuale dell'American College of Cardiology riportava i risultati di varie ricerche, per complessivi tre milioni e mezzo di persone, nelle quali venivano valutati secondo lo stato civile quattro distretti vascolari colpibili dall'arteriosclerosi: arti inferiori, cervello, aorta addominale e coronarie. I celibi, secondo quell'indagine epidemiologica, subivano l'8% in più di aneurisma aortico addominale, il 9% in più di ictus e ben il 19% in più di arteriopatia delle gambe, mentre le coronarie erano poco penalizzate rispetto agli sposati. Quasi contrastanti furono i risultati su divorziati o vedovi, dove mentre le altre malattie vascolari incidavano solo per il 3% in più, quella coronarica raggiungeva il 7%, ad indicare secondo gli psicologi il particolare disagio di quei cuori solitari. Disagio documentato anche dalla maggiore incidenza di malattie cardiovascolari a misura che l'essere o il rimanere single avveniva in età più giovane: dal 4% sopra i 60 anni al 7% tra 52 e 60 anni e al 12% sotto i cinquanta. Insomma, tanto prima insorge la solitudine tanto più si ammala.

Analogo studio è stato portato a termine anche per la demenza senile, la malattia conosciuta già nella Grecia antica con parole che indicavano la perdita della memoria e di altre facoltà mentali nell'età avanzata, ma che tutti oggi chiamano Alzheimer; da quando nel 1901 lo psichiatra tedesco ne descrisse i sintomi e seguì fino all'exitus una sua malata cinquantenne. Benché questa patologia sia legata a un'età più o meno anziana non è ancora chiaro il suo rapporto con l'arteriosclerosi. Tuttavia anche per questa patologia uno studio dell'University College di Londra (novembre 2017) ha rilevato un certo rapporto fra la malattia e lo stato civile. Infatti, assemblando i risultati di ben 15 ricerche pubblicate fino al 2016 e relative a 812.047 partecipanti, provenienti dall'Europa, dal nord e sud America e dall'Asia, la metà dei quali ultra 65enni, Andrew Sommerlad e il suo gruppo hanno rilevato che i celibi avevano il 42% e le vedove il 20% di probabilità in più, rispetto agli ammogliati, di subire la demenza verso la mezza età. Non succedeva però lo stesso nei divorziati, forse perché in essi, dicono gli autori, si ristabiliva un connubio e un certo rapporto con i figli.

Non abbiamo ancora ricerche relative ai tanti "accompagnati", quelli che per vari motivi non ritengono opportuno sottoscrivere un contratto con il prete o con il sindaco, tuttavia gli esegeti della psicologia stanno già formulando molte interessanti ipotesi sulla genesi delle "sventure" dei single e dei vantaggi degli accoppiati. È difficile esprimere giudizi su quelle considerazioni che si addentrano con seducente competenza nelle complicate scelte dell'uomo e della donna, ma forse aiuta di più un pensiero di Gianfranco Ravasi, secondo cui "la vecchiaia è triste non perché cessano le gioie, ma perché finiscono le speranze". E forse la speranza ha un qualche legame con l'amiloide, la sostanza inerte che occupa le cellule del cervello in decadenza.



Cardinale Ravasi



E.P.

”



di Giovanni Ciprotti

ROMA CITTA' APERTA



“ Mimmo era mio amico

Ricordo che ero in visita in Reparto quando Mimmo mi chiamò sul cellulare una mattina di marzo dell'anno scorso. Il tempo era bello, da primavera inoltrata, ma la paziente che stavo visitando non aveva niente di bello: febbre in corso di pancreatite acuta necrotica emorragica. Quando parlandogli al cellulare capii che aveva qualcosa di

importante (dolore precordiale con irradiazione all'arto superiore sinistro) gli consigliai di andare immediatamente al pronto soccorso più vicino. Il mio ospedale è un IRCCS specializzato in Gastroenterologia e non ha il dipartimento di emergenza. Con Mimmo siamo cresciuti insieme: le prime fidanzatine, le discussioni continue sulle tattiche per avvicinare le ragazze, su come e quando chiedere il primo bacio Già dai 14 anni facevamo i camerieri per essere economicamente autonomi. Lui era figlio di un proprietario terriero ma non aveva mai voluto continuare l'attività del padre. Aveva un sogno: “entrare” in ferrovia. E ci riuscì. È impresa nella mia mente la sua faccia raggiante di gioia quando mi comunicò di aver superato il concorso. Iniziò a lavorare nella fredda e nebbiosa Milano lontano dalla sua famiglia (si era sposato e aveva 2 figlie) e dal nostro bel paese a sud di Bari, affacciato sull'Adriatico dove non nevicava

mai e a febbraio già fioriscono i ciliegi. Faceva i turni anche di notte sui treni. Le sigarette da 10 al giorno passarono a 20 e poi a 30 e poi a 40 (o forse più). Mangiava alla mensa e a volte si preparava i pasti da solo. Così quando, dopo 20 anni, finalmente ebbe il trasferimento, tornò a casa con un consistente gruzzolo di soldi, messi faticosamente da parte, ma anche con molti chili in più. Pochi anni fa si era costruito una bellissima villa in campagna con piscina e tutti i confort tra cui un forno a legna: era un maestro a preparare gustosissime pizze. In estate quasi tutti i sabati ci invitava anche se sapeva che io lo avrei rimproverato per il suo body mass index (40) e il suo continuo fumare. Mia moglie mi diceva: “non glielo dire più perché si può offendere”. Ma come potevo stare zitto: era mio amico.

Quando quella mattina di marzo lo richiamai, a fine turno, non mi meravigliai che mi rispondesse la moglie dicendomi che lo stavano trasferendo in una clinica dotata di emodinamica per essere sottoposto ad angioplastica coronarica: aveva avuto un infarto. Venne dimesso 5 giorni dopo e lo stesso giorno andammo a trovarlo a casa. Sembrava fosse andato tutto bene. Ma quando quella stessa sera squillò il telefono di casa verso le 24 capii che era successo qualcosa non certo piacevole. La moglie mi implorava di correre perché Mimmo stava male. Uscii in pigiama (le nostre case sono vicinissime) con la borsa e salii le scale a quattro gradini la volta. Era in arresto cardiaco. Feci chiamare il 118 che arrivò dopo 10 minuti mentre io lo massaggiavo e gli praticavo la respirazione bocca a bocca. Sono convinto che da lassù lui se la rida pensando a questa ultima cosa. Era mio amico e non doveva andarsene a 58 anni dopo tanto lavoro.



Stazione Centrale di Milano



Polignano a Mare





DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE

Intervista di **Filippo Stazi**

Si fa presto a dire resistenza ai diuretici!



Gennaro Cice,
Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli di Napoli

Caro Gennaro, che cosa si intende esattamente con sindrome cardio-renale?

La sindrome cardio-renale è una condizione in cui insufficienza cardiaca ed insufficienza renale coesistono nello stesso paziente, amplificandone reciprocamente il danno.

Intuitivamente la presenza di due patologie invece di una dovrebbe tradursi in una maggiore gravità del paziente. È così?

Purtroppo è proprio così, la mortalità del paziente peggiora significativamente al crescere del grado della disfunzione renale. In una metanalisi dove sono stati valutati più di 80.000 pazienti ricoverati per insufficienza cardiaca, la sola presenza di insufficienza renale incrementava la mortalità di 1.5 volte. Se l'insufficienza renale era severa (velocità di filtrazione glomerulare stimata <30 ml/min/1.73 m²) la mortalità triplicava. Da notare che non è solo un'alterata funzione renale presente al momento del ricovero per insufficienza cardiaca che impatta sulla mortalità ma anche e soprattutto il suo peggioramento, quando anche si verifichi in un paziente a funzione renale inizialmente normale.

Il trattamento di questi pazienti rappresenta quindi una vera sfida per il clinico?

Indubbiamente. Quanto abbiamo precedentemente detto sottende un paziente complesso, difficile da trattare, perché il problema è ridurre la congestione senza peggiorare ulteriormente la perfusione degli organi, e che ha una mortalità intraospedaliera ed a medio termine difficile da abbattere.

Inoltre i farmaci che solitamente si utilizzano in questa condizione (diuretici, vasodilatatori, inotropi, etc) migliorano lo stato emodinamico ma peggiorano la prognosi.

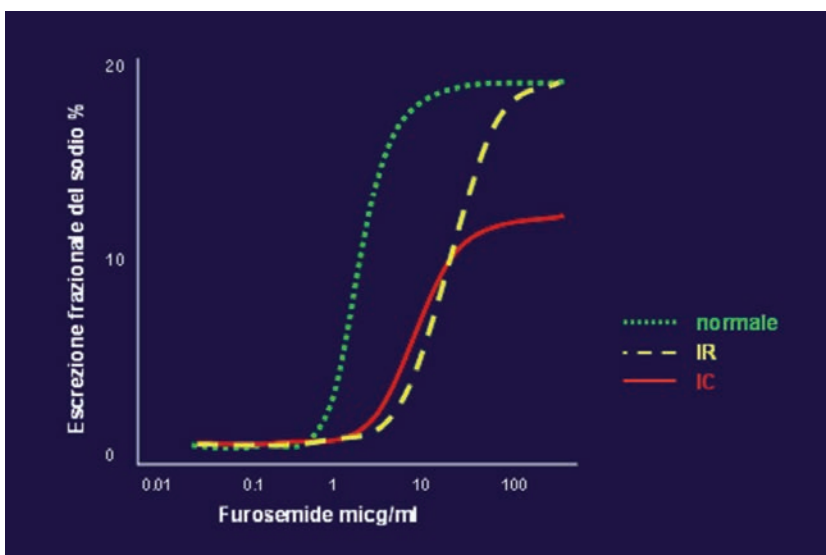
Esatto, questo è un importante concetto, abbastanza noto per gli inotropi, ma poco considerato per i diuretici. Questi farmaci infatti, indipendentemente dal fatto di essere utilizzati in bolo od in infusione continua, sono somministrati a dosaggi sempre più elevati per decongestionare il paziente. Purtroppo ciò comporta un'ulteriore riduzione della perfusione renale che amplificando l'attività del sistema renina angiotensina aldosterone (SRAA) determina un ulteriore riassorbimento di acqua e sale in un individuo di per sé già congesto.

Però poiché la caratteristica saliente di questa sindrome è la congestione, l'uso dei diuretici è irrinunciabile.

Ovviamente non possiamo prescindere dall'uso dei diuretici. Il primo da impiegare è certamente il diuretico d'ansa. È consuetudine comune far seguire ad un bolo iniziale dosaggi incrementali della stessa molecola ma questa modalità d'uso, ancorché consolidata, è profondamente sbagliata, responsabile di una "resistenza" che finisce per divenire iatrogena e di una iposodemia che con il sodio non ha nulla a che fare.

Stai dicendo qualcosa che urta con quello che viene solitamente fatto. Puoi chiarire meglio questi concetti?

I diuretici d'ansa agiscono direttamente sugli scambi ionici attraverso specifici canali denominati "sodio-potassio-2cloro". Questi sono strutture endoluminali e quindi la quota di diuretico attiva non è quella plasmatica ma quella che è presente nel lumen, all'interno del quale viene trasportata da carriers differenziati che "pescano" il diuretico dal liquido peritubolare. Poiché questo è diminuito per la ridotta perfusione renale dovuta alla bassa portata cardiaca una minore quantità di diuretico sarà trasportata all'interno del lumen. Questo di fatto ne riduce l'efficacia. Il concetto è già chiaro, se infatti paragoniamo le curve dose effetto dei diuretici d'ansa nel paziente cardio-renale rispetto al normale (vedi figura) notiamo che esse sono spostate a



Curva dose effetto della furoseme e dei diuretici d'ansa.
IR: insufficienza renale. IC: insufficienza cardiaca.

destra ed in basso a segnalargli quanto segue: che a parità di dose l'effetto diuretico sarà minore; che dovremo incrementare progressivamente il dosaggio per mantenere o aumentare l'efficacia (curva ad "esse") e che, comunque, raggiungeremo un plateau ove anche dosaggi industriali di diuretico risulteranno inefficaci.

È comparsa la resistenza ai diuretici?

Esattamente è arrivato il momento che viene vissuto dai clinici con angoscia perché impatta sulla mortalità. La resistenza ai diuretici ha molti "attori" ma un unico regista: il famigerato SRAA che enormemente ed inappropriatamente attivato, andando ad agire su tutti i siti funzionali del rene, lo costringe a ridurre progressivamente la sua funzione fino alla oligo-anuria.

La resistenza ai diuretici, comunemente considerata evento avverso, è perciò null'altro che la "normale" risposta fisiologica del rene nell'insufficienza cardiaca quando questo venga forzato dai soli diuretici d'ansa?

Giusto. Si è finito per considerare la resistenza ai diuretici

come conseguenza ineluttabile della malattia e non come conseguenza di una terapia dettata dalla consuetudine piuttosto che rispettosa della fisiologia renale. Bisogna considerare infatti che nell'insufficienza cardiaca la ridotta perfusione renale comporta che tutti i siti funzionali del rene siano attivati, essenzialmente dal SRAA, al fine di riassorbire acqua e sale per sostenere la volemia efficace. È quindi un meccanismo di sopravvivenza! Andare a stimolare il rene con i soli diuretici d'ansa, per quanto usati ai dosaggi e nelle tempistiche giuste, fa sì che, per un meccanismo di feedback, tutti gli altri siti funzionali che rispondono a diuretici diversi e che quindi non sono bloccati, possano attivarsi o aumentando la loro velocità di azione o iper-esprimendosi ove non presenti (come nel caso delle acquaporine) annullando progressivamente l'effetto sodiurico del solo diuretico d'ansa e portando il paziente fino all'anuria.

Ne consegue che il corretto trattamento della congestione nello scompenso cardiaco deve necessariamente prevedere sin dall'inizio l'associazione di diuretici diversi che agisca-

no su siti diversi con effetto sinergico, il cosiddetto blocco sequenziale del nefrone?

La scelta dei diuretici da associare dovrà tener conto chiaramente delle caratteristiche cliniche dei pazienti privilegiando le diverse classi in base all'entità della congestione, alla rapidità con la quale vogliamo agire, alla presenza di comorbidity. Nel paziente acuto fortemente congesto, e limitatamente alla terapia diuretica, è nostro protocollo terapeutico agire sin dall'inizio con almeno tre classi di diuretici diversi. All'infusione continua di diuretici d'ansa (ad esempio furosemide 40-60 mg/h), che segue l'irrinunciabile bolo (ad esempio furosemide 60-80 mg), aggiungiamo da subito un tiazidico, usualmente il metolazone (5-15 mg/die per os) titolato ad almeno a 10 mg/die per 3-4 giorni. Non è consigliabile prolungarne l'uso per l'iposodiemia che questo farmaco può comportare. La sua lunga emivita ci sarà comunque di valido aiuto. Terza classe di farmaci che solitamente associamo sono gli antialdosteronici, peraltro indicati in tutti i pazienti con scompenso cardiaco avanzato. La nostra scelta privilegia il canrenone (200 mg ev 2 volte al dì) monitorando stret-

tamente la potassiemia. Al di là dell'effetto diuretico di per se, il razionale fisiopatologico di questi farmaci è dettato anche dalla presenza di un iperaldosteronismo secondario tipico di questi pazienti. L'alternativa valida in presenza di iperpotassiemia è un inibitore dell'anidrasi carbonica, tipicamente l'acetazolamide (250-500 mg per os). Questo diuretico particolarmente sottovalutato che abbiamo "regalato" ai colleghi oculisti per la gestione del glaucoma diviene, in associazione, un formidabile alleato. Bisogna però ricordarsi di monitorare l'equilibrio acido base per la tendenza all'acidosi che questo farmaco comporta.

Cosa sono gli acquaretici?

Gli acquaretici sono antagonisti del recettore per la vasopressina. Un incremento del livello circolante di vasopressina è presente nei pazienti con insufficienza cardiaca, è proporzionale alla sua severità e contribuisce alla ritenzione idrica ed all'iponatremia, entrambe correlate ad una prognosi peggiore. La vasopressina è prodotta a livello ipotalamico ed agisce su almeno due tipi di recettori: V1, cardiaci e vascolari e V2, localizzati a livello del dotto collettore renale, che determina-

no in modo specifico il riassorbimento di acqua libera ed antidiuresi. Questa azione diviene di enorme importanza proprio nell'insufficienza cardiaca. Nessun diuretico delle classi abitualmente utilizzate può interferire su questo meccanismo di riassorbimento dell'acqua. In conseguenza di ciò sono stati sviluppate varie molecole in grado di legarsi ai recettori per la vasopressina ed inibirne l'azione allo scopo di aumentare la diuresi. L'unico attualmente disponibile ed utilizzato nella pratica clinica è il Tolvaptan. La sua azione selettiva a livello dei recettori V2 comporta una potentissima escrezione di acqua libera da cui il nome "acquaretici". L'incremento della diuresi non è accompagnato da una perdita di elettroliti, a differenza di quanto causato dai diuretici tradizionali definiti appunto "saluretici".

Il Tolvaptan è stato mai testato in studi clinici?

Il trial di riferimento nell'insufficienza cardiaca è lo studio EVEREST (The Efficacy of Vasopressin Antagonism in Heart Failure Outcome Study With Tolvaptan), dove è stato dimostrato un indiscutibile effetto sulla congestione e su alcuni parametri

emodinamici pur non raggiungendo una significatività sugli outcome. Questo non ha permesso che il Tolvaptan ottenesse l'indicazione nell'insufficienza cardiaca in Italia, dove viene utilizzato solo per il trattamento delle iponatremie e nelle sindromi da inappropriata secrezione di vasopressina ed ultimamente nella terapia del rene policistico.

Indubbiamente anche se in questo trial i risultati sono stati inferiori alle attese il Tolvaptan ha dimostrato un'efficacia diuretica che meriterebbe ulteriori ricerche, semmai con endpoint diversi.

Quali conclusioni possiamo trarre dalla nostra chiacchierata?

L'insufficienza renale è la complicanza più frequente in corso di scompenso cardiaco e ne peggiora significativamente la prognosi. La congestione è aspetto caratterizzante di questa sindrome ed il suo trattamento si basa purtroppo più su "abitudini" che su solidi concetti di fisiopatologia. Sono pertanto convinto che, partendo necessariamente dal rapporto di interdipendenza tra cuore e rene nell'insufficienza cardiaca, si debba proporre una gestione terapeutica razionale più rispettosa della fisiologia renale.

Quaderno a Quadretti

di **Franco Fontanini**

America

C'è stato un tempo in cui il titolo che più contribuiva al prestigio di un medico, in particolare di un cardiologo, era l'aver soggiornato negli USA.

Si diceva: "È stato a Stanford, a Indianapolis, a Houston". Il massimo era Milwaukee. Oggi, nella biografia del professor Daniel Drake, il fondatore della scuola Medica di Filadelfia, si legge che, pur non avendo mai visitato l'Europa fu uno dei maggiori clinici del suo tempo.



Milwaukee

Gentiluomini

Accadde in un'università francese, oltre un secolo fa. Nel corso di un convegno un docente presentò i risultati di una sua ricerca.

Uno dei presenti dimostrò qualche perplessità sulle conclusioni. Per mascherare la sua incredulità confessò di non capire.

Il relatore ripeté le conclusioni, ma l'interlocutore ripeté che ancora non capiva.

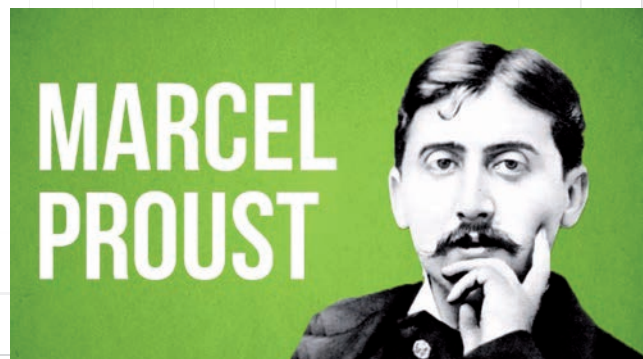
"Le conclusioni sono esatte, gli disse il relatore con un po' d'imbarazzo, vi do la mia parola d'onore!"

"Perché non me lo avete detto subito? Non mi sarei mai permesso di avere dei dubbi":

Prevenzione

La fedele governante di Marcel Proust, annusava con scrupolo tutte le donne che venivano a trovarlo prima di lasciarle entrare in casa.

Voleva accertarsi che non avessero indosso profumi che potevano scatenare crisi di asma nel suo padrone.





Dietologia

La dietomania dilaga, i grassi aumentano, nel mondo industrializzato le persone in sovrappeso sono il cinquanta per cento.

La fantasia dei dietologi è sempre più sorprendente.

Negli USA è attualmente in gran voga il dottor Don Colbert che si autodefinisce dietologo cristiano carismatico. I suoi manuali, che c'insegnano cosa fare per vivere sani e a lungo, vanno a ruba.

L'ultimo è un best seller intitolato, con improntitudine "Cosa mangerebbe Gesù".

Nulla di originale, si tratta di menù ipocalorici, poveri di grassi, ricchi di vegetali che antagonizzano i radicali liberi. Gesù, secondo le affermazioni del dottor Colbert era un grande camminatore. In trentatré anni percorse più di ventiquattromila chilometri, un po' più di quattro al giorno, ottimali per prevenire l'infarto.

Sfiga

Raccontava Silvio Orlando "La mia sfiga in amore? Non ne parliamo proprio. Io sono stato a letto con una donna una volta sola nella mia vita e tengo un figlio. Quella sera c'era lo sciope-ro delle farmacie, allora dissi:

Cara, che dobbiamo fare?

Facciamolo con il metodo del coitus interruptus..."

Quella sera a Napoli venne il terremoto.

Direte: E che c'entra?

Provate voi ad uscire in tempo con il settimo grado della Scala Mercalli!"

Pontormo

Jacopo Carucci detto il Pontormo dal paese dove era nato vicino a Empoli, oggi Pontorme, fu una personalità inquieta, un genio nevrotico, tormentato e un po' matto.

Il suo grande talento è stato riconosciuto con ritardo. È uno dei più grandi pittori del '500, secolo assai ricco di maestri sommi. Insieme a Rosso Fiorentino, anche lui toscano e quasi suo coetaneo, creò il primo manierismo, la "maniera" di dipingere che meglio non si può.

Figlio di un pittore allievo del Ghirlandaio del quale non si conosce nessuna opera, restò orfano nell'infanzia e fu affidato alla tutela del Magistrato dei Pupilli.

Allievo e poi rivale di Andrea del Sarto, insieme a Rosso Fiorentino soffrì l'inadeguatezza dell'arte del trionfante Rinascimento

nel descrivere i nuovi tempi, nati dalla filosofia dell'Umanesimo, e si dedicò febbrilmente alla ricerca di un nuovo linguaggio pittorico.

Il Vasari lo descrive come un giovane malinconico e solitario. A Firenze abitava nella soffitta di un'alta casa che raggiungeva con una scala di legno. Quando non aveva voglia di vedere nessuno la tirava su e si isolava dal mondo spesso per parecchi giorni.

Era un ipocondriaco che sof-



Jacopo Carucci, detto il Pontormo



Casa del Pontormo

Ragazzi

Un gruppo di operatori turistici francesi, statunitensi, inglesi, greci e spagnoli al termine di un'indagine, ha concluso che i bambini italiani in vacanza sono i più maleducati al mondo.

Sono i peggiori al ristorante, in albergo, sulla spiaggia, in ascensore, all'aeroporto. I greci

friva di innumerevoli malattie note e sconosciute. Di tanto in tanto si sentiva prossimo a morire.

Nei suoi diari ci ha lasciato interessanti appunti sui suoi dipinti, sui suoi mali e soprattutto sulla sua dieta.

“Sabato sera cenai con Piero”, scrive, “pesce d’Arno, ricotta, uova e carciofi”.

“Giovedì sera una insalata di lattuga e del caviale e uno huovo.”

“Sabato andai a taverna: insalata e pesce d’huovi e cacio e sentiimi bene”

“Giovedì cenai once 15 di pane”.

“Venerdì once 14 di pane”

“Sabato non cenai”

Saltava i pasti per curare molti disturbi.

A sessantadue anni si innamorò di una giovane donna, dopo pochi mesi morì.

La sua morte, come quella di Rosso Fiorentino è avvolta da mistero. I fiorentini del suo tempo erano tutti convinti che fosse morto consunto da quell’amore.

hanno detto che ne farebbero volentieri a meno.

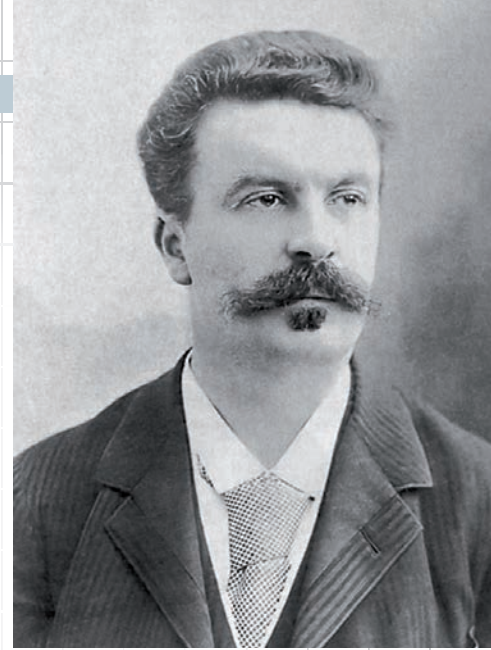
Gian Carlo Fusco mirabile descrittore di ambienti e persone dell’Italia che cambiava, sarebbe perfettamente d’accordo. Nell’immediato dopoguerra passò, per lavoro, alcune estati a Viareggio.

Nella trattoria dalle parti della Darsena dove mangiava, nel luglio del ‘48, arrivò una famiglia: padre e madre un po’ in là con gli anni con un figlio sui quindici anni, quasi ragioniere, promosso come annunciò il padre con quasi otto di media.

Sempre a detta del padre, il ragazzo era anche una promessa del calcio e le ragazze di Prato stravedevano per lui. Questa confessione paterna destò qualche perplessità nei commensali perché lo straordinario ragazzo aveva radi peli sul viso pieno di foruncoli rossi con puntina gialla, un naso prepotente e le gambe ricoperte da peli neri, setolosi e lunghissimi. L’insieme destava



Giancarlo Fusco



una notevole antipatia, ma le caratteristiche più vistose del ragazzo erano la saccenteria e la petulanza. Su ogni discorso della sala da pranzo lui si sentiva in dovere di dire sempre la sua. Il padre assentiva ad ogni intervento ostentando in giro la sua ammirazione.

Il ragazzo amava inoltre esibire la sua maestria nel palleggiare fra i tavoli facendo rimbalzare fino a cento volte il pallone su un piede o sull'altro alternativamente.

Fusco mangiava sempre più torvo, silenzioso, senza alzare gli occhi dal piatto e senza mai alcun cenno di approvazione degli elogi ammirati del padre, il quale si rivolgeva sempre più spesso a lui come per vincere il suo ostinato agnosticismo.

Solo una volta Fusco abbandonò la sua faticosa neutralità, e lo fece in modo risoluto, definitivo.

Il padre aveva fatto ad un vicino di tavolo, con curiosità esagerata, una domanda retorica, apodittica, come si diceva al liceo.

“Secondo lei, cosa diventerà questo giovanotto?”

Fusco alzò di scatto la testa e furiosamente gridò:

“Glielo dico io! Diventerà un grandissimo rompicoglioni.”

Igiene

Flaubert non vedeva con simpatia i centri di ginnastica e di cultura fisica che nascevano verso la fine dell'Ottocento.

Scrisse a Maupassant trentenne: “Mio caro amico, avete un'aria ben seccata e la vostra noia mi affligge. Perché potreste impiegare il tempo più gradevolmente. Bisogna lavorare di più. Temo che siate un po' fannullone. Troppe donne! Troppo canottaggio! Troppa ginnastica! Sissignore. L'uomo

civile non ha bisogno di tanta locomozione, quanto ne pretendono i signori medici.

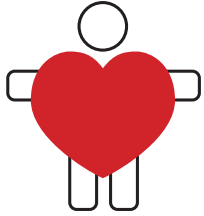
Siete nato per far versi, fatene, tutto il resto è vano a cominciare dai vostri piaceri e dalla vostra salute, ficcatevelo ben in testa. Del resto, se seguirete la vostra vocazione, la vostra salute ne guadagnerà”. Questa osservazione è ispirata a una filosofia o meglio a una igiene profonda. Maupassant morì a quarantatré anni, nel 1893.

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

- *I colleghi della ICAM Spa di Orsenigo per onorare la memoria di Juled Kinkaj*



Foto di Giorgia Magnoni



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

- **Giuseppe Abbenante** di Apricena (Fg)
- **Marcello Abita** di Roma
- **Vincenzo Alessi** di Roma
- **Giovanni Ambrosi** di La Spezia
- **Luciano Arcari** di Roma
- **Associazione Amici del Cuore Onlus** di Motta di Livenza (Tv)
- **Raul Bartoli** di Roma
- **Giacomo Bassis** di Busto Garolfo (Mi)
- **Giovanni Bastianelli** di Roma
- **Claudio Bay Rossi** di Arezzo
- **Lino Beber** di Pergine Valsugana (Tn)
- **Riccarda Beltrami** di Cortina d'Ampezzo (Bl)
- **Ascanio Bernardelli** di Agnosine (Bs)
- **Primo Bonacorsi** di Spezzano Fiorano (Mo)
- **Giuseppe Borghi** di Bologna
- **Pietro Braga** di Gavardo (Bs)
- **Michele Bucci** di Treviso
- **Umberto Bugatti** di Roma
- **Salvatore Cantafio** di Pieve di Soligo (Tv)
- **Sabino Cardone** di Maenza (Lt)
- **Graziano Caroni** di Empoli (Fi)
- **Mario Carrai** di Lido di Camaiore (Lu)
- **Ofelia Cecchi Vassallo** di Mogliano Veneto (Tv)
- **Piero Emilio Cerutti** di Pavia
- **Lanfranco Chiodetti** di Monza
- **Giuseppe Ciotoli** di Ostia Lido (Rm)
- **Giannino Cittadini** di Roma
- **Arturo Coghe** di Cagliari
- **Edge Consulting** di Milano
- **Giovanni Coppi** di Roma
- **Massimo Corradeghini** di Sarzana (Sp)
- **Felice D'Amato** di Pistoia
- **Angelo De Feo** di Verona
- **Antonio e Daniela De Rinaldis** di Roma
- **Iolanda Deantoni** di Roma
- **Rino Defilippi** di Voghera (Pv)
- **Luigi D'Elia** di Roma
- **Maria Emanuela Desio** di Roma
- **Felice Di Francesco** di Borgomanero (No)
- **Luigia Fabrizzi** di Roma
- **Gaetano Falbo** di Sambiasse (Cz)
- **Ubaldo Stazi Farmacia** di Galliciano nel Lazio (Rm)
- **Paola Ferracci** di Roma
- **Maria Rosa Ferrante** di Pozzuoli (Na)
- **Mariano Ferrari** di Padova
- **Demetrio Festa** di Castiglione Cosentino (Cs)
- **Anna Maria Forzan** di Abano Terme (Pd)
- **Giuseppe Francesconi** di Roma
- **Giuseppe Frazzini** di Toscolano Maderno (Bs)
- **Walter Funto** di Roma
- **Salvatore Gambardella** di Sorrento (Na)
- **Antonio Gennari** di Marigliano (Na)
- **Francesco Giandinoto** di Grammichele (Ct)
- **Giuliano Giovanardi** di Maranello (Mo)
- **Aldo Giusti** di L'Aquila
- **Maria Grilli Caiola** di Roma
- **Ugo Grimaldi** di Paduli (Bn)
- **Paola Grisogni** di Ladispoli (Rm)
- **Fiorenzo Grollino** di Roma
- **Vittorio Grossi** di Esperia (Fr)
- **Massimo La Gioia** di Roma
- **Paolo Levoni** di Castelluccio (Mn)
- **Luigi Lista** di Roma
- **Elisa Lo Pinto** di Roma
- **Vincenzo Lobrano** di Palmanova (Ud)
- **Angelo Lotti** di Roma
- **Luigi Mannucci** di Roma
- **Alberto Margrit** di Gravera (To)
- **Giulia Maria Angela Forzano** di San Piero Patti (Me)
- **Osvaldo Maronati** di Milano
- **Antonio Mastrolitti** di Bari
- **Francesco Medi** di Viareggio (Lu)
- **Elio Meloni** di Oristano
- **Emmanuel Miraglia** di Roma
- **Marina Molinari** di Roma
- **Carmen Giulia Morandi - Guidetti** di Correggio (Re)
- **Giovanni Moretti** di Milano
- **Anna Maria Nannini Regis** di Varese
- **Giuseppe Narici** di Anguillara Sabazia (Rm)
- **Anna Maria Narici** di Roma
- **Rodolfo Negri** di Ostia (Rm)
- **Giorgio e Nada Nidoli** di Varese
- **Piero Nuvoli** di Roma
- **Mario Orio** di Venezia
- **Gabriella Ortini Riello** di Legnago (Vr)
- **Renzo Palazzetti** di Roma
- **Augusto Pasqualini** di Barasso (Va)
- **Bruno Pasqualoni** di Roma
- **Piergiorgio Paton** di Portogruaro (Ve)
- **Giovita Antonella Piccillo** di Catania
- **Francesco Piras** di Cagliari
- **Giovanni Pomponi** di Roma
- **Giorgio Pozzi** di Roma
- **Fernanda e Gino Riva** di Varese
- **Alessandro Rossi** di Desenzano (Bs)
- **Corrado Rossi** di Roma
- **Armando Sabbatini** di Falconara Marattima (An)
- **Franco Salvati** di Roma
- **Giancarlo Scibona** di Roma
- **Carmen Sciuto D'Arrigo** di Roma
- **Antonino Scolaro** di Trecastagni (Ct)
- **Fernando Sensidoni** di Roma
- **Domenico Tarantini** di Trani (Ba)
- **Mario Tecce** di Moricone (Rm)
- **Emanuele Tedesco** di Bari
- **Italo Testa** di Campobasso
- **Pericle Tiscione** di Parco Cerasole (Ce)
- **Lucio Trodella** di Roma
- **Marco Giovanni Valente** di Torino
- **Maria Grazia Vanzin** di Roma
- **Liliana Varano** di Roma
- **Giovanni Verga** di Pavia
- **Antonia Visconti** di Frascati (Rm)
- **Renato Zampieri** di Verona
- **Bruno Zandin** di Cadoneghe (Pd)
- **Maria Zanini Piotti** di Milano
- **Rolando Zorzi** di Lido di Venezia
- **Martino Zubiani** di Roma

“

“...E a brucar serio e lento seguitò”

Era “l’asin bigio” che il Carducci mette a chiosa finale della poesia “Davanti a San Guido”, nella quale tanti problemi di nostalgia ed esistenziali si erano accavallati. Quel “serio e lento” era a simbolo di una filosofia di vita contraria all’affannarsi, che l’uomo spesso si costruisce nella ricerca di quelle “egregie cose” che Foscolo aveva messo nei “Sepolcri” e il poeta toscano nelle sue “Odi barbare”. L’eterno contrasto fra la vita meditativa di un Buddha, obeso e longevo, e di un Ulisse, magro e pugnace, che finisce ancora giovane oltre le colonne d’Ercole. Suggestive rimembranze scolastiche che oramai hanno lasciato il posto alle conoscenze scientifiche e ai pedestri consigli della medicina pratica, anche quella classica del “prima digestio fit in ore” (la prima digestione si ottiene masticando). Quindi mangiare lentamente affinché lo stomaco abbia il tempo di mandare al cervello il segnale di sazietà ed evitare di conseguenza l’accumulo di calorie inutili sotto forma di grasso. Sovrappeso e obesità, oggi precisati nelle direttive dell’indice di massa corporea, in cui si tiene conto del peso e dell’altezza (da 25 a 30 nei sovrappeso e da 30 in poi negli obesi), continuano ad essere segnalate quale minaccia per la salute di noi occidentali opulenti, che quando possiamo, cioè spesso, ci facciamo prendere volentieri per la gola. Le conseguenze non è il caso di ricordarle qui, anche per non tediare questo ameno discorrere, come fossimo davanti al caminetto con un buon bicchiere di vino. Semmai sorridendo sui giapponesi, un tempo così agili e magri, sempre muniti delle loro Canon e Nikon per fotografare ogni cosa, e generosi nel dare a noi, gonfi di peso e di colesterolo, un aiuto con l’invenzione delle statine; mentre oggi anche loro, per volerci imitare, si stanno preoccupando dell’indice di massa corporea e ci propongono uno studio accurato sulla velocità della masticazione. Nell’Università di Fukuoka, infatti, Yumi Hurst e Haruhisa Fukuda hanno studiato tra il 2008 e il 2013 quasi 60.000 soggetti di entrambi i sessi, tutti con gli occhi a mandorla, per verificare quanto inferiva sul loro peso il mangiare lento o veloce (British Medical Journal, marzo 2018). Le conclusioni, cui sono arrivati, al netto dei tanti complicati indici statistici che con grande diligenza gli autori hanno riportato e che noi, data la fonte e la nostra ignoranza in materia diamo per buoni, ci informano che non solo l’obesità è meno frequente in chi mangia lentamente, ma anche l’indice di massa corporea e la circonferenza a livello della pancia negli uomini e dei glutei nelle donne sono statisticamente inferiori.

Al mio paese molti anni fa tutti guardavamo con un misto di ammirazione e quasi con un certo senso di colpa una famiglia di farmacisti, tutti magri e pallidi, dove il pater, fra le altre direttive salutistiche, aveva imposto di masticare 36 volte ogni boccone prima di ingerirlo. Così almeno riferiva un parente, che pur non sedendo alla loro mensa ne coglieva le confidenze e i pettegolezzi. È rimasto però un interrogativo: come mai tutti e quattro quei componenti siano deceduti prima della vita media del loro tempo, sempre con il fisico asciutto e per malattie in contrasto con quelle sobrie abitudini? Evidentemente ogni regola, anche quella giapponese, ha le sue eccezioni, a conferma che l’uomo e con lui la donna rimangono meravigliosamente complicati.



Buddha



E.P.

”



di Giovanni Missagia

Il loto del cuore

L'induismo ci permette di vedere il cuore in una luce profondamente diversa dalla cultura occidentale, indicandoci il cammino per realizzare la sua pienezza.

La "scienza della vita"

La millenaria medicina indiana è custodita nel testo *Āyurveda* (*ayur* = lunga vita, *veda* = conoscenza rivelata), ossia "Scienza della vita", che comprende il *Charaka samhita* del medico Charaka (I sec. a.C.) e *Sushruta samhita* del medico Sushruta (II sec. d.C.). Il suo obiettivo è quello di "curare le infermità, proteggere la salute e prolungare la vita". È un sistema medico olistico, secondo il quale malattia e salute sono processi concatenati che coinvolgono "corpo, mente e spirito".



La "buona vita", quindi, è la pienezza umana, che comporta l'armonia con se stessi e con gli esseri. Felice è la vita ricca di energia, intelligenza, bontà, successo, priva di malattie sia fisiche che psichiche. La malattia è una manifestazione della disarmonia umana e



Padma o "Loto"



cosmica e la cura consiste nel ristabilire l'armonia tra il materiale e lo spirituale, l'individuale e il cosmico.

L'approccio ayurvedico alla malattia è profondamente diverso da quello della medicina occidentale. Noi, quando ci sentiamo male, ci rivolgiamo allo specialista - cardiologo, neurologo, ortopedico, ecc. - che ci sottopone a esami e fissa terapie e medicine per curare quel malanno. Le terapie ayurvediche, invece, non si limitano a eliminare i sintomi, ma concorrono ad equilibrare l'organismo mediante l'alimentazione, i massaggi e la meditazione.

La fisiologia sottile

L'*Āyurveda* si radica nella "fisiologia mistica" delineata da *rishi* o "asceti" in base alle loro esperienze, che al "corpo fisico" studiato da medici e specialisti contrappone il "corpo sottile" costituito dalle *nādī* e dai *chakra* o *padma*, che diffondono nell'orga-

nismo il *prāna* e possono essere percepiti con la "coscienza illuminata" in virtù dello yoga.

Chakra o "ruota, cerchio" è il simbolo dei centri psicofisici sparsi in tutto il corpo, fra i quali fondamentali sono i sette situati lungo la colonna vertebrale. *Padma* o "loto" è una pianta della famiglia delle ninfee, le cui radici affondano nella melma, lo stelo sale sulla superficie dell'acqua e la sua corolla aperta verso il cielo galleggia sull'acqua senza essere bagnata, simbolizza il distacco o non-attaccamento di chi vive nel mondo senza esserne coinvolto: "nel mondo, ma non del mondo", scrive Rāmakrishna. Il fiore di loto, inoltre, rappresenta il ciclo incessante della vita, perché sboccia all'alba aprendosi alla luce e si chiude al tramonto con l'oscurità.

Il *prāna* o "soffio vitale", ispirato dalle narici, fluisce attraverso le *nādī* all'interno del corpo (se ne contano 72.000) con

funzioni diverse e dà forza e vita all'individuo, che vive fino a quando fluisce il respiro. *Idā*, *pingalā* e *sushumnā* sono le tre *nādī* di capitale importanza che salgono lungo la colonna vertebrale fino alla sommità del capo. Alla base della spina dorsale giace la *kundalini* o "serpente", ossia l'energia arrotolata e dormiente che, risvegliata dagli esercizi psico-fisici yogici, è indotta a salire lungo la *sushumnā*, liberando via via i sei *chakra* incontrati dai blocchi che ne impediscono il suo flusso. Il *prāna*, che scorre nelle *nādī* eccetto che nella *sushumnā*, consente le normali funzioni vitali: digestione, assimilazione, evacuazione, movimento, ecc., tenendo l'individuo legato alla schiavitù del *samsāra* e alla morte. Se, invece, il *prāna* scorre nella *sushumnā*, libera la *kundalini* che attraversa i sei *chakra* e sale al settimo *chakra* posto nella sommità del cervello, dove si realizza la congiunzione tra il Sé individuale e il Sé assoluto, liberando lo yogi dall'impermanenza del *samsāra* avvolto nell'ignoranza e nella sofferenza.

I sette Rāja Chakra

Sette i *Rāja Chakra* o *Chakra Reali* posti lungo la



sushumnā e visualizzati come cerchi o lotti con un numero via via crescente di petali e ciascuno collegato ad uno dei cinque elementi cosmici - terra, acqua, fuoco, aria, etere - simbolizzati da un *yantra* o “forma geometrica” e da un proprio colore. Il primo è *Mūlādhāra*, un loto con quattro petali purpurei e legato all’elemento Terra indicata dal quadrato: è posto alla radice (*mula*) della *sushumnā* e controlla gli organi sessuali ed escretori; la concentrazione su di esso permette di staccarsi dalla terra. Il secondo è *Svadishthana*, un loto con sei petali vermigli e legato all’elemento Acqua rappresentata dalla mezzaluna: risiede nella regione sacrale e domina l’intestino; la concentrazione su di esso permette di ottenere la piena salute. Il terzo è *Manipūra*, un loto con dieci petali blu e legato all’elemento Fuoco rappresentato da un triangolo rovesciato; è localizzato all’altezza dell’ombelico nel plesso solare; la concentrazione su di esso permette di dominare la morte. Il quarto è *Anāhata*, un loto con dodici petali rossi simbolizzato da due triangoli equilateri sovrapposti e rovesciati a forma di stella simile alla stella di David è legato all’elemento Aria e di colore verde: si trova nella regione cardiaca; la concentrazione su di esso permette di conoscere il passato e il futuro. Il quinto è *Vishuddha*, un loto con sedici petali di colore antracite simbolizzato da un triangolo con cerchio inscritto e legato all’elemento Etere che permea l’universo: si trova nella zona della gola; la concentrazione su di esso permette di ottenere poteri straordinari.

Il sesto è *Ājnā*, un loto di luce simbolizzato da due petali bianchi e non legato ad alcun elemento: si trova tra le sopracciglia dove si trova il mistico “terzo occhio”; la concentrazione su di esso permette di cogliere l’*advaita* o “non-dualità”. Il settimo è *Sahasrāra*, un loto con mille petali di un bianco splendente: si trova sulla sommità del capo, dove si compie l’unione fra la *Kundalinī-Shakti* e *Parama-Shiva*; la concentrazione su di esso porta alla coscienza dell’unità tra Sé individuale e Sé universale.

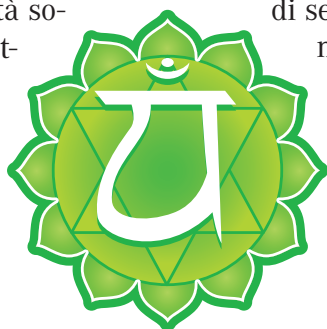
Il “loto del cuore”

Anāhata o “non provocato” - richiama il “suono mistico” non percettibile dall’orecchio umano - è detto anche *Hridaya Chakra* o *Chakra del cuore*, essendo localizzato nella zona cardiaca: è sede sia del *jivatman* o

“Sè” sia dell'*ahamkāra* o “ego”. Il suo *yantra* è costituito da due triangoli equilateri sovrapposti e rovesciati a forma di stella - il vertice verso l'alto simbolizza il dio *Shiva* e il vertice rivolto verso il basso la *Shakti*, sua sposa - a significare che “maschile e femminile” si intrecciano e si fondono nel cuore e il Sé si apre all'amore.

In questo *chakra*, quindi, creiamo la nostra identità sociale, che ci permette di aprirci verso gli altri. Per poter creare delle sane relazioni è necessario concepire l'unione e la differenza di genere come due aspetti strettamente collegati, rispettando la differenza e la libertà del partner, e permettiamo al legame di crescere e di rinnovarsi continuamente senza bloccarlo con l'angoscia del distacco. A questo livello è importante mantenere l'equilibrio per creare relazioni basate sull'amore. Le relazioni con gli altri rispecchiano il rapporto che abbiamo con il nostro “io”; se questo non è sano, non lo saranno neppure i rapporti con gli altri.

La concentrazione su questo



Anahata

chakra fa crescere l'amore incondizionato, che racchiude l'esigenza di amare e di essere amati; ma può essere danneggiato da pregiudizi sessuali e razziali o da forme di odio. Amore che si nutre di sentimenti positivi; se è debole può provocare agitazione o depressione.

Una carenza di energia porta a tirarsi indietro e a controllare il proprio impulso per paura di dover soffrire. Chi è stato ferito nel cuore difficilmente si lascia andare: aspetta che qualcuno arrivi a salvarlo oppure rimane legato al passato e non riesce a costruire nuovi legami nel presente. Il dolore rende pesante e chiuso il *chakra* del cuore. Per affrontare il dolore è fondamentale affrontare le nostre responsabilità, passaggio che aiuta ad alleggerire il cuore.

Anāhata, è connesso con i polmoni e legato all'elemento Aria e al colore verde, il colore del mondo vegetale e della rinascita: è rinvigorito dal *bija mantra* o “sillaba seme” *yam*, la cui vibrazione sottende il movimento dell'aria.

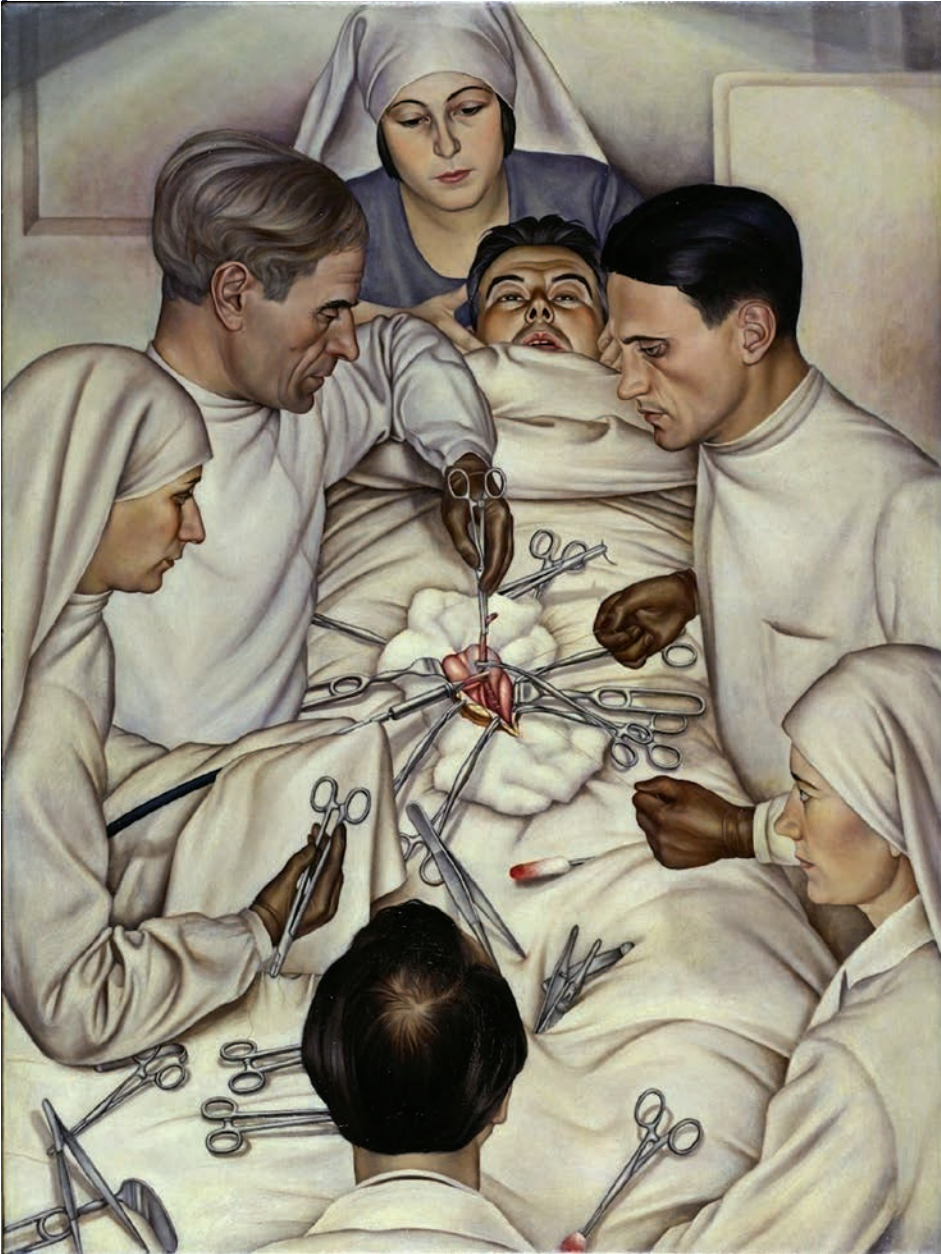
Ed ecco le tre modalità per potenziare il *chakra* del cuore:

- in primo luogo frequentare ambienti pieni di Aria, salendo in montagna a respirare profondamente e percepire l'energia cosmica;
- in secondo luogo praticare la meditazione per poter arrivare ad amare l'altro senza volerlo cambiare, ripetendo il *mantra* o “suono sacro: “Ama il prossimo tuo come te stesso”.
- in terzo luogo fare esercizi di respirazione yoga per dilatare il petto e liberare l'energia vitale: inspirare, trattenere il respiro, espirare lentamente così da liberare il cuore dal peso del dolore, della sofferenza, della solitudine.



di Filippo Stazi

Quadri e Salute



Operazione è un olio su tela dipinto da Christian Schad nel 1929 e conservato a Monaco di Baviera nella Städtische Galerie im Lenbachhaus.

Schad nasce in Baviera nel 1894, figlio di un agiato avvocato, appassionato di arte, che lo sovvenzionerà per una lunga parte della sua vita. Nel 1913 si iscrive all'Accademia di Arte di Monaco ma nel 1915, per evitare la prima guerra mondiale, si procura un falso certificato medico, simula un problema cardiaco e si rifugia in Svizzera, prima a Zurigo e poi a Ginevra. Attraversa inizialmente le varie correnti pittoriche dell'epoca, l'espressionismo, il cubismo, il dadaismo senza però trovare la sua vera strada. È decisivo nella sua vita il soggiorno di tre anni in Italia. Il nostro paese, e la pittura di Raffaello in particolare, gli "aprono gli occhi" e gli permettono di trovare il suo stile.

Il suo modo di dipingere lo colloca, pur in assenza di una sua adesione formale, all'interno del movimento tedesco della Nuova Oggettività, che risente for-

temente dell'influenza della pittura italiana del '400. Schad si concentra prevalentemente sui ritratti e nell'insieme la sua produzione configura una gelida galleria di figure in cui il pennello, freddo come un bisturi, sembra ritrarre non tanto delle persone ma un'epoca, quella difficile di Weimar, quei pochi anni in cui la Germania trapassa dalla disfatta della prima guerra mondiale al dramma dell'orrore nazista. Le sue rappresentazioni di bohemiens, intellettuali ed aristocratici, catturano e rappresentano la decadenza e la libertà dei costumi di quegli anni. I suoi personaggi comunicano solo attraverso gli occhi, le loro labbra sono serrate, sembrano essere loro ad osservare noi piuttosto che noi ad osservare loro.

L'*Operazione* è un tipico esempio della sua pittura. Ogni figura è isolata ed apparentemente concentrata solo su sé stessa, l'assoluto lindore dell'ambiente operatorio ha dell'innaturale, il corpo del malato è interamente ricoperto da un lenzuolo ricol-

mo di pinze chirurgiche. Il malato è immobile, non c'è contatto visivo o umano tra nessuno dei personaggi, l'atto medico è ridotto a pura prestazione professionale. L'insieme trasmette all'osservatore un senso d'inquietudine, di angoscia, di solitudine esistenziale.

L'avvento del nazismo, pur se non viene messo al bando come altri esponenti della nuova oggettività ed anzi venga inserito nel 1937 nella mostra hitleriana sulla grande arte germanica, spinge Schad ai margini della vita pubblica. La crisi economica degli anni '30 e il conseguente declino del patrimonio paterno lo costringono a ridurre l'impegno pittorico e a prendere in gestione una birreria. Nel 1943 i bombardamenti alleati distruggono il suo studio berlinese e si trasferisce in Baviera dove resterà definitivamente. Il suo nome tornerà a circolare solo negli anni '60 grazie a due mostre tenute, senza alcun suo coinvolgimento diretto, in vari Paesi europei. Muore nel 1982 a Stoccarda.

Dalla cintola in giù



Leo Buerger

Farinata degli Uberti, ghibellino orgoglioso, eretico ed epicureo, fu descritto da Dante “dalla cintola in sù” e “com’avesse l’inferno a gran dispetto”, a memoria delle sue intemperanze. Un’immagine che ci riporta, parafrasando con libera fantasia si capisce, ai molti guai medici che colpiscono le nostre nobili arterie dei reni-cuore-cervello nella metà superiore del corpo. Che sempre associamo all’infarto, all’ictus e ai nostri vizi e disattenzioni, dei quali molto si è scritto in queste pagine, fino alla noia. Poco

invece s’è detto “dalla cintola in giù”, ossia, sempre utilizzando la dicotomia del sommo poeta, i guai che colpiscono l’aorta e le sue diramazioni per le budella, il sesso e le gambe. Forse anche perché questi secondi sono guai più subdoli e silenziosi, e diventano imperativi solo quando sentiamo mordere i polpacci mentre camminiamo o quando un bozzo dell’aorta si rompe, ed è quindi un po’ tardi.

Circa un secolo fa un chirurgo viennese, certo Leo Buerger, descrisse come una curiosità alcuni casi di pazienti affetti da una “strana” arteriopatia delle gambe, esclusiva degli uomini, che oltre a intralciare la

marcia poteva arrivare all'amputazione. La chiamò tromboangiite perché allora era di moda l'infiammazione e perché ci vide alcune cellule sospette di questa. Vi osservò, però, pure un qualche suo rapporto con il fumo, che a quei



tempi era una prerogativa maschile. Solo qualche sciantosa, munita di lungo bocchino d'avorio, vi si esibiva, senza aspirare però, mentre la nuvoletta azzurra che ne usciva e volteggiava nell'aria si inseriva già di per sé nella seduzione. La nicotina invece era così poca e salutaria in lei da non riuscire a danneggiarle i vasi.

Tale differenza tra uomo e donna non fu subito capita, benché qualcuno avesse probabilmente pensato alla genetica e agli ormoni protettivi; ma quando il vizio soggiogò anche le signore, oramai emancipate e un tantino rivaleggianti, si cominciò a vedere che il Buerger poteva anche essere rosa. Sempre però protetto in qualche misura dagli ormoni prima e dopo il climaterio. Nel frattempo era cambiata addirittura la fisiopatologia, ossia la spiegazione di quel-

le involuzioni arteriose, che di infiammatorio avevano poco, e che più banalmente erano dovute a una specie di degenerazione, mi scusino gli anziani, che si chiama arteriosclerosi, e alla quale noi diamo una mano con il fumo e altri vizi.

Negli ultimi lustri si è assistito all'avanzata dei Doppler (ecografie), angiografie, TAC e RMN, in sostituzione della vecchia e gloriosa palpazione. Questi esami nonostante il costo, che in uno screening esteso mette in crisi la Sanità, hanno consentito e obbligato a rompere quei silenzi dell'aorta e delle femorali, scoprendo in tempo sia la claudicatio (difficoltà a camminare) per i vasi ristretti, che l'aneurisma dell'aorta addominale. Quest'ultimo poi è diventato un vero killer in agguato, benché la sua incidenza sia solo dell'1.7% dopo i 65

anni e faccia paura quando superi i 5 centimetri di diametro, una palla da tennis. Tale "mostro" è una specie di sfiancamento a bolla dell'aorta, simile a quanto succede ai copertoni di bicicletta logorati. L'uno e l'altro se

scoppiano ci lasciano "a terra". Prevenire quindi tutte quelle silenziose conseguenze vascolari della metà inferiore del corpo, quella che anche Farinata nascondeva, è stato il compito di varie ricerche dell'inizio di questo secolo.

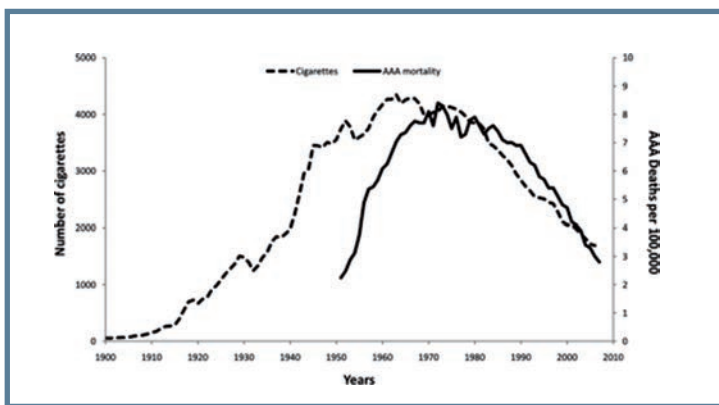
Le principali sono state realizzate nel nord-Europa, Svezia e Finlandia, ma anche nel Regno Unito, in USA e in Australia, e tutte hanno mostrato che un'attenta valutazione dopo i 65 anni, specie nell'uomo, consente di ridurre del 30-40% le rotture degli aneurismi e dell'80% la mortalità. Naturalmente la rottura, quando succede, paga un prezzo elevatissimo (il 79% non si salva), mentre l'intervento preventivo, chirurgico o con una specie di manicotto inserito mediante puntura dall'inguine, ha un rischio inferiore all'uno per cen-



con il fumo, quello che i patologi di un secolo fa avevano segnalato come una curiosità. Gli attuali invece, mettendo in correlazione la quantità di sigarette fumate e la mortalità per aneurisma dell'aorta addominale dagli inizi del XX° secolo alla prima decade dell'attuale, hanno documentato che l'ascesa della curva a campana realizzata dall'aumento del fumo a partire dagli anni '40 fino ai '70-'80, ossia prima che gli studi medici dimostrassero l'inequivocabile azione dannosa del tabacco sulle arterie, e la sua discesa dal 1975 al 2010, dopo tali studi, era sovrapponibile a quelle degli exitus per aneurisma (vedi Grafico). Se a questo punto qualche "impenitente" volesse mettere in dubbio il peso delle sigarette sarebbe facilmente zittito dall'osservazione che nei portatori di aneurisma e anche in quelli claudicanti il fumo incide per oltre il 70 per cento.

Ringrazio l'Alighieri per avermi "concesso" questa similitudine onde rendere un argomento così ostico per la sua crudezza e anche un tantino quaresimalista, forse un po' più accettabile.

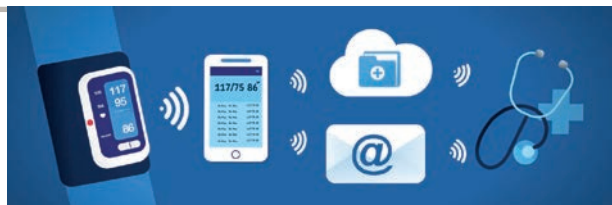
to. L'osservazione più interessante in tutte queste ricerche, che in fondo riguardano una patologia coinvolgente, come ho detto, una piccola minoranza degli anziani (1.5-1.7%) è il suo rapporto



Frank A. Lederle, Circulation 2011

“

Confronto fra pressione istantanea e delle 24 ore



A leggere lo studio di Madrid pubblicato sul *New England Journal of Medicine* di aprile 2018, la prima riflessione che viene in mente è come

potavano i medici di appena 50 anni fa prevedere, prevenire e curare i guai conseguenti alla pressione alta. La misurazione attuata allora solo dal medico con il suo glorioso sfigmomanometro a mercurio due o tre volte l'anno, come si usava tra i più diligenti, sembra oggi poco più di una palpatina di polso se la compariamo a quanto è venuto dopo: la progressiva autorizzazione data alle farmacie, agli infermieri e al paziente stesso di controllare la pressione con i moderni rilevatori digitali. L'uso ripetuto di questi, quasi maniacale in alcuni pazienti, diventa una specie di monitoraggio delle 24 ore, quello impropriamente detto Holter della pressione. Lo stesso usato per l'appunto dagli spagnoli, e confrontato con le misurazioni istantanee e saltuarie, in quattro categorie di pazienti:

- 1) gli ipertesi dichiarati, con pressione alta sia nelle misurazioni istantanee del medico che delle 24 ore;
- 2) quelli da camice bianco, che sono ipertesi solo alla visita medica, ma non al monitoraggio delle 24 ore;
- 3) gli ipertesi mascherati, normali invece alla visita medica, ma con valori alti durante le 24 ore;
- 4) i normali, con pressione normale sia dal medico che nelle diverse fasi del giorno.

Dallo studio iberico, eseguito su quasi 64.000 adulti (!) e condotto per 10 anni dal 2004 al 2014, si è constatato, alla fine del tempo di osservazione, che dei quasi 4 mila decessi (6%) un terzo era dovuto a malattie cardiovascolari. E che risultava migliore il monitoraggio

delle 24 ore, rispetto al controllo medico saltuario, nel mettere in evidenza l'aumento di pressione e il suo rischio di complicanze. Una capacità calcolata in circa il 60% in più. Rilevando in particolare che l'ipertensione mascherata, quella evidenziata solo dal monitoraggio delle 24 ore, mascherava anche il maggiore rischio di mortalità, quasi tre volte di più; mentre gli ipertesi già codificati o quelli da camice bianco aumentavano quel rischio solo, si fa per dire, dell'80 per cento. Naturalmente anche in questa analisi, come nelle molte altre degli studi sulle popolazioni, si sottolineava l'importanza dei soliti fattori di rischio nell'aumentare le conseguenze della pressione alta di per sé: l'età, il sesso maschile che è più penalizzato, l'obesità, il fumo, il diabete, le malattie cardiovascolari preesistenti; ma anche il trattamento, che agisce però in senso favorevole.



Omaggio quindi agli spagnoli, che come gli italiani cercano di recuperare il tempo perso nei secoli a rincorrere gli elisir e le pietre filosofali, sordi al metodo scientifico confuso con l'apostasia. Un mio amico e collega di Barcellona, che più degli italiani ha sofferto l'autarchia culturale nella dittatura, e che oggi ha un figlio emergente nella ricerca cardiologica internazionale, dice che anche da loro si mantengono certe arretratezze, difficili da scalzare. E che si sta verificando, come da noi, una chiara differenza fra il buon livello culturale e di ricerca della classe medica, oramai allineata a quelle dei paesi più avanzati, e le superstizioni-arretratezze della popolazione generale. Questa non ha molte colpe, poiché non trova nella scuola, nelle tradizioni e tanto meno nei "maghi" della medicina alternativa le conoscenze della scienza in continua evoluzione. Ogni volta infatti che affrontiamo il problema dei farmaci placebo, dell'omeopatia, di come curare malattie difficili, della prevenzione e dei vaccini si erge un muro "ideologico", che continua a lasciare separati chi sa e chi presume di sapere. Meno male che giocherellando con gli smartphone pressori, qualcuno riesce a seguire meglio la sua pressione.

E.P.

”



“Accordo fra il Ministero dell’Ambiente e le Regioni del Bacino Padano” Proposte concrete per migliorare la qualità dell’aria

La Corte di Giustizia dell’Unione Europea ha condannato l’Italia con sentenza del 19 dicembre 2012 per non aver rispettato, negli anni 2006 e 2007, i limiti imposti per la qualità dell’aria del materiale particolato PM_{10} in numerose zone del suo territorio. La Commissione Europea ha inoltre avviato altre due procedure di infrazione contro l’Italia per non aver rispettato, per il PM_{10} , tra il 2008 e il 2012, in 19 zone e agglomerati, i valori limiti giornalieri ($50\mu\text{g}/\text{m}^3$) da non superare 35 volte in un anno e la media annua ($40\mu\text{g}/\text{m}^3$). In Europa lo Stivale, nel 2013, ha rappresentato la maglia nera per i decessi anticipati per il biossido di azoto NO_2 , (21.040) e l’ozono O_3 , (3.380); per il $PM_{2,5}$ con 66.630 decessi anticipati è invece secondo in classifica. La Pianura Padana è fra le aree più contaminate d’Europa, sebbene si riscontrano criticità elevate in Turchia, Polonia, Benelux, Balcani. In questo quadro si delinea la necessità di



adottare provvedimenti strutturali e conseguire in un tempo definito il rispetto dei limiti della qualità dell'aria, onde prevenire le pesanti ripercussioni sulla salute dei cittadini nonché evitare condanne della Corte di Giustizia Europea con pesanti oneri economici e possibile riduzione dei fondi strutturali per l'Italia.

Alcune Regioni nel febbraio 2017 hanno pertanto avviato un progetto denominato PREPAIR (Po Regions Engaged to Policies of AIR) per il miglioramento della qualità dell'aria; il progetto, della durata di sette anni, ammonta a 17 milioni di euro. Nell'accordo fra il Ministero dell'Ambiente e le Regioni del Bacino Padano si individuano una serie di interventi comuni da porre in essere ai fini del miglioramento della qualità dell'aria e del contrasto all'inquinamento atmosferico, a cui aggiungiamo alcune nostre idee, tra cui:

a) prevedere una limitazione della circolazione dal 1 ottobre al 31 marzo di ogni anno, da applicare entro il 1 ottobre 2018, dal lunedì al venerdì, dalle ore 8,30 alle ore 18,30, salve le eccezioni indispensabili, per le autovetture ad alimentazione

diesel, di categoria inferiore o uguale ad "Euro 3". La limitazione è estesa alla categoria "Euro 4" entro il 1 ottobre 2020 ed alla categoria "Euro 5" entro il 1 ottobre 2025. La limitazione si applica prioritariamente nelle aree urbane dei comuni con popolazione superiore a 30.000 abitanti presso i quali opera un adeguato servizio di trasporto pubblico locale, ricadenti in zone presso le quali risulta superato uno o più dei valori limite del PM_{10} o del biossido di azoto NO_2 ; in caso di assenza di un adeguato sistema di trasporto pubblico potrebbe venir meno la possibilità applicativa o rinviata;

- b) promuovere a livello regionale, mediante la concessione di appositi contributi, la sostituzione di una o più tipologie di veicoli oggetto dei divieti di cui alla lettera a), con veicoli a basso impatto ambientale quali i veicoli elettrici, ibridi elettrico-benzina, a metano o a gpl esclusivi e bifuel benzina e metano o gpl;
- c) promuovere a livello regionale la realizzazione di infrastrut-





- ture di carburanti alternativi, punti di ricarica elettrici e punti di rifornimento per gas, metano e idrogeno e disciplinare il traffico veicolare in modo da favorire la circolazione e la sosta nelle aree urbane di veicoli alimentati con carburanti alternativi. L'obiettivo è dimezzare entro il 2030 nei trasporti urbani l'uso delle autovetture "alimentate con carburanti tradizionali" ed eliminarlo del tutto entro il 2050;
- d) promuovere la realizzazione nelle aree urbane di infrastrutture per la mobilità ciclopedonale;
- e) promuovere l'inserimento, nelle concessioni relative al servizio di car sharing, rilasciate dal 2020, di prescrizioni volte a prevedere l'utilizzo di auto alimentate con carburanti alternativi nella prestazione del servizio;
- f) adottare provvedimenti di sospensione, differimento o divieto della combustione all'aperto del materiale vegetale. L'Arpa Lombardia ha infatti constatato che nella regione combustioni all'aperto, falò e bruciature di stoppia contribuiscono significativamente alle emissioni di PM_{10} ;
- g) prevedere il divieto di incentivazione di interventi di installazione di impianti termici a biomassa legnosa nelle zone presso le quali risulta superato uno o più dei valori limite del PM_{10} . La biomassa, infatti, mentre è auspicata per contenere il surriscaldamento climatico, dall'altro lato favorisce in modo significativo l'emissione di particelle fini, PM_{10} e $PM_{2,5}$;
- h) attivare le opportune interlocuzioni con il Ministero dell'Economia e delle Finanze al fine di valutare la possibilità di aggiornare le tasse automobilistiche utilizzando il criterio del bonus-malus, ad esempio, abolendo l'attuale bollo di circolazione e sostituendolo con il valore di emissione di CO_2 , la vetustà del mezzo, le dimensioni del veicolo o l'insieme di più criteri;
- i) istituire presso il Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare un tavolo di coordinamento composto da rappresentanti di ciascuna delle parti coinvolte nel progetto. È auspicabile, ovviamente, che il progetto, per un'effettiva applicazione, venga convertito in un provvedimento di legge presentato dai dicasteri responsabili, Ambiente e Salute, con la previsione di obblighi e sanzioni in caso di inadempienze.

Lettere a Cuore e Salute

DOMANDA

La sindrome X

Caro Cuore e Salute, ho 50 anni e mi sono sempre sentita bene fino a circa 6 mesi fa quando ho avvertito certi dolorini al petto, che non avevano però rapporto con l'attività fisica o con altre cause. I medici mi hanno in un primo tempo rassicurata dicendo che non erano angina del cuore perché l'elettrocardiogramma anche da sforzo era normale. Poi, data la persistenza dei disturbi e una nuova prova da sforzo dubbia, un altro cardiologo mi ha consigliato la coronarografia, che mi è stata riferita come rassicurante nel senso che le piccole alterazioni delle coronarie non necessitavano di interventi. Ma qui sorgono i miei dubbi perché, non so quale diavoleria abbiano fatto durante quell'esame, ma da questa sarebbe risultato che le mie coronarie sono piuttosto sensibili e hanno certi spasmi che sono la causa dei miei dolori. La diagnosi finale è stata di sindrome X e mi hanno prescritto certe pillole oltre a smettere di fumare, che non ho capito se rientra nella solita paterna o se sia veramente una causa. Potreste voi, così bravi, spiegarmi un po' meglio? Grazie e cordiali saluti.

Valentina S., Perugia

RISPOSTA

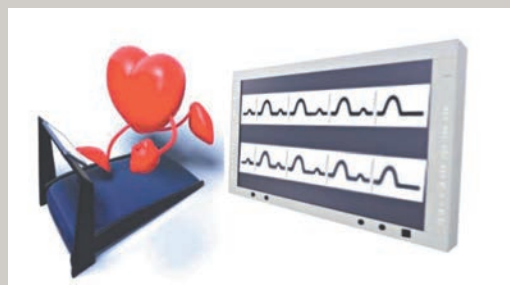
Cara Signora Valentina, prima di tutto complimenti ai suoi medici che l'hanno trattata come meglio non si potrebbe, neanche nella Mayo Clinic. Il termine sindrome X in effetti, ancorché corretto, è brutto perché da una lato denuncia un dubbio medico, che oggi non c'è più, e dall'altro ci riporta all'algebra così ostica da studenti. Era giustificato quando si pensava ancora che le coronarie fossero come i tubi rigidi dell'idraulica, incapaci di adattarsi al flusso del sangue. Oggi non è più così e soprattutto grazie agli studi italiani sappiamo che le coronarie, sia le grosse che le piccole, si aprono, si allargano o si restringono secondo le esigenze del muscolo del cuore, che richiama più o meno ossigeno. Sappiamo che, specialmente quando hanno qualche placchetta o incrostazione, le coronarie diventano più sensibili allo spasmo, il quale può essere di grado tale da

occluderle provocando un'ischemia e raramente anche un'aritmia pericolosa. Sappiamo inoltre che le donne, forse perché hanno coronarie più piccole e sensibili, manifestano più facilmente lo spasmo e i disturbi conseguenti. Ma sappiamo

anche, cara Valentina, che il fumo con la sua nicotina accentua la tendenza allo spasmo e al logorio. Lo sapevamo peraltro anche un secolo fa, ma l'uomo e anche la donna fanno fatica ad accettare di togliersi ciò che dà piacere. La medicina purtroppo o per fortuna è inesorabile ed è riuscita perfino a inventare un test per verificare chi è più soggetto allo spasmo e chi meno. È per l'appunto quella diavoleria che le hanno fatto durante la coronarografia e che consiste nell'iniettare una sostanza (acetilcolina o ergonovina) che provoca lo spasmo in coloro che ne sono predisposti. Come i test allergici, ma molto più sensibile.

Cara Signora, si fidi dei suoi cardiologi, anche se quelli sul campo non hanno tanto tempo da dedicare alle spiegazioni, e le auguro di non dover pensare più alle sue coronarie. Con i più cordiali saluti.

Eligio Piccolo



DOMANDA

Posso interrompere la statina?

Buongiorno, sono un paziente di 68 anni e tre anni fa ho avuto un infarto. Da allora sto assumendo, tra le altre medicine, una statina. Devo dire che tale farmaco non mi ha dato particolari fastidi però ho sentito dire che a lungo andare può portare effetti collaterali, soprattutto a livello muscolare. Sono quindi un po' preoccupato e vorrei sospendere il farmaco. Qual è la vostra opinione al riguardo?

Fausto P., Pisa

RISPOSTA

Gentile Sig. Fausto,

Le rispondo riprendendo quanto già pubblicato su questa rivista nel numero di Marzo-Aprile dello scorso anno: “le statine hanno prodotto risultati fenomenali, sia in soggetti con storia cardiologica precedente (prevenzione secondaria) che in quelli in cui i problemi cardiaci non si sono ancora manifestati (prevenzione primaria); hanno ridotto la mortalità e la morbidità, sono stati studiati in decine di migliaia di pazienti, rappresentano tuttora il miglior strumento di prevenzione delle malattie cardiovascolari”. Ciò nonostante una buona parte dei pazienti (dal 25 al 50%) smette di assumerle entro sei-dodici mesi dall'inizio del trattamento. È un grave errore e l'interruzione di tale terapia a lungo termine si rivela una scelta pericolosa. I dati della letteratura sono concordi in tal senso. L'ulteriore conferma giunge da uno studio americano recentemente pubblicato in cui sono stati analizzati più di 200.000 adulti trattati con statine nel periodo

compreso tra il 2000 e il 2011. Chi aveva smesso di assumere statine presentava un 13% in più di probabilità di morire o di avere un infarto o un ictus, nei successivi quattro anni, rispetto a chi invece aveva proseguito la terapia. Per quanto riguarda gli effetti collaterali è vero che le statine possono indurre dolori muscolari, in genere a comparsa precoce più che tardiva, ma, in una percentuale non trascurabile dei pazienti, la sintomatologia dolorosa è indipendente dall'uso dei farmaci. In caso di comparsa di mialgie la condotta corretta è quindi una sospensione solo temporanea della statina per vedere se il dolore regredisce o meno. La prima evenienza è spia di un effettivo legame col farmaco, la seconda suggerisce un'origine differente del disturbo. Nel primo caso, poi, prima di sospendere definitivamente la terapia è consigliabile un tentativo di ripresa con lo stesso farmaco a dosaggio ridotto o con una statina differente.

Parafrasando il Vangelo, quindi, in considerazione dei loro molti benefici, prime di sospendere le statine è opportuno pensarci non una ma “settanta volte sette”.

Cordiali saluti.

Filippo Stazi



“

Stop alla morte improvvisa: morituri te salutant

John G., ragazzone americano di 47 anni, in vacanza in Italia con la moglie infermiera e le due figlie è finalmente entrato all'interno del Colosseo dopo una mezzoretta di coda. Si guarda intorno estasiato, commentando la bellezza del luogo coi suoi familiari. È la prima domenica di ora legale, l'aria è fresca ma la giornata è limpida e Roma sta regalando squarci di pura bellezza. All'improvviso John si accascia al suolo senza un lamento, senza alcun tentativo di attuire la caduta. A differenza di quanto qualcuno potrebbe pensare non è un caso di sindrome di Stendhal. John però è fortunato. Non lo sa ancora ma è fortunato, e molto. È fortunato perché dal 2006 il Colosseo è dotato di quattro defibrillatori semiautomatici che lo hanno reso la prima area archeologica in Italia e forse nel mondo dotata di questi strumenti. Ed è fortunato perché l'intervento di soccorso è immediato. Il defibrillatore arriva subito e l'apparecchio eroga quasi immediatamente una scarica. John si riprende anche se



è ovviamente ancora stordito, anche per via della botta in testa rimediata con la caduta. L'ambulanza lo porta al Pronto Soccorso del San Giovanni dove il paziente presenta altri due episodi di fibrillazione ventricolare, risolti con altrettanti interventi del defibrillatore. L'elettrocardiogramma e l'ecocardiogramma chiariscono il quadro. Le fibrillazioni ventricolari sono su base ischemica e stanno complicando le prime fasi di un infarto miocardico. La coronarografia mostra una malattia coronarica diffusa ma soprattutto l'occlusione, all'origine, dell'arteria discendente anteriore, la più importante delle coronarie. L'angioplastica ha successo e il quadro si stabilizza. Rimangono le altre coronarie da trattare e la funzione contrattile del cuore da migliorare ma John è vivo e questa è la cosa più importante. Se si fosse

sentito male in un luogo isolato, lontano da un defibrillatore, il finale della storia sarebbe stato diverso ma il Colosseo, forse stanco del troppo sangue che ha visto scorrere nel corso dei secoli, gli ha salvato la vita. Da *morituri te salutant* a *morte ti saluto!*

F.S.

”



di Bruno Domenichelli



Elogio dell'acqua

Dal “Cantico delle Creature”

Laudato sî, mî Signore per sor'acqua la quale è multo utile et humile et pretiosa et casta...

San Francesco d'Assisi

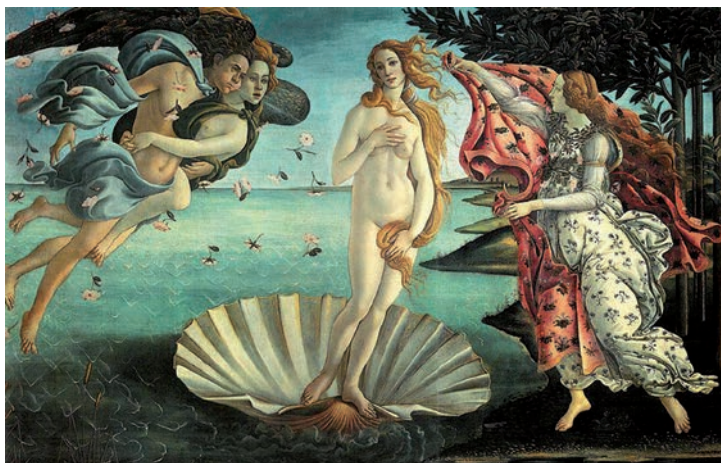
L'organismo umano è in gran parte composto da acqua e sali, in percentuali simili all'acqua del mare. Il contenuto d'acqua dell'organismo varia in rapporto all'età: dal 75% del piccolo bambino, al 50% circa dell'adulto. Dalla percentuale d'acqua corporea dipende spesso lo stato di salute dell'individuo. Da qui la necessità di sorvegliare lo stato di idratazione ottimale dell'individuo e di evitare le condizioni di disidratazione. Molte malattie si risolvono o comunque migliorano con un'abbondante introduzione di acqua.

L'elogio dell'acqua che è il tema liberamente svolto in seguito, sul filo reale della fantasia, si ispira a questa fondamentale nozione di fisiopatologia.

Ex aqua hominum vita.

Dal mare emerse Venere, amniotico respiro dell'Oceano, sfolgorante di bellezza e d'amore. I capelli di vento stillavano sorrisi e collane di traslucide perle di acquamarina.

Dallo stesso mare uscirono gli uomini, con la carne indissolubilmente compenetrata d'acqua di mare, a popolare il mondo, con la memoria verdeazzurra dei nativi frangenti, ovunque l'acqua suggerisse la comune origine con Venere, figlia degli dei, dispensatrice d'amore. E risalirono le rive dei fiumi fino ai laghi, azzurri di cieli di montagna, inseguendo il richiamo irresistibile



Sandro Botticelli. *La nascita di Venere* (1482-1484)

Dal mare emerse Venere, amniotico respiro dell'Oceano... I capelli di vento stillavano sorrisi e collane di traslucide perle di acquamarina.



...sulle sponde dei fiumi... fondarono i loro templi, sacri ai lavacri purificatori, dove bagnare i corpi, nella felicità dei riti antichi del ritorno al mare.

le dell'acqua. E sulle sponde dei fiumi fondarono le loro città e i templi sbalzati nella pietra, sacri ai rituali lavacri. E ascoltarono l'ansare lungo delle correnti dei grandi fiumi, verdi nelle valli, dove bagnare i corpi, nella felicità dei riti antichi del ritorno al mare.

E udirono il bisbigliare segreto dell'acqua fra i sassi dei ruscelli. E sui monti conobbero il silenzio vibrante della neve e i riflessi d'iride della luna e del sole.

Acqua, Mater musicalis. Il dolce stillicidio nelle grotte del capellvenere invia segreti messaggi e sinestesici codici di vita che il pensiero decifra.

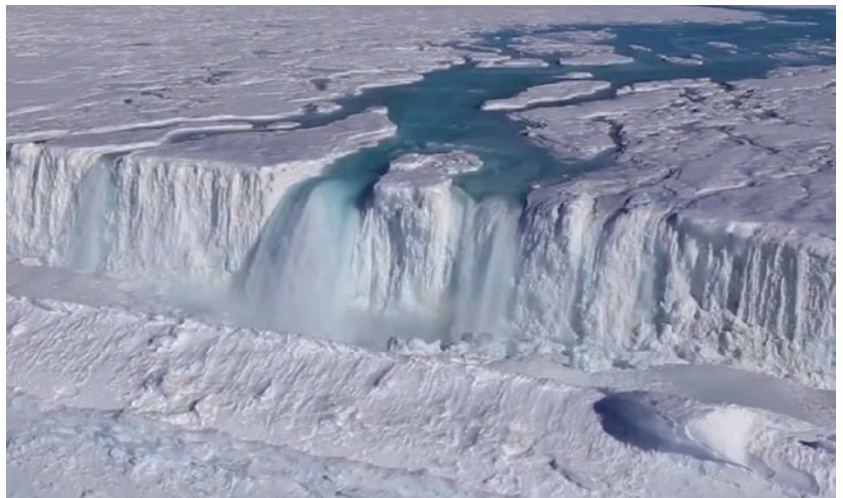
Acqua, Mater laevissima: il vento accarezza nel cielo con invisibili dita impalpabili gocce senza peso, che nelle nuvole respirano e che l'umana fantasia usa come preghiere per vivere. E dall'erba, profumo di prima pioggia evoca dolcissime memorie di adolescenza imminente.

Acqua, Mater purissima: impulso irresistibile di vivere, cristallo di ghiaccio liquefatto, nello scroscio ininterrotto delle cascate precipitate dai monti.

Acqua, Mater humilissima, che sa di essere la Vita e lo nasconde. Acqua: ex utero Mater amorosissima, nell'amniotico abbraccio dell'embrione. Delicatamente, per nove mesi l'hai intriso, imprimendo per sempre il tuo biologico segno di maternità sulle sinapsi del pensiero. Acqua, Mater salvifica, nei pozzi nascosti dei deserti della vita, in oasi di silenzio dove l'anima riposa.

Ma anche Mater terribilis, quando lo tsunami impietoso sale dal mare e inghiotte la terra e le speranze o quando la collera del cielo punisce la malvagità degli uomini gonfiando i fiumi e devastando le città.

Acqua: gratiam agimus tibi, ex utero usque ad coelum, incancellabile, prenatale memoria: insostituibile, pervasiva, dulcissima Mater.



...impulso irresistibile di vivere, nello scroscio ininterrotto delle cascate, cristalli di ghiaccio liquefatto precipitato dai monti.

“

ANEDDOTI ROMANI

Il tombino della verità

La Bocca della Verità è uno dei più famosi simboli di Roma nel mondo ed ha terrorizzato generazioni intere di bambini romani, portati dai genitori o dai nonni a testare la loro sincerità infilando la mano nella bocca del mascherone. Una famosa leggenda medioevale afferma infatti che se si dice una bugia tenendo la mano nella bocca, questa “morde”, tagliando così l'estremità al bugiardo. Molti pargoli hanno preferito confessare le loro menzogne piuttosto che rischiare. La famosa scena di Vacanze Romane con Audrey Hepburn e Gregory Peck ha poi reso la bocca della verità celebre in tutto il mondo e da allora sono quotidiane le interminabili code dei turisti davanti ad essa.

Almeno in un caso però la bocca è stata ingannata dall'astuzia di una donna che, sospettata d'infedeltà dal marito, fu da questo costretta ad infilarvi la mano. Prima di farlo però la

donna venne abbracciata e baciata da un folle, in realtà l'amante della donna. Al gesto del presunto pazzo non venne data sul momento alcuna rilevanza. Fu un errore, perché fu quell'apparente stravaganza che permise alla donna di inserire con sicurezza la mano nella bocca, affermando al contempo in assoluta buona fede: “Mai nessun'uomo mi baciò, tranne mio marito e quel poveraccio di poco fa”.

La Bocca della Verità è un mascherone in marmo, murato nella parete della chiesa di Santa Maria in Cosmedin nel 1632. La scultura, che rappresenta un volto maschile barbato con occhi, naso e bocca forati e cavi, ha un diametro di 1,75 m, un peso di circa 1.300 Kg ed è databile attorno al I secolo. Secondo alcuni era



la copertura del pozzo sacro del tempio di Mercurio, dove gli antichi commercianti romani giuravano la loro onestà durante una compravendita mentre per altri proviene da un altare dedicato a Giove Ammone. In realtà, osservando la conformazione, la concavità ed i buchi della pietra, è verosimile che essa fosse il chiusino di qualche cloaca antica.

Con gli occhi di oggi, tutti votati al valore economico delle cose, può sembrare uno spreco l'utilizzo di una simile scultura per ricevere gli scoli delle acque ma il sentimento del bello era allora talmente potente, che nessun romano antico avrebbe accettato, sul nobile suolo della sua città, lo scempio estetico dei nostri tombini attuali.

F.S.

”



di Paola Giovetti

Roberto Assagioli e la parabola dei tre tagliapietre

Nel numero di gennaio/febbraio 2018 di Cuore e Salute abbiamo pubblicato un articolo dal titolo "Libertà in prigione", che proponeva un testo di quel grande saggio che è stato Roberto Assagioli (1888-1974) medico, psichiatra e studioso di letteratura, filosofia e religione, ideatore della *psicosintesi*, un metodo psicoterapeutico che si propone la formazione e la strutturazione globale dell'uomo, e trova ampie applicazioni, oltre che nella terapia, anche nell'educazione familiare e scolastica, nei rapporti interpersonali, nello sviluppo e nell'evoluzione della personalità. Proponiamo ora un altro testo, ugualmente significativo e rivolto alla crescita interiore dell'umanità. Assagioli era giustamente convinto che solo migliorando il singolo sia possibile migliorare la società, perché una persona matura, impegnata, serena, finisce necessariamente per influire positivamente su chi le sta accanto nella vita affettiva, sociale, di lavoro. Di qui la sua attenzione alla formazione dell'individuo, al rapporto interpersonale. Sapeva che è importante vivere bene, capire il senso profondo delle cose, del mondo e degli eventi, avere dei valori e porsi delle mete; e per esprimere l'opportunità di





Curbet, Tagliapietre

farsi “collaboratori di Dio sulla terra” ricorreva a una parabola dal titolo *I tre tagliapietre*. Eccola:

Un visitatore entrò nel cantiere dove nel Medioevo si stava costruendo una cattedrale. Incontrò un tagliapietre e gli disse: “Che cosa stai facendo?” L'altro rispose di malumore: “Non vedi, sto tagliando delle pietre”. Così egli mostrava che considerava quel lavoro increscioso e senza valore. Il visitatore passò oltre e incontrò un secondo tagliapietre, anche a questo chiese che cosa faceva: “Sto guadagnando da vivere per me e per la mia famiglia”, rispose l'operaio con tono calmo, mostrando una certa soddisfazione. Il visitatore proseguì e trovando un terzo ta-

gliapietre gli rivolse la stessa domanda. Questi rispose gioiosamente: “Sto costruendo una cattedrale”. Egli aveva compreso il significato e lo scopo del suo lavoro, si era reso conto che la sua opera era altrettanto necessaria quanto quella dell'architetto e quindi in un certo senso aveva lo stesso valore della sua, perciò eseguiva il suo lavoro volentieri, anzi con entusiasmo”.

Fin qui la parabola. Ed ecco i commenti di Assagioli:

Ricordiamo l'esempio di quel saggio operaio, riconosciamo e restiamo sempre consapevoli che, per quanto le nostre capacità sembrano limitate, per quanto sembrano modeste e umili le nostre mansioni, in realtà siamo particelle della Vita Universale,

partecipiamo allo svolgimento del Piano Cosmico, siamo collaboratori di Dio. In questo modo potremo accettare ogni situazione, svolgere ogni compito volentierosamente, lietamente, con costante buonumore.

L'importanza quindi di saper apprezzare quello che si ha, comprendendone a fondo il valore e raggiungendo così uno stato d'animo soddisfatto e sereno.

Assagioli era molto attento ai giovani e amava riferire la parabola dei tre tagliapietre a loro e in particolare agli studenti. A uno studente universitario che doveva affrontare un esame poneva per esempio il quesito: *Che cosa fai?*

E proponeva tre punti di vista:

- *Mi preparo a un esame.*
- *Studio una scienza che mi piace.*
- *Mi preparo a creare un mondo migliore.*

Inutile dire che Assagioli sottolineava in particolare il terzo aspetto. “Creare un mondo migliore” è infatti lo scopo ultimo della sua psicosintesi, che rivolge attenzione sia al personale che al sociale e si propone, attraverso la crescita e l'evoluzione del singolo, di fare crescere e migliorare la società tutta.

IL CUORE IN CUCINA

di **Valentina Girola**



Involtoni di pesce spada

Ingredienti per 4 persone:

4 fette di pesce spada sottili
pangrattato q.b.
2 cucchiaini di capperi
6 filetti di alici sott'olio
Olio

Preparazione:

Pulire le fette di pesce spada togliendo la pelle e l'osso centrale, in modo da dividere ogni fetta in due.

Se sono molto grosse dividerle a metà.

Schiacciarle un pochino con il batticarne, in modo che si possano arrotolare.

Frullare i capperi con le acciughe e poi aggiungere pangrattato e un giro d'olio.

Mescolare l'impasto, deve essere leggermente cremoso, non secco.

Farcire le fette mettendo su ognuna l'impasto ottenuto e schiacciando bene perché aderisca alla fetta.

Arrotolare la fetta creando un involtino e chiudere con uno stuzzicadente.

In una pirofila mettere un velo di pangrattato e un filo d'olio e, sopra, gli involtoni.

Cospargere di pangrattato e ancora un giro d'olio.

Cuocere a 200 gradi, forno statico, per 30 minuti.

Non occorre salare.

Indicazioni:

La quantità di capperi e acciughe è soggetta al gusto personale.

Una variante può essere con i pomodori secchi e le olive nere denocciolate.

Buon Appetito!

di Franco Fontanini

aforismi

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

> *Ivan S. Turgenev*

Le persone più insopportabili sono gli uomini che si credono geniali e le donne che si credono irresistibili.

> *Henri Asselin*

Insonnia: malattia contagiosa che spesso i bambini attaccano ai loro genitori.

> *Shannon*

Nessuno può farci sentire inferiori senza il nostro consenso.

> *Eleonor Roosevelt*

Ogni neonato che viene al mondo è l'annuncio che il Signore non si è ancora scoraggiato degli uomini.

> *Rabindranath Tagore*

Non è la libertà che manca, mancano gli uomini liberi.

> *Leo Longanesi*

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

> *Franco Fontanini*

Farsi ibernare? Farsi cremare? Nemmeno morta!

> *Maria Luisa Spaziani*

Il sorriso della Gioconda è dovuto a tutte le stupidaggini che dicono i visitatori su di lei.

> *Ardengo Soffici*

Certe famiglie sono come le patate: la parte migliore è sottoterra.

> *Indro Montanelli*

Nella vita, se hai sedere, la sfortuna te lo sta già guardando.

> *Ofen*

Dite ai giovani che il mondo esisteva prima di loro, e ricordate ai vecchi che esisterà anche dopo di loro.

> *Paolo VI*

La strada sbagliata sembra sempre la più ragionevole.

> *Anna Guerrieri*

Gli specchi dovrebbero riflettere un momentino, prima di riflettere le immagini.

> *Jean Cocteau*

Il mondo è cominciato senza l'uomo e finirà senza di lui.

> *Claude Lévi-Strauss*

Un'indovina mi predisse che molto presto sarei rimasta vedova, e io le chiesi se sarei stata assolta.

> *Anna Guerrieri*

Cosa faceva prima di sposarsi?

Tutto quello che volevo!

> *Mark Twain*

Un amico è uno che sa tutto di te e nonostante questo gli piaci.

> *Elbert Hubbard*

Tutti gli uomini sono commedianti. Salvo, forse, qualche attore.

> *Sacha Guitry*

Se i cervelli fossero soldi, tu avresti bisogno di un prestito per prendere un caffè.

> *Don Chambers*




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

> *Gino Patroni*

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 conservati e trattati dal Centro per la Lotta contro l'Infarto Fondazione Onlus, in accordo a quanto previsto dal Nuovo Regolamento Privacy (Regolamento UE 679/2016). Sono trattati sia manualmente che elettronicamente per informarla sulle attività della fondazione, istituzionali e connesse, anche altri qualificati soggetti. Le ricordiamo che può in qualunque momento esercitare i suoi diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento UE 2016/679, come ad esempio il diritto di accesso ai dati, il diritto di rettifica, il diritto di cancellazione (c.d. diritto all'Oblio), il diritto di limitazione, etc., scrivendo al nostro Responsabile della Protezione Dati: Centro per la Lotta contro l'Infarto Fondazione Onlus - Via Pontremoli, 26 - e-mail info@centrolottainfarto.it.



Spunti per Conoscere e Curare il Cuore

2019

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

- La rivoluzione dei farmaci antidiabetici in cardiologia.
- Hanno un ruolo i NAO nella cardiopatia ischemica stabile ?
- Fibrillazione atriale nello scompenso cardiaco. Quando ricorrere all'ablazione.
- TAVI: come ridurre le complicanze post-intervento.
- Prevenzione secondaria della cardiopatia ischemica. Va rivisto il valore soglia di 70 mg/dl per la colesterolemia LDL ?
- Nesso di causalità tra infarto ed influenza ? Ipotesi fisiopatologiche e ripercussioni cliniche.
- Rivoluzione nella terapia dell'ICTUS. La trombectomia funziona anche se tardiva.
- Quando l'ipertensione non è rilevabile dal medico. Utilità dell'impiego dell'holter pressorio.
- La stenosi aortica nel paziente anziano. Sorprese diagnostiche e soluzioni terapeutiche.
- I risultati a lungo termine del by-pass gastrico nel grande obeso.
- L'arresto cardiaco durante attività sportiva. Incidenza, cause e prevenzione.
- ICTUS criptogenetico oltre i 60 anni. Il forame ovale va chiuso ?
- Benefici della sigaretta elettronica.
- Un nuovo scenario: l'ablazione non invasiva della tachicardia ventricolare post-infartuale.
- La provocazione dello studio ORBITA: l'angioplastica non serve.
- PCR alta nonostante impiego di statine nella cardiopatia ischemica. Come va spenta l'infiammazione ?
- Lo studio PURI ed i misteri della dieta. Possibile che un alto consumo di grassi saturi non faccia male ?
- Prevenzione dopo una sindrome coronarica acuta. La filosofia del "less is more".
- Angina da malattia epicardica o microvascolare oppure precordialgie atipiche. Diagnosi differenziale con la risonanza magnetica.
- Morte improvvisa. Quante volte c'è sotto una sindrome di Brugada ?
- La de-escalation therapy dopo SCA trattata con stent. E' ragionevole passare precocemente dal prasugrel (o ticagrelor) al clopidogrel ?
- A quali ipertesi riservare il trattamento intensivo ?
- Rivaroxaban nella cardiopatia ischemica cronica e arteriopatia obliterante. Razionale e risultati.
- L'associazione di ezetimibe e statina nel diabetico. I risultati dell'IMPROVE-IT.
- I danni a lungo termine della sindrome di takotsubo (cardiomiopatia da stress).
- Fibrillazione atriale subclinica. Quando prescrivere i NAO ?
- Oltre il CHA₂DS₂-VASc nella fibrillazione atriale. Ruolo della funzionalità atriale nel rischio di ICTUS.
- L'insufficienza mitralica degenerativa. Nuovi dati sulla prognosi.
- Prevenzione dell'infarto: utilità e limiti delle metodiche non invasive.
- "Thrombocardiology": scelte multidisciplinari e personalizzate di anticoagulanti ed antiaggreganti nella malattia arterovenosa.
- Che nesso c'è tra fibrillazione atriale, terapia anticoagulante e demenza ?
- Perché l'Infarto senza malattia coronarica (MINOCA) ha una prognosi peggiore ?
- Confronto tra la chirurgia valvolare tradizionale e l'approccio trans-apicale.
- Facciamo il punto sulle protesi valvolari mitraliche per via percutanea.

Firenze, Fortezza da Basso 28 febbraio - 1-2-3 marzo 2019



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)

Sostegno del volontariato e delle altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale e delle associazioni e 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 università

FIRMA *Mario Rossi*

Codice fiscale del beneficiario (eventuale) **97020090581**

SEGUICI SU: www.centrolottainfarto.it