

CUORE & Salute

30 anni d'impegno

NELLA PREVENZIONE E LOTTA ALL'INFARTO

Stop alla morte improvvisa

ANNO XXXI

N. 10-11-12 OTTOBRE-NOVEMBRE-DICEMBRE 2013

Poste Italiane SpA
Spedizione in abbonamento postale
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art. 1, comma 4 Aut.C/RM/07/2013

Una pubblicazione del:



Centro per la Lotta contro
l'Infarto

Speciale Natale

Scegliere il CLI è un segno di responsabilità e consapevolezza, un'opportunità per contribuire a sostenere la ricerca e la prevenzione cardiologica.

Per Natale, scegli un regalo di cuore

E-Card

Biglietto d'auguri

Iscrivi un amico al CLI

**Un abbonamento
a Cuore & Salute**

Libri del CLI

Lettere a Prati
e altre pubblicazioni

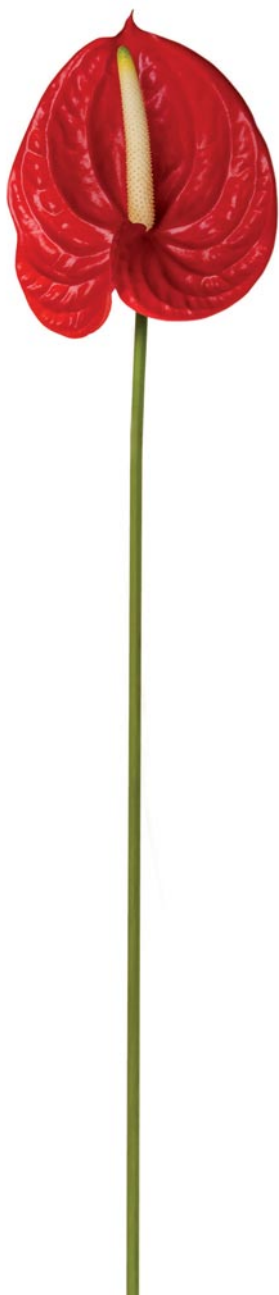


Centro per la Lotta contro
l'Infarto - Fondazione Onlus

Capire per prevenire

www.centrolottainfarto.it

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





Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Capire per prevenire

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

 di Antonella Labellarte

IL CARDIOLOGO E IL CONTROLLO PERSONALIZZATO DELLA GLICEMIA

*Il cardiologo dei tempi di oggi si trova quotidianamente di fronte al problema di gestire il controllo della glicemia nei pazienti affetti da diabete mellito di II tipo e malattia coronarica.*

STILI DI VITA: IL SALE di Claudio Ferri [VAI](#)

100 ANNI E NON LI DIMOSTRANO [VAI](#)

LA GINNASTICA DEL MESE [GUARDA](#)

CALCOLO CALORIE 

IL VIDEO DEL MESE  CLI su YouTube

CALCOLO IL TUO RISCHIO CARDIOVASCOLARE 

PER RICEVERE LA NEWS LETTER OGNI MESE [CLICCA QUI](#)

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

Ci stai a cuore!

La salute è il nostro bene più prezioso, da preservare con un corretto stile di vita, una adeguata attività fisica, una sana alimentazione e tanta prevenzione.

Questa regola vale anche nella lotta contro l'infarto e le altre malattie cardiache.

“Ogni 6 minuti un italiano è colpito da infarto. Tu puoi evitarlo!”

Affidati a controlli periodici, regolari e scrupolosi.

Per tale motivo abbiamo sostenuto la creazione di un Centro dove, a condizioni particolarmente vantaggiose si possano effettuare tutti gli accertamenti cardiologici, dall'elettrocardiogramma fino alla Tac delle coronarie, in sintonia con i principi della Fondazione.

È così nata l'**Associazione Professionale CLI** dove personale altamente qualificato può fornirti una valutazione rapida e personalizzata del tuo profilo di rischio e di come tu possa modificarlo grazie alle più moderne metodologie, tecniche e strumentazioni.



ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE CLI

L'**Innovazione** al **Servizio** della **Tua Salute**

Qualità, Cortesia, Tempestività e Puntualità
a prezzi molto competitivi

Via Ennio Quirino Visconti 4/a - Roma

Tel/Fax: 06.3207554 • email: cli@centrolottainfarto.it

www.prevenzioneinfarto.it





Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Presidente
Francesco Prati

Presidente onorario
Mario Motolese

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

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

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

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

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

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

www.centrolottainfarto.it
cuoreesalute@centrolottainfarto.it

Direttore Responsabile
Franco Fontanini

Direttore Scientifico
Filippo Stazi

Vice Direttori
Eligio Piccolo
Francesco Prati

Coordinamento Editoriale
Marina Andreani

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

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

Ufficio abbonamenti e pubblicità
Maria Teresa Bianchi

Progetto grafico e impaginazione
Valentina Girola

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

Anno XXXI
n. 10-11-12 Ottobre-Novembre-Dicembre 2013
*Poste Italiane SpA - Spedizione
in abbonamento postale - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art 1, comma 1, Aut.C/RM/07//2013
Pubblicazione registrata al Tribunale
di Roma il 3 giugno 1983 n. 199*

Associata Unione Stampa Periodica Italiana



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

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

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



Natale di cuore Eligio Piccolo 260

La palla di Tiche
Morti subitanee Franco Fontanini 263

Stop alla morte improvvisa
Marco, Ludovico e il defibrillatore Filippo Stazi 266

**Come è organizzato il Pronto Soccorso
degli aeroporti di Roma?** 270
Intervista di Filippo Stazi a Carlo Racani

• **Il rumore degli aerei [E.P.]** 271

Lettera aperta ai colleghi cardiocirurghi 273
Patrizia Presbitero

Stili di vita
Chagall: il mondo sottosopra Bruno Domenichelli 276

Qualche secondo di buon umore 280

Digitale. Nobile decaduta ma farmaco di rango 282
Eligio Piccolo

• **La "digitale" cinese [E.P.]** 284

Personaggi da non dimenticare
Leone X, carriera di un Papa Franco Fontanini 285

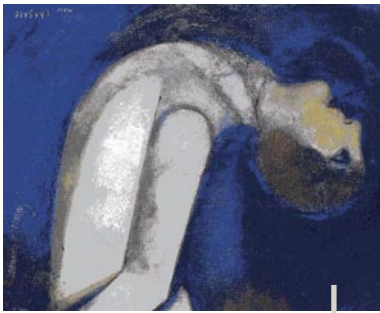
**...E Gruentzig inventò l'angioplastica
e la cardiologia non fu più la stessa** Filippo Stazi 289

Dal Congresso Conoscere e Curare il Cuore 2013
**Tre diversi trattamenti della stenosi aortica: sostituzione
valvolare, impianto transcateretere di protesi valvolare
e valvuloplastica. A chi riservarli?** 292
Intervista di Filippo Stazi a Antonio Marzocchi

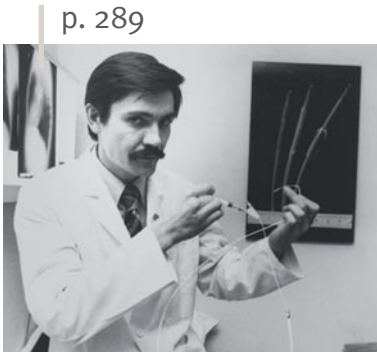
• **Il cuore di Gianni [Fausto Leali]** 296



p. 263



p. 276



p. 289

Conoscere e Curare il Cuore 2014 297

Lettere a Cuore e Salute 301

- *Angioplastica e maratona, Francesco Prati*
- *Tachicardia da convalescenza, Eligio Piccolo*

Quaderno a Quadretti *Franco Fontanini* 304

Medici e farmacisti
Il caffè della Versiliana

Medici e famosi ma non medici famosi Claude Perrault: il medico architetto del Louvre 307

Luciano Sterpellone

News Aggiornamenti cardiologici *Filippo Stazi* 311

• *Un piccolo diabetico africano [Gianfranco Panetta]* 312

Quell'irresistibile bisogno di Natale *Bruno Domenichelli* 313

Aforismi 314

Bilancio 316

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.

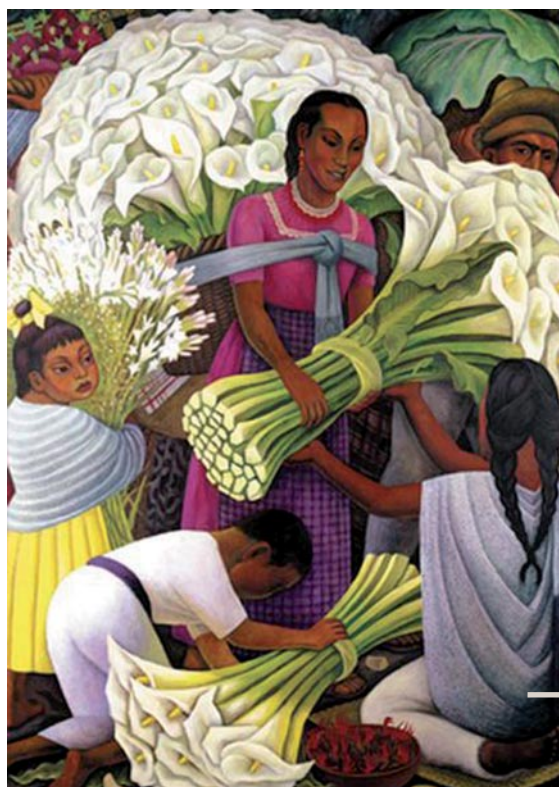
Natale di Cuore

di Eligio Piccolo



Era il primo ottobre del '57 quando iniziai il tirocinio di Residente nell'Istituto di Cardiologia di Città del Messico. Vi ero giunto da pochi giorni e gentilmente mi avevano dato con anticipo ospitalità nel padiglione riservato ai borsisti. Mi presero le misure per la divisa bianca e per il manello blu da usare nelle fresche notti di guardia. L'essere *europeo* e dell'Università di Padova era un buon biglietto da visita ma non mi consentiva alcuna presunzione, se mai l'avessi voluta, in quel centro messicano che già dopo un decennio dalla fondazione (1944) aveva acquisito un prestigio tale nel mondo della Cardiologia da essere considerato un miracolo di ricerca

e di docenza. Con questa netta impressione mi misi nella coda dei nuovi allievi, sei messicani e sei internazionali, e stetti ad ascoltare quei maestri che pareva si divertissero ad insegnare e a discutere con chiunque, in qualsiasi momento e senza formalità. Per noi italiani, abituati a fare anticamera anche per chiedere un consiglio e sempre attenti a non mettere mai alla prova la preparazione del Direttore, trovare le porte sempre aper-



Venditrice di fiori.
Mural di Diego Rivera



Città del Messico

te di coloro che godevano di tanta fama internazionale fu una sorpresa bella, inaspettata e coinvolgente.

Quel primo ottobre fui assegnato per due mesi al *Piso de niños*, il reparto al terzo piano per il ricovero dei bambini, malati di cardiopatie reumatiche o congenite. Nonostante fossi già specialista non mi era mai capitato di vedere né le une né le altre in così tanti piccoli pazienti. Specie i reumatici, con quei cuori talmente gonfi d'infiammazione che, anche riandando con la memoria ai testi in cui avevo studiato, mi lasciavano la netta convinzione che in Europa appartenessero alle malattie del passato, dei tempi del francese Bouillaud. Le loro valvole erano severamente danneggiate e solo il cortisone riusciva a frenare quelle reazioni superlative, evidentemente dovute all'intensità dell'infezione streptococcica ma anche alle scarse difese immunitarie di quelle popolazioni. E qui mi vennero alla mente le morie degli indios, all'indomani della conquista spagnola, causate per l'appunto dall'assenza di difese in quegli aborigeni contro i virus e i microbi importati dai conquistadores.

Uno che non avesse auscultato quei cuori, visto le loro radiografie e gli elettrocardiogrammi, avrebbe detto che quei bimbi erano il ritratto della salute: tutti con le loro "maschere cortisoniche" di visi paffuti e rosei, sui quali si stagliavano gli occhi neri e i capelli corvini, come in uno dei famosi murales di Diego Rivera, ricchi di colore e di mestizia. Belli e ordinati nei loro pigiama e vestaglette, li ricordo ancora seduti a confezionare sui tavolini figure variopinte per l'imminenza del Natale, che lì si festeggia come una favola meravigliosa. Sorridevano, ma spesso fermavano la loro espressione in una specie di inconscia rassegnazione, senza un lamento. Per noi che avevamo accesso alle loro cartelle era difficile fermarsi a quelle immagini e non pensare al loro futuro, quello che il mio compagno Rebollar, educato alla Stanford University, chiamava *outcome*.

Già dopo qualche giorno noi giovani apprendisti ci sentivamo soddisfatti di aver recepito tante nozioni e, soprattutto, di sentirci quasi sicuri di aver fatto, in un certo senso, la sintesi su quei problemi. Personalmente ebbi anche l'impressione che la

routine stesse uniformando il tutto e che la discussione con i nostri superiori non consentisse conclusioni molto diverse nei singoli casi, poiché gli schemi di diagnosi e di terapia, quelli che anni dopo si chiameranno linee-guida, erano gli stessi usati in tutto il mondo, in realtà piuttosto monotoni. Forse stimolato a uscire da questa ripetitività, un mattino nel corso della visita fui sorpreso dall'aspetto di una bimba, che a me pareva diversa dalle altre per alcune stigmate che mi ricordavano altri piccoli pazienti, ricoverati a Padova dal mio maestro, grande esperto in ematologia. Il pallore, qualche piccola ecchimosi agli angoli della bocca mi convinsero che non era una cardiopatia reumatica come le altre. Mi azzardai, con l'impulsività dei giovani, a sospettare una leucemia e consigliai un emocromo urgente. Il giorno dopo, entrando per il giro, notai che i colleghi mi guardavano con particolare considerazione. Mi dissero che la bimba dopo l'emocromo era stata subito trasferita per com-

petenza nell'Ematologia dell'Hospital Infantil. La cosa certo mi inorgogliò ma capii anche quanto fosse importante l'esperienza e il non farsi suggestionare da ciò che vediamo con maggior frequenza tutti i giorni. E mi ricordai anche quanto ripeteva una vecchia suora ospedaliera, di quelle che avevano vissuto con intelligente umiltà ma anche con saggia malizia le competizioni fra medici: "tutti i x e bravi quando che i la indovina", diceva lasciandosi dietro il tintinnio delle chiavi. Scriveva Don Milani in quegli anni che non solo i suoi allievi di Barbiana non avevano imparato da lui, ma lui da loro e precisava: ".. ho insegnato loro soltanto ad esprimersi, mentre loro mi hanno insegnato a vivere". Pensando a quella lontana esperienza messicana nel Natale del 1957, risento una grande riconoscenza per quei maestri e per quei piccoli pazienti, che mi hanno insegnato ad esprimermi e spero anche a vivere.

Buon Natale a tutti

Il **Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus** ringrazia in modo particolare per il generoso contributo:

Mario Levoni di Mantova



La palla di Tiche

a cura di Franco Fontanini



Tiche, imperscrutabile figlia di Zeus, amava giocare. Chi veniva colpito dalla sua palla moriva perché 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.

Morti subitane

A Clusone, antica cittadina della Val Seriana già nota al tempo dei romani per importanti fabbriche di armi, nel quattrocento fu costruito un edificio chiamato l'Oratorio dei Disciplini, all'esterno della facciata c'è un celebre affresco, il "Trionfo della morte". Nel medioevo e per tutto il Rinascimento la morte fu un tema molto diffuso, veniva rappresentata come uno scheletro a cavallo con in mano una falce, come monito per tutti. "La morte regina di Clusone" tiene nell'altra mano uno scritto a significare la sentita esigenza di uguaglianza: "Non è homo chosi forte che da mi non po schampare". Secondo Bruno Domenichelli lo scritto intende sottolineare un'esigenza molto sentita dalle misere popolazioni medioevali, stanche della sopraffazione e dei privilegi dei potenti. L'immaginario popolare trova infatti la sua rivalse indulgiando compiaciuto sui particolari delle tragiche esecuzioni di imperatori e di papi venuti ad implorare salvezza.

La paura della morte improvvisa permane invariata dopo molti secoli ed è andata aumentando per l'allungamento della durata della vita che ha accresciuto il numero degli anziani maggiormente esposti alle morti subitane.



Oratorio dei Disciplini

La sola differenza è che si parla meno di “castigo divino” mentre viene preferito il termine terreno di morte per crepacuore, che induce a pensare ad una accresciuta sensibilità dell’uomo moderno ai dispiaceri e alle delusioni, anche se permangono molte riserve perché non è certo che la civiltà abbia accresciuto la bontà e la generosità degli uomini.

Di crepacuore si parlava già negli scritti medici del XVII secolo e viene tutt’ora usato anche se rimane una morte presunta, inesplicita. Molte morti improvvise dell’antichità, come quella di Didone che morì perché non resse al dolore per l’abbandono di Enea, sanno di leggenda romantica tenuta in vita da persone incorreggibilmente sentimentali. Il “castigo divino” inoltre ha un significato troppo esteso, mal accetto, di cattivo gusto, gradito ai credenti e privo di senso per i non credenti. Oggi su tutti si preferisce “morte improvvisa” che oltretutto mette in evidenza la persistente incapacità

di diagnosi maggiormente scientifiche.

Afro, lasciata Roma per le critiche ingiuste e malevoli, morì improvvisamente in Grecia non ancora quarantenne, alla notizia che i testi di centotto sue commedie erano andati persi in un naufragio. Il poeta arcadico Alessandro Guidi cadde fulminato a Castelgandolfo in attesa dell’udienza papale, scoprendo che nelle omelie che voleva offrire a Clemente XI c’era un errore di stampa. Sarasin, spirito fine e caustico che primeggiava nei salotti parigini, considerato il più grande saggista francese del ‘600, restò fulminato a 38 anni per l’umiliazione di essere stato percosso con le molle del camino dal suo signore Armando di Borbone. Pio II morì di crepacuore ad Ancona, quando apprese che le navi promessegli da Venezia e dall’Ungheria per la crociata in Terra Santa, che attendeva da settimane, non sarebbero mai giunte.

Il grande teologo spagnolo Valentia morì di colpo quando il papa lo accusò di avere falsato un brano di Sant’Agostino. Il vescovo di Clermont restò secco quando i canonici del suo Capitolo lo costrinsero a tagliarsi la lunga barba. Sir John Cheke, precettore e consigliere di Edoardo VI, morì per essere stato forzato all’abiura.

Si vuole che Brugel sia morto per il dispiacere di aver perso in una notte al gioco la dote della figlia e Corelli per essere stato rimproverato da Scarlatti di aver sba-



Trionfo della Morte.
Affresco



Il Castigo Divino

gliato una nota in una composizione. Molti i fulminati da un attacco d'ira. L'imperatore Vespasiano sempre saggio e accorto, morì durante una lite con il figlio Tito al quale aveva assicurato la successione. Un altro imperatore, Marco Cocceio Nerva, ricordato mite e giusto, morì per un'arrabbiatura improvvisa per lui del tutto insolita. Fece la stessa fine Papa Paolo II che era

invece assai irascibile come si può intuire anche dal bellissimo ritratto del Tiziano.

La paura uccise Federico II Re di Prussia: impavido in battaglia restò secco a 56 anni per lo spavento che provò nel venir svegliato nel cuore della notte dalla terza moglie, improvvisamente impazzita, che lo minacciava con un pugnale.

John Hunter, il famoso medico irlandese, in un pomeriggio del 1773, dopo essere stato ingiustamente contraddetto durante una discussione al pronto soccorso dell'ospedale, si allontanò con "rabbia silenziosa e nella stanza accanto emise un gemito e cadde morto".

Oggi è di preoccupante attualità soprattutto per i calciatori e per coloro che si sottopongono a violenti sforzi improvvisi.

Può essere considerata vera morte di crepacuore quella del tifoso interista che rimase stecchito sulla gradinata mentre Pippo Inzaghi segnò il gol della vittoria milanista a pochi minuti dalla fine.

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

- *in ricordo del Generale Giuseppe Emanuele di Roma: le famiglie Cardillo, Maletta Leonardo, Maletta Francesco, Bredice, Caudullo, Privitera, Raciti, Di Maria, La Rosa.*



Foto di V.G.

Marco, Ludovico e il defibrillatore

di Filippo Stazi



Scena 1:

“Tesoro?”

“Eh...?”

“Tesoro?”

“Sì”

“Senti...”

“Giovanna, che c'è??”

“No., niente.... Sai...”

Marco chiuse il giornale e guardò la moglie “Giovanna, ti conosco perfettamente, hai qualcosa in mente ed hai paura di dirmelo. Però tanto me lo dirai uguale e allora è inutile che perdiamo tutto questo tempo. Dimmelo e buonanotte!”

“La crociera sul Nilo!”

“Che cosa?”

“La crociera sul Nilo!” ripeté lei.

“Te la ricordi? Era tutto prenotato, dovevamo partire, mancavano pochi giorni ma poi tu... Si insomma... hai avuto l'infarto! Beh ti confesso che mi è rimasto sempre il rimpianto di non averla fatta”

“Beh si è stato un peccato ma che vuoi... Insomma l'importante... l'importante è che io stia qui e non ci abbia lasciato le penne! O no?”



“Ma sì, ma certo! Però stavo pensando...”

“Che cosa?”

“Stavo pensando che ormai sono passati cinque anni, tu stai abbastanza bene... Beh perché non andare ora...”

“No dai Giovanna non c’ho voglia: il caldo, il viaggio...la fatica...!”

“Su Marco ti prego, non ci muoviamo mai...!”

Marco, 65 anni gli ultimi 5 dei quali scanditi dalla convivenza con un pregresso infarto, voleva molto bene alla moglie verso la quale si sentiva anche un po’ in colpa per le limitazioni che le aveva imposto per la sua malattia. Qualche giorno dopo perciò accompagnò Giovanna senza nessun entusiasmo in agenzia e prenotò la benedetta crociera.

La mattina della partenza il taxi venne a prenderli in orario ma li depositò all’aeroporto di Fiumicino in netto ritardo a causa di una delle tante manifestazioni che congestionano ancora di più il traffico romano. Arrivati all’aeroporto comincia la corsa, il caldo è già a livelli egiziani, il bagaglio a mano diventa sempre più pesante ogni metro che passa mentre il gate d’imbarco è sempre più lontano. Marco maledice la pancia che ha messo su negli ultimi anni e la sedentarietà a cui si è abbandonato da ormai troppo tempo. Improvvisamente ha un senso di malessere, la vista si annebbia, le gambe non reggono più, il tempo si ferma... Il rumore del corpo che cade fa rallentare la frenesia di molti viaggiatori. Giovanna resta interdetta, pensa ad una storta. Poi lo chiama ma Marco non risponde. Capisce che qualcosa non va. Urla. La gente accorre. Domina il solito

smarrimento. Poi finalmente qualcuno chiama i soccorsi. Gli uomini del 118 arrivano presto ma non a sufficienza. Giovanna, la moglie, è in ginocchio, singhiozza sconvolta e deformata dal pianto. Il senso di colpa per quella partenza che Marco ha subito ma non desiderato forse l’accompagnerà per tutta la vita...

Marco è morto!

Scena 1 bis:

“Tesoro?”

“Eh...?”

“Tesoro?”

“Sì”

“Senti...”

“Giovanna, che c’è??”

“No., niente.... Sai...”

Marco chiuse il giornale e guardò la moglie “Giovanna, ti conosco per fettamente, hai qualcosa in mente ed hai paura di dirmelo. Però tanto me lo dirai uguale e allora è inutile che perdiamo tutto questo tempo. Dimmelo e buonanotte!”

“La crociera sul Nilo!”

“Che cosa?”

“La crociera sul Nilo!” ripeté lei. “Te la ricordi? Era tutto prenotato, dovevamo partire, mancavano pochi giorni ma poi tu... Si insomma... hai avuto l’infarto! Beh ti confesso che mi è rimasto sempre il rimpianto di non averla fatta”

“Beh si è stato un peccato ma che vuoi... Insomma l’importante... l’importante è che io stia qui e non ci abbia lasciato le penne! O no?”

“Ma sì, ma certo! Però stavo pensando...”

“Che cosa?”

“Stavo pensando che ormai sono passati cinque anni, tu stai abbastanza bene... Beh perché non andare ora...”

“No dai Giovanna non c’ho voglia: il caldo, il viaggio...la fatica...!”

“Su Marco ti prego, non ci muoviamo mai...!”

Marco, 65 anni gli ultimi 5 dei quali scanditi dalla convivenza con un pregresso infarto, voleva molto bene alla moglie verso la quale si sentiva anche un po’ in colpa per le limitazioni che le aveva imposto per la sua malattia. Qualche giorno dopo perciò accompagnò Giovanna senza nessun entusiasmo in agenzia e prenotò la benedetta crociera.

La mattina della partenza il taxi venne a prenderli in orario ma li depositò all’aeroporto di Fiumicino in netto ritardo a causa di una delle tante manifestazioni che congestionano ancora di più il traffico romano. Arrivati all’aeroporto comincia la corsa, il caldo è già a livelli egiziani, il bagaglio a mano diventa sempre più pesante ogni metro che passa mentre il gate d’imbarco è sempre più lontano. Marco maledice la pancia che ha messo su negli ultimi anni e la sedentarietà a cui si è abbandonato da ormai troppo tempo. Improvvisamente ha un senso di malessere, la vista si annebbia, le gambe non reggono più, il tempo si ferma... Il rumore del corpo che cade fa rallentare la frenesia di molti viaggiatori. Giovanna resta interdetta, pensa ad una storta. Poi lo chiama ma Marco non risponde. Capisce che qualcosa non va. Urla. La gente accorre. Tra i primi ad arrivare c’è Ludovico impiegato del Ministero della Difesa che va in piscina un paio di volte a settimana. Nell’impianto dove nuota hanno messo un defibrillatore automatico esterno e un giorno, quasi per gioco, gli hanno fatto vedere come funziona. Il caso ha voluto che a dieci metri dal corpo di Marco ci fosse una teca con dentro un defibrillatore. Ludovico l’ha vista, rompe il vetro, prende il dispositivo e lo collega a Marco. Ludovico ha paura, non lo ha mai fatto. L’apparecchio gli dice cosa fare. Ludovico chiude gli occhi e spinge il bottone..... Marco è vivo!

La morte cardiaca improvvisa è responsabile solo in Italia di 60.000 decessi l’anno, uno ogni 10 minuti. La maggior parte di



queste morti sono secondarie ad una fibrillazione ventricolare. Il rapido intervento di un defibrillatore è in genere in grado di interrompere l'aritmia che è altrimenti fatale nel giro di pochi minuti anche quando le manovre di rianimazione cardiopolmonare sono iniziate prontamente. I recenti progressi tecnici hanno ormai permesso un più facile impiego dei defibrillatori automatici esterni anche a chi è estraneo alle professioni sanitarie. Un'ampia diffusione di tali defibrillatori potrebbe quindi salvare un numero considerevole di vite umane. A riprova di ciò riportiamo i dati di uno studio americano che ha valutato l'effetto del posizionamento di 41 defibrillatori nei 3 diversi aeroporti di Chicago che complessivamente vedono un movimento passeggeri di 1 00 milioni di passeggeri l'anno. L'uso dei defibrillatori all'interno della zona aeroportuale era pubblicizzato tramite volantini, cartellonistica e video trasmessi nelle sale d'attesa.

Nei due anni successivi all'introduzione di tali dispositivi 18 persone avevano presentato un episodio di arresto cardiaco da fibrillazione ventricolare all'interno dell'aeroporto. In 4 di questi pazienti il defibrillatore non fu usato nei primi 5 minuti dall'arresto e nessuno dei pazienti sopravvisse. Altri tre pazienti nonostante la

defibrillazione fosse eseguita entro cinque minuti andarono comunque incontro al decesso. Undici persone invece vennero felicemente resuscitate ed 8 di esse ripresero un normale stato di coscienza prima ancora del successivo ricovero in ospedale. Dieci dei 18 pazienti con fibrillazione ventricolare trattati col defibrillatore erano vivi e senza deficit neurologici ad un anno di distanza dall'evento. Il tasso di sopravvivenza ad un anno era quindi del 56% mentre normalmente è del 5%. La sopravvivenza era addirittura del 70% in coloro che erano stati defibrillati nei primi 5 minuti successivi all'arresto. È inoltre rimarchevole che 6 degli 11 soggetti resuscitati dovevano la loro vita a persone che non avevano mai usato prima di allora un defibrillatore. I numeri dello studio possono anche apparire piccoli ad una lettura superficiale ma se li moltiplichiamo per l'enorme cifra di tutti gli aeroporti, le stazioni ferroviarie, i centri commerciali, gli stadi e via dicendo si rivelano invece di ben altra grandezza.

Ognuna di queste vite resuscitate deve perciò sempre più incoraggiare da un lato lo sviluppo di defibrillatori sempre più economici e sempre più facili da usare e dall'altro la conduzione di campagne educazionali che rafforzino l'idea che ognuno di noi può essere capace di salvare una vita.

Come è organizzato il Pronto Soccorso degli aeroporti di Roma?

Intervista di **Filippo Stazi**



Carlo Racani

Responsabile sanitario Pronto Soccorso degli aeroporti di Fiumicino e Ciampino

Dott. Racani come è organizzato il Pronto Soccorso degli aeroporti di Roma?

Il Pronto Soccorso garantisce assistenza medico-sanitaria 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, alla popolazione aeroportuale e alle aeree limitrofe. L'assistenza viene effettuata sia in ambiente ambulatoriale che all'esterno mediante l'ausilio di unità mobili di soccorso avanzato. Il personale impegnato nelle attività sanitarie (infermieri, autisti soccorritori, medici) è qualificato e costantemente aggiornato e può avvalersi dell'ausilio di moderne strumentazioni diagnostico-terapeutiche. Il triage telefonico, viene effettuato da un infermiere responsabile della sala operativa che attiva immediatamente il soccorso appropriato e, nei casi in cui si verificano situazioni di pericolo, stati di emergenza o disastri, provvede ad effettuare tempestivamente, l'attivazione del sistema di emergenza e l'allertamento di tutti gli enti preposti, oltre che naturalmente, all'attivazione della parte sanitaria di pura pertinenza del pronto soccorso.

Una persona che ha un problema sanitario mentre è all'interno dell'aeroporto che cosa deve fare per avere soccorso?

In caso di necessità bisogna chiamare la sala operativa del pronto soccorso telefono 06/65953133 e indicare:

- Luogo esatto dell'evento e punto di riferimento
- Problema principale per il quale è stata effettuata la chiamata
- Condizioni generali della persona da soccorrere
- Età approssimativa (es. adulto, bambino)
- Numero di persone coinvolte da soccorrere

Com'è composto lo staff sanitario?

Il gruppo è composto da 7 Infermieri Responsabili di sala operativa, 20 Infermieri, 37 Autisti soccorritori e 40 Medici specialisti in discipline afferenti all'attività di pronto soccorso (medicina interna, chirurgia generale, cardiologia, urologia, ostetricia e ginecologia, pneumologia, odontoiatria, chirurgia vascolare, anestesia e rianimazione, nefrologia, ortopedia, chirurgia d'urgenza, chirurgia toracica) che si alternano in tre turni a coprire le intere 24 ore.

La nostra Fondazione è molto sensibile all'uso dei defibrillatori, da questo punto di vista voi come siete organizzati?

Anche noi siamo molto convinti dell'importanza dei defibrillatori tant'è che in aero-

stazione sono stati posizionati 12 defibrillatori semi-automatici oltre quelli presenti nelle nostre 8 ambulanze, nelle sale del pronto soccorso ed all'interno della scorta intangibile (per un totale di n. 26 defibrillatori). I dispositivi nei terminal sono contenuti all'interno di teche dotate di allarme sonoro all'apertura. Lo scopo del progetto è quello di permettere un tempestivo intervento a quanti siano abilitati all'utilizzo del defibrillatore, ottimizzando il tempo, già minimo, impiegato dal personale sanitario del Pronto Soccorso Aeroporti di Roma per raggiungere il luogo dove si trova il paziente. Il personale sanitario infermieristico del Pronto Soccorso, si occupa di verificare quotidianamente l'efficienza di ciascun defibrillatore testandoli singolarmente.

Il rumore degli aerei

Tempi difficili i nostri. Ogni giorno qualcuno ci fa toccare con mano gli effetti negativi delle moderne e meravigliose scoperte, coadiuvato dalla statistica che è pronta a dargli ragione. Non importa che sia il 2 o il 20 per cento, conta la sua significatività. La quale ci informa che l'aria inquinata delle città rispetto a quella di Pizzo Palù provoca più malattie di cuore, polmoni e cancro; che l'obesità della donna incinta avrà qualche conseguenza sul cuore del figlio



in età di carriera; che stare seduti a lungo negli aerei ci avvicina allo stesso rischio di una loro caduta. Ed è di questi giorni la notizia che due gruppi di ricerca, peraltro qualificati, sono andati a verificare gli effetti del rumore degli aerei di linea in partenza e in arrivo sugli abitanti che vivono nei pressi degli aeroporti di Heathrow in quel di Londra e di altri 89 scali degli Stati Uniti. Con il risultato che, oltre ai disturbi del sonno e alla peggiore qualità di vita, queste popolazioni affluiscono in maggior numero negli ospedali per ictus, malattie coronariche e cardiovascolari in genere. Si tratta di piccole incidenze, si capisce, ma quando gli esperti vedono che il P statistico raggiunge lo 0.05 o lo 0.01 non esitano a propalare la notizia, anche sui media che a loro volta non esitano ad allarmarci.

Fortunatamente, si fa per dire, solo chi non è bene inserito nel nostro tempo e non sia sufficientemente smaliziato finisce con il darvi eccessiva importanza, gli altri vi sorridono e continuano imperterriti il loro iter poco o tanto vorticoso. Chi poi come me ha raggiunto la terza età ritorna spesso e volentieri con la memoria ai tempi, non dico delle carrozze con cavalli ma di quando le biciclette superavano le macchine e si risuolavano le scarpe consumate dal lungo camminare. Egoisticamente, devo dire, mi preoccupa di più, in questo mondo strapieno di rumori, la perdita di qualche decibel che impedisce di gustare al meglio le armonie di Chopin ma anche il silenzio della natura.

E.P.



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

MORE CONTROL. LESS RISK.

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

SJMprofessional.com



ST. JUDE MEDICAL
MORE CONTROL. LESS RISK.

Lettera aperta ai colleghi cardiocirurghi

di **Patrizia Presbitero**

Direttore Cardiologia Interventistica
Istituto Clinico Humanitas, Milano



La professoressa Patrizia Presbitero scrive ai cardiocirurghi affrontando dei temi molto attuali. La lettera, garbata e al tempo stesso coinvolgente, è intrisa di pathos. È vero. I cardiologi interventisti e i cardiocirurghi non si vogliono bene. Eppure è dalle intuizioni che sviluppano insieme che può progredire la cura delle cardiopatie. Un esempio? Se il professor Ottavio Alfieri non avesse ideato la tecnica edge to edge per riparare la valvola mitralica e non l'avesse proposta ai cardiologi interventisti non sarebbe nata la tecnica di mitral clip.

La lettera di Patrizia è quasi una preghiera. Va rivolta a tutti, cardiocirurghi e non, nello sforzo di mettere il paziente al centro di un processo decisionale che spesso è difficile. Serve umiltà e saggezza per farsi da parte e rinunciare all'ago o al bisturi quando non serve. Il nostro lavoro si potrà arricchire in futuro con un gioco di squadra in cui cardiologo e cardiocirurgo condurranno assieme procedure ibride di rivascolarizzazione coronarica o trattamenti valvolari. Per farlo occorre lavorare in armonia.

Francesco Prati

Siete sempre stati ammirati e amati da noi cardiologi:

- per il coraggio nell'affrontare situazioni di pericolo, mossi dalla preoccupazione non di difendersi da possibili effetti di un fallimento ma di risolvere il problema acuto dell'ammalato;
- per l'audacia che, unita all'intelligenza, permette di trovare sul campo le soluzioni adatte a problemi anche molto diversi da quelli che s'incontrano normalmente;
- per la sicurezza trasmessa ai colleghi, ai familiari, ai pazienti, che alimenta la speranza, conforta e tranquillizza;

- per la bravura che non viene dal cielo ma ha richiesto giorni e notti di apprendistato, di ricerca e di studio.

Raramente avete avuto bisogno di analisi randomizzate per validare un intervento perché era “evidente” che le vostre procedure miglioravano la vita dei pazienti e verosimilmente la allungavano.

Tutto questo faceva mettere in secondo piano a noi cardiologi una certa “arroganza” verso colleghi e collaboratori.

Insieme ad una certa pretesa di essere sempre nel giusto. Il dubbio dovrebbe essere sempre presente nella pratica medica, nella formulazione di una diagnosi come nell’esame dei risultati. E invece proprio l’assenza del dubbio vi rendeva inarrivabili e intoccabili.

Per i cardiologi vale quello che Virginia Wolf diceva dell’arte del cinema “l’occhio assapora tutto all’istante ed il cervello, piacevolmente solleticato, si accomoda a guardare ciò che accade senza attivarsi al pensiero (...) che cos’è che lo stupisce dunque destandolo all’improvviso nel bel mezzo del suo piacevole torpore chiedendo soccorso?”

E ogni volta che i cardiologi chiedevano soccorso era quasi sempre ai cardiocirurghi che, quindi, rappresentavano la riconosciuta spalla alla risoluzione di problemi anche complessi.

Che cosa si è rotto allora da quando siamo entrati con la cardiologia interventistica a competere con voi?

Il sospetto che i nostri interventi non fossero efficaci o addirittura dannosi si è inserito come un tarlo e ha richiesto centinaia di studi randomizzati per dimostrare l’efficacia delle nostre procedure. Ogni passo

nel progresso delle nostre tecniche doveva essere costantemente convalidato ai vostri occhi. E questo ha avuto un risvolto positivo perché ha costretto noi, cardiologi interventisti, travolti dall’avanzare di tecniche magnifiche in grado ai nostri occhi di risolvere il problema di tanti ammalati, a provarne volta per volta la loro reale efficacia. Dopo 20 anni di lavoro fianco a fianco avevamo imparato i vantaggi e i limiti delle rispettive tecniche. Nel trattamento della malattia coronarica al di là delle linee guida si sono delineati nella pratica clinica i rispettivi ambiti di competenza. Nel 2006, quando qualche studio ipotizzò che gli stent medicati potessero provocare una maggiore mortalità legata a trombosi dello stent, ci fu un ripensamento sollecitato soprattutto dai cardiocirurghi che sfociò in una ulteriore spinta in avanti nell’interventistica coronarica quando si dimostrò che questo non era vero. Quando in anni più recenti due importanti studi randomizzati dimostrarono che nei pazienti molto complessi e nei diabetici multivasali il bypass offriva vantaggi rispetto all’angioplastica, furono i cardiologi interventisti a fare un passo indietro inviando tali pazienti in cardiocirurgia. Con l’invecchiamento della popolazione e la complessità dei pazienti per presenza di comorbidità che rendono rischiosa la chirurgia furono i cardiocirurghi a rivolgersi agli interventisti per trattare con minor rischio questo tipo di pazienti. Ma con l’ingresso della sostituzione valvolare aortica per via percutanea (TAVI) qualche anno fa, abbiamo assistito a fatti nuovi: alcuni cardiocirurghi si sono eret-

ti a guardiani della buona medicina contro “l’avanzare della barbarie”, altri hanno iniziato a porre paletti ed ostacoli allo sviluppo e alla diffusione di questa tecnica, pochi hanno compreso la grande importanza di questo avanzamento e addirittura se ne sono fatti i promotori.

La semplificazione progressiva delle tecniche di cardiologia interventistica e la brevità dei tempi di ricovero hanno favorito agli occhi della gente la banalizzazione di atti medici complessi e pericolosi come la rivascolarizzazione coronarica prima circondati da considerazione e rispetto. Questo ha sminuito anche l’atto chirurgico e portato a un ridimensionamento della posizione stessa della cardiochirurgia prima considerata la Regina dell’Ospedale.

Come sempre accade quando nasce una branca nuova della medicina, il processo per trovare una sua collocazione è lento e non indolore. In questo caso la cardiologia interventista, che nuova non è perché è nata più di trent’anni fa, è sempre più vicina all’area specifica della cardiochirurgia non solo perché si occupa in gran parte delle stesse patologie e può essere usata in al-

ternativa ma anche perché per molte patologie le due tecniche possono essere usate insieme o in sequenza, in momenti diversi, a beneficio del paziente.

Proprio per questo è nato il cosiddetto “Cardio Team” cioè una modalità di condivisione della cura del cardiopatico tra tutte le componenti mediche cardiologiche e cardiocirurgiche che si occupano del paziente, scegliendo insieme il percorso di cura. Ma il Cardio Team non deve essere un obbligo, deve diventare una necessità. Non deve essere il luogo dove si esercita un controllo reciproco ma quello in cui nascono confronti, proposte e idee nuove. Il Cardio Team deve diventare essenziale per dare una informazione bilanciata e fornire la migliore opzione di trattamento al paziente.

Perché questo succeda non sono sufficienti raccomandazioni di linee guida o disposizioni organizzative, bisogna che alla cultura del sospetto si sostituisca quella della fiducia, della conoscenza e dell’ammirazione delle reciproche capacità, del riconoscimento della validità delle reciproche tecniche, insomma bisogna crederci e crederci sul serio.

tra i libri ricevuti



Chagall: il mondo sottosopra

di Bruno Domenichelli



*“Oh, se potessi a cavallo di una chimera
di Nôtre Dame con le mie gambe e le mie
braccia tracciare il mio cammino nel cielo”*

Marc Chagall

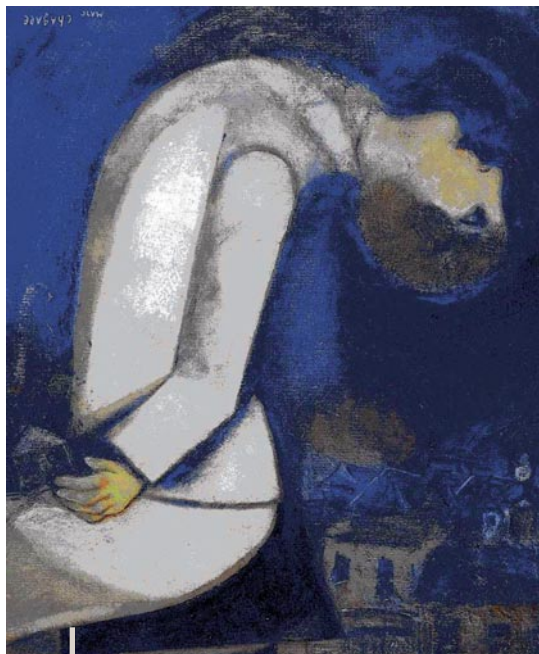
*“Un vaso che sta in piedi non esiste,
bisogna che cada per dare prova della sua
stabilità”*

Marc Chagall

Poetico vaneggiare di un folle? Sbandamento dell'io alla ricerca di una smarrita razionalità? O piuttosto la profetica saggezza di un'immaginazione capace di ribaltare la realtà fisica del visibile e su questo ribaltamento basare la scoperta della vera essenza del reale, sfuggente alla definizione da parte della ragione ed esplorabile solo attraverso la dimensione dell'inconscio e del sogno?

Molte delle opere di Chagall sembrano animate e all'interno dal vento di questa apparente irrazionalità, da un'immaginazione che porta a vivere secondo dimensioni inesplorate in un mondo abitato da creature di un' "altra" realtà.

I protagonisti dei quadri di Chagall: uomini, animali, oggetti, vivono infatti immemori delle leggi della fisica e della pesantezza dell'esistenza, galleggiando imponderabili nel cielo, esplorando a testa in giù la realtà circostante. Per loro le leggi della gravità sono sospese. Anche il tempo sembra essersi fermato, se non



L'uomo con la testa rovesciata, Marc Chagall.

Chagall ci suggerisce come vivere controcorrente, in un "mondo capovolto", in cui, cambiando il punto di osservazione, potremo comprendere meglio la realtà delle cose. Spunti di "pensiero divergente"; suggerimenti per uno stile di vita libero da conformismi e da pesanti condizionamenti psicologici e culturali.

Sopra la città, Marc Chagall.

È un invito ad immedesimarci nel mondo onirico di Chagall, ad entrare anche noi nei suoi quadri e a farci prendere per mano dagli amanti che si librano senza peso nel cielo sopra i tetti della città.



quello della memoria che lega il presente dell'artista alla sua favolosa infanzia vissuta nei villaggi della profonda Russia.

Chagall dipinge la dimensione fiabesca dei suoi ricordi e dei suoi sogni. Non per nulla nella tradizione russa, la sfera delle fiabe viene definita come "il mondo capovolto" o "il mondo alla rovescia".

È così che Chagall libera le creature che popolano i suoi quadri dai limiti delle consuete dimensioni esistenziali, dalle associazioni mentali precostituite e dagli stereotipi cognitivi ed emotivi che stendono un velo di inconoscibilità sulla realtà.

Alleggeriti anche dal peso della loro fisicità e dai condizionamenti e dai conformismi socio-ambientali, i personaggi di Chagall si riappropriano allora della propria essenza archetipica. E a noi che li osserviamo trasmettono sensazioni di libertà senza peso e serenità del vivere. E sentimenti fuori del tempo e leggerezza dell'animo. E la forza creativa del sogno e gli strumenti salvifici della fantasia. Sollevando il velo di Maya dalla superficie della quotidiana realtà e della logica comune, Chagall scopre con i colori e le forme, il segreto del cuore pulsante dei suoi personaggi

e ci fa capaci di entrare in sintonia con la loro gioia e con le loro sofferenze.

Chagall sa che *"L'arte non riproduce il visibile, piuttosto rende visibili forze che non lo sono"* (Paul Klee) e che *"Il vero è invisibile agli occhi, si vede bene solo col cuore"* (Saint Exupéry).

È folle allora affermare che "per dar prova della sua stabilità un vaso deve cadere"? O è uno dei tanti saggi paradossi che i legami fra arte e follia suggeriscono?

Le creature senza peso e senza tempo di Chagall possono diventare allora quotidiane compagne di viaggio nella vita di ognuno di noi, capaci di trasmetterci la leggerezza della loro serenità. Ricette esistenziali per alleggerirci del peso quotidiano del vivere o catartiche sofferenze in cui r ispecchiarci. Antidoti spirituali antistress. Fonti di autoconsapevolezza capaci di farci intravedere dimensioni inconsuete dell'essere. Strumenti alternativi di conoscenza di "altre" realtà e di sentimenti nuovi.

Potrà forse essere sufficiente per questo "entrare" nei quadri di Chagall e farsi prendere per mano dagli amanti che si librano senza peso nel cielo, sopra i tetti delle cit-

tà. Riusciremo allora forse ad imparare le potenzialità etiche, emotive e cognitive del vivere “controcorrente”, in un “mondo capovolto” in cui, cambiando punto di osservazione, potremo comprendere meglio la realtà. Ad entrare costruttivamente anche noi in un favoloso “mondo alla rovescia”. E anche se il mondo delle fiabe è spesso venato di utopia e di irrealtà, potrà confortarci il pensiero di Albert Einstein che affermava che *“Solo quelli che sono abbastanza folli da pensare di poter cambiare il mondo lo cambiano davvero”*. È forse proprio per questo che, sovvertendo le tradizionali “evidenze” della fisica newtoniana, esattamente un secolo fa, per merito di Bohr e di Einstein furono individuate le “strane” regole della struttura dinamica dell’atomo, che avrebbero rivoluzionato la moderna scienza. È uno degli infiniti esempi della potenzialità del “pensiero divergente” che

facilita la soluzione dei problemi partendo da punti di vista inconsueti e che potrà aiutarci, dai più semplici problemi quotidiani ai grandi interrogativi della scienza. Quel “pensiero divergente” che il “mondo alla rovescia” di Chagall traspone in immagini che si propongono anche come suggerimenti per indicarci stili di vita e spunti di autocoscienza inconsueti quanto preziosi per la salute psicofisica.

Ci accade infatti spesso, nella vita quotidiana, di rimanere prigionieri di circoli viziosi esistenziali apparentemente senza vie d’uscita, se le vie che percorriamo sono quelle del conformismo e della consuetudine. Affrontando i problemi da punti di osservazione inusuali, come ci insegnano i personaggi “capovolti” di Chagall, potremo forse valutare elementi che inizialmente avevamo trascurato e trovare spunti per soluzioni insospettate. Quando ci troveremo



Il viaggiatore, Marc Chagall.

“Oh, se potessi... con le mie gambe e le mie braccia tracciare il mio cammino nel cielo.”
Le creature di Chagall vivono in un favoloso mondo di libertà e di sogno, libere da ogni vincolo di peso e di tempo, trasmettendoci gioia di vivere e sensazioni di serenità.



Danza, Marc Chagall.

L'arte è anche mezzo di compensazione e rifugio per inconsolabili sofferenze.

Fu solo grazie all'arte che Chagall uscì da una gravissima depressione. Lo testimoniano i tantissimi quadri in cui il pittore si raffigura abbracciato alla sua compagna, ancora presente e viva nei suoi sogni più azzurri.

L'arte è una dimensione esistenziale aperta ad ognuno di noi, al di là di ogni formale espressione artistica, come tendenza interiore a una vita tendente al vero, al bello e al giusto.

confusi ed incerti di fronte ad un problema nuovo, Chagall ci insegna che potrà essere utile capovolgere la realtà, mettere in forse se stessi e superare le stereotipie mentali cristallizzate da una vita e la subordinazione ai condizionamenti sociali e al conformismo culturale.

Con il suo mondo sospeso tra favola e sogno, Chagall ci propone una formula che potrà farci recuperare la lucidità e la trasparenza del pensiero della nostra fanciullezza, quando un atteggiamento di stupore era la formula vincente per la quotidiana scoperta del mondo. Un mondo a soqquadro, quindi, è la prima ricetta per vivere che Chagall ci propone. Ma la lezione esistenziale di Chagall, come formula per rinnovare il nostro stile di vita non si ferma qui. Per Chagall infatti la fantasia fu anche compensazione salvifica per devastanti sofferenze esistenziali. La morte dell'adorata compagna della sua vita aveva infatti fatto piombare il pittore in un profondo stato depressivo, che l'aveva estra-

niato a lungo da ogni interesse alla vita. Fu solo la sua arte a salvarlo. Lo testimoniano i suoi tantissimi quadri in cui raffigurò la sua compagna perduta, ancora presente e viva accanto a sé, danzante fra le sue braccia nell'imponderabilità dei suoi cieli più azzurri.

L'Arte, quindi, come compensazione e rifugio per sofferenze inconsolabili. Ma la dimensione artistica del vivere non è prerogativa esclusiva degli artisti baciati dalla fama ma reale potenzialità di gratificazione aperta ad ognuno di noi, al di là di ogni espressione formale d'arte, come tendenza interiore ad un modo di vivere aperto alla percezione del vero, del bello e del giusto, in ogni più elementare aspetto del vivere quotidiano. Ars vivendi. Così configurato, lo stile di vita si carica di dimensioni e di significati nuovi e si fa fonte di benessere esistenziale e premessa di buona salute psicofisica.

Anche la Fantasia, quindi, come gratificante ricetta per sopravvivere.

Qualche secondo di buonumore



Un parcheggiatore romano abusivo: “Venga dottò, venga tranquillo. Dietro c’è il deserto!”. Si sente un terribile tonfo. “Ah dottò, ha preso proprio una palma!”

Un uomo lascia la sua macchina in un parcheggio con un cartello scritto: TANTO LA RADIO NON CE L’HO. Al suo ritorno non vede più la macchina e trova sotto la sua scritta un’altra frase: NON TI PREOCCUPARE, TANTO LA RADIO CE LA METTIAMO NOI!!

Volevo fare qualcosa di carino così ho comprato una sedia a mio suocera. Adesso però non vogliono farmi inserire la spina!

Dietro la baita del nonno di Heidi è stata trovata una piantina di marijuana. Ecco perché i monti sorridono e le caprette fanno ciao!

Un graduato dell’arma si rivolge ai carabinieri adunati nel cortile della caserma: “domenica prossima sfileremo in parata! Se alla mattina piove sfileremo di pomeriggio e se piove di pomeriggio sfileremo di mattina...”

Cosa fa un maialino innamorato??
Il prosciutto cotto

Un uomo alla fermata dell’autobus chiede ad un altro: “Scusi, passa di qui il ventotto?” L’uomo prende in mano la sua agenda, la consulta e dice: “No, il ventotto sono in ferie!”

Esplorare la vita



Realizzare i sogni

150 Years
Science For A Better Life



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

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

www.bayer.it



Bayer:

HealthCare

CropScience

MaterialScience

Digitale

Nobile decaduta ma farmaco di rango

di Eligio Piccolo

Era nata nello Shropshire, terra di aristocratiche progenie, da un ricercatore di rango, il medico e chimico William Withering, che a metà del '700 l'aveva individuata in una pianta, la digitalis purpurea. Riandando però alle origini più remote essa aveva anche un curriculum empirico di tutto rispetto essendo stata usata durante secoli come decotto medicinale per curare l'idropisia, come si chiamavano allora gli edemi e gli scompenzi di cuore. Dopo la sua scoperta e la successiva immissione nelle farmacie dell'estratto sotto forma di soluzioni e di tinture, il successo terapeutico fu assicurato, ma anche l'insuccesso perché la digitale era una sostanza così efficace che bastava sforarne di poco le dosi per mandare il paziente all'altro mondo. Fortunatamente verso la metà del '900 venne in soccorso l'industria farmaceutica, la quale mise nel commercio prodotti calibrati in frazioni di milligrammo che consentirono, assieme al dosaggio nel sangue della sostanza, di evitare l'intossicazione.

Fino alla seconda guerra mondiale la digitale fu l'unico farmaco per curare lo scompenso di cuore ma non così efficace come molti medici speravano. Già a partire dagli anni '20, infatti, nelle diatribe mediche sui migliori risultati faticosamente conseguiti si contendevano la palma due correnti di

Digitalis Purpurea



pensiero, capeggiate stranamente da due illustri clinici entrambi di nome Christian, quella europea che consigliava la digitale per ogni forma di insufficienza cardiaca e quella nordamericana che la indirizzava soprattutto verso i pazienti con fibrillazione atriale. La scoperta negli anni successivi dei nuovi farmaci per aiutare con più efficacia il cuore scompensato, in particolare i diuretici, i vasodilatatori e i beta-bloccanti, non solo avrebbe apportato un nuovo e grande aiuto ai malati ma avrebbe anche rivelato i limiti della vecchia e gloriosa digitale. Per quest'ultima verso la fine del secolo scorso fu cantato da molti una specie di *de profundis* dopo la pubblicazione di un grosso studio, nel quale si dimostrava che tra i pazienti in cui, oltre alla nuova terapia, era stata aggiunta la digitale e quelli nei quali la si era omessa, non c'era alcuna diversità di sopravvivenza a distanza di tre anni. Entrambi i gruppi raggiungevano l'oltretomba in tempo per ritrovarsi assieme, pur con la soddisfazione, si capisce, di aver beneficiato degli altri progressi.

Non era certo una conclusione che lasciasse soddisfatti quanti, aldilà delle esperienze passate e dei volumi che ne erano stati scritti, avevano creduto nella bontà di tale molecola e dei suoi meccanismi di azione. Né poteva soddisfarli quella specie di pre-

mio di consolazione che si leggeva in quello studio: chi prendeva la digitale si ricoverava di meno nei mesi successivi. E a partire da quel momento i più autorevoli di loro, nonostante il calo di prescrizioni della digitale avesse raggiunto il 70% in pochi anni e si fosse maturato un ridotto interesse anche da parte dell'industria di propagandare un prodotto il cui prezzo era ormai inferiore a quello dell'olio di ricino; quei ricercatori, dicevo, hanno messo in moto numerosi studi per capire quanto fosse giustificata quella debacle e se nell'entusiasmo per le nuove terapie si fossero perse di vista alcune qualità essenziali della digitale stessa. Si è così potuto verificare che la sospensione della digitale in chi la prendeva assieme agli altri farmaci moderni faceva peggiorare nettamente le malattie di cuore. Per farla breve, attraverso tutta una serie di valutazioni nei pazienti con differenti tipi e grado di insufficienza cardiaca, di diversa età e di mille altre sofisticherie che non interessano i nostri lettori, si è capito ancora una volta che ogni malato è un caso a sé o, per dirla come Ippocrate, che "è più importante conoscere la persona malata che la malattia di quella persona".

Il messaggio quindi è: la digitale sì ma nel malato che il bravo medico ha saputo distinguere dagli altri.

La “digitale” cinese

Non saprei in quale altro modo chiamarla perché il suo vero nome *qili qiangxin*, oltre che per noi impronunciabile, non esprime alcun concetto medico o botanico al quale il clinico o il farmacologo siano in qualche misura familiarizzati. Si tratta in effetti di un vegetale, anzi di un insieme di vegetali dai quali i cinesi da secoli ne estraggono l'essenza, che assicurano fa bene al cuore. Una specie di digitale quindi se riandiamo ai tempi del medico-chimico William Withering, che prese per buona una pianta usata da certe praticone per risolvere gli edemi degli scompensati cardiaci, la analizzò e ne estrasse il principio attivo. Ma nel *qili qiangxin* non c'è la digitale, bensì un insieme di saponine, di glicosidi flavonoidi, di steroidi e di acidi fenolici, che sono attualmente al vaglio degli esperti per capire con quale meccanismo questo *potpourri* vegetale riesca a dare un così grande aiuto al nostro cuore. Si perché, non solo i pazienti stanno meglio prendendo in pillole il concentrato o l'essenza di quelle erbe, ma anche gli esperimenti fatti sugli animali e le osservazioni clinico-chimiche nell'uomo scompensato dimostrano che gli esami alterati dall'insufficienza cardiaca migliorano e che il cuore stesso si rimette in carreggiata.

Nei topolini che per ragioni ereditarie tendono alla pressione alta e a subire le sue conseguenze nefaste nel cuore, il farmaco cinese è in grado di prevenirle, impedendo la morte delle cellule miocardiche stressate e addirittura favorendo la proliferazione di altre nuove e sane. Nell'uomo un gruppo di ricercatori delle varie Università della Repubblica Popolare Cinese, capeggiati da Xinli Li, un

cognome che fa pensare ai nostri Rossi, ha recentemente verificato che la somministrazione del *qili qiangxin* a 512 pazienti con insufficienza cardiaca, in aggiunta, si capisce, alla terapia classica usata in tali casi, determinava

un'impressionante caduta del peptide natriuretico, il parametro del sangue che oggi si usa sempre di più per valutare il grado di miglioramento dello scompenso cardiaco: tanto più si riduce questo peptide nel sangue, tanto più efficace è la terapia (JACC 2013). A questo punto

l'attesa del mondo scientifico cardiologico, onde capire meglio ciò che fino ad ora sembrava una diatriba fra Withering e Cagliostro, è molto alta poiché, dai dati che ci vengono riferiti, il nuovo farmaco cinese agirebbe non solo in via indiretta, favorendo ad esempio la diuresi ma forse anche direttamente sul miocardio, cambiando in meglio certi meccanismi che sovraccaricano il cuore quanto le loro conseguenze regressive. O meglio, questa è l'illusione dalla quale il medico non vorrebbe mai staccarsi.

E.P.



Leone X, carriera di un Papa

di Franco Fontanini

La vita di Lorenzo il Magnifico fu ricchissima di successi in tutti i campi, non riuscì solamente a vedere un Papa in famiglia, cosa alla quale ambiva enormemente.

Nessuno dei figli dimostrava particolari attitudini, neppure il secondo, Giovanni, sul quale aveva riposto qualche speranza.

La carriera ecclesiastica di Giovanni fu ricca di eventi insoliti e sorprendenti, anche se non del tutto inconsueti per un prelado rinascimentale appartenente ad una famiglia principesca.

A sette anni ricevette la tonsura e da quel momento tutti, a cominciare dal padre, lo chiamarono Messer Giovanni e gli dettero del voi.

A tredici anni venne nominato, nonostante la giovane età, Cardinale, vale a dire Principe della Chiesa, titolo che prima del Concilio di Trento poteva essere concesso ad appartenenti a famiglie principesche anche se non erano sacerdoti. Giovanni, lo divenne quattro giorni prima di diventare papa.

A diciannove, conclusi all'Università di Pisa gli studi di diritto canonico, divenne vescovo.

Da sinistra:
rappresentazioni di Leone X
da solo e con i cardinali.



Non sempre la sorte della famiglia Medici ebbe la buona ventura dalla sua parte, alla morte del Magnifico dovette abbandonare Firenze. Giovanni, che si era trasferito a Roma, fuggì vestito da frate domenicano. L'ultima a lasciare Firenze fu Alfonsina Corsini, che era rimasta per salvare le opere d'arte e gli altri oggetti preziosi e fuggì travestita da suora.

Tutti poterono rientrare a Firenze dopo la morte improvvisa di Alessandro VI, Rodrigo Borgia, pontefice di origini spagnole dalla vita spregiudicata, loro acerrimo nemico. Il ritorno ufficiale del cardinale Giovanni a Firenze fu un evento memorabile, con fuochi artificiali, scampanii a festa e una grande folla giubilante nonostante la pioggia ininterrotta, manifestazione che commosse fino al pianto anche Lorenzo il Magnifico sempre più sofferente nella villa di Careggi, che si rese conto che non avrebbe più

potuto seguire quel figlio prediletto.

Il cardinale Giovanni, tornato a Roma, continuò senza interruzioni né cambiamenti la vita brillante e sfarzosa nella sua splendida residenza che divenne il principale centro di cultura e di feste, ritrovo dei maggiori artisti e letterati e che fece premeggiare Giovanni che così emerse su tutti i porporati del Sacro Collegio.

Qualche osservatore malevolo fece notare la netta predominanza dei baldi giovani sul gentil sesso ma l'insinuazione, anche se probabilmente non infondata, lasciò tutti indifferenti.

Giovanni spendeva in continuazione sempre più grandi somme negli acquisti di opere d'arte preziosissime che daranno lustro perenne alla sua città.

Nel 1513 partecipò con scarsa convinzione al Conclave che doveva eleggere il successore di Giulio II. La sua giovane età, l'ostilità

e il rancore di molti cardinali per la famiglia Medici, sembrarono precludergli ogni possibilità di ascesa al soglio pontificio ma così non fu e, contro ogni pronostico, superando tutti gli ostacoli, alla fine ce la fece e divenne Leone X.

Al cugino Giuliano, tra i primi a complimentarsi, disse non senza un sottinteso di ironia: "Poiché Dio



Incoronazione di Leone X

ci ha concesso il papato, godiamocelo”, e così fece, con ininterrotta coerenza per sette anni, durante i quali fece spese enormi in opere d’arte grandiose, manoscritti antichi, arazzi, offrendo stipendi favolosi a letterati, umanisti, architetti che lavoravano nella sua corte, chiamò all’Università ben ottantotto docenti fra i migliori d’Europa, finanziò la traduzione della Bibbia in latino, sovvenzionò Aldo Manuzio che divenne il maggior editore del Rinascimento, promosse ricerche filologiche, di glottologia, convegni e conferenze su tutto lo scibile. Volle vicino a sé Raffaello, il suo pittore favorito, che nominò sovrintendente ai monumenti, e che in quel periodo gli fece lo splendido ritratto fra due cardinali con la lente in mano e la Bibbia miniata davanti, che possiamo ammirare nella galleria Pitti.

Nominò Pietro Bembo suo segretario e convocò nella sua corte molti letterati, gli piaceva perfino l’Aretino con i suoi versi sboccati da taverna, pieni di doppi sensi scurrili, che giudicava sinceri e divertenti e che venne assunto a corte più come buffone che come poeta. Non amava invece per il carattere il Buonarroti, pittore favorito dal suo predecessore Giulio II.

Dopo Raffaello Sanzio, Leone X, fra i pittori amava Luca della Robbia, Baccio Bandinelli, Franciabigio, Andrea del Sarto, Pontormo, Raffaello da Montelupo e fra gli architetti il Bramante, Baldassarre Peruzzi e Fra Giocondo.

I prediletti furono sempre i letterati, quasi tutti nominati cardinali come il Bibbiano e il Sadoletto appartenente a una famiglia di umanisti modenesi che nominò “ab-



breviatore” insieme al Bembo che elesse vescovo e poi cardinale.

A Paolo Giovio, medico e storico non eccelso, che scrisse una storia un po’ agiografica della sua ascesa al pontificato che gli piacque molto, assegnò una lauta pensione per tutta la vita. Anche se detestava le spese militari, destinò grosse cifre all’esercito. Edificò numerosi splendidi palazzi utilizzando senza risparmio ruderi d’ogni genere. Lo stesso Leone X aveva sempre scritto versi latini e commedie pregevoli. Dal padre aveva ereditato il mecenatismo ma lo superò nell’irresponsabilità delle spese, senza mai tenere in nessun conto il dissesto economico.

In otto anni spese quattro milioni e mezzo di ducati portando le finanze pontificie sull’orlo della bancarotta e mettendo in gravi difficoltà molte grandi famiglie alcune delle quali fallirono senza scampo, nonché molte banche. Da parte sua tentò invano di rimediare vendendo indulgenze e mettendo all’asta ben 1553 cariche ecclesiastiche. In un anno nominò trentuno cardinali ma tutto questo non bastò.

La sua morte a quarantasei anni, dopo una

lunga agonia fu un grande sollievo per tutti. I romani dissero che in pochi anni aveva mangiato tre pontificati, quello di Giulio II, il proprio e quello del suo successore. La causa della morte rimase ignorata. Nonostante l'insensibilità ai problemi economici che creava e che costarono alla chiesa romana lo scisma pro testante e la Riforma, venne considerato un grande papa. Alcune voci sostenevano che fosse stato avvelenato ma né l'autopsia né l'imbalsamazione portarono elementi a conferma; soffriva di febbri malariche, aveva una dolorosa fistola anale, si disse perfino che era morto di gioia alla notizia della sconfitta dei francesi in Valpadana.

La causa più verosimile è la più banale. Dalla villa della Magliana dove risiedeva da alcuni mesi, decise di tornare subito a Roma per indire la cerimonia di ringraziamento a Dio, restò alzato tutta la notte per godere della generale allegria. L'inverno si stava avvicinando, l'aria era fredda e stando un po' nella villa e un po' nel parco prese un forte raffreddore con febbre, tosse, sudorazione profusa, respirava a fatica e probabilmente morì di polmonite e il 1° dicembre durante un violento attacco di tosse. Non rivelò mai, a differenza di suo padre, preoccupazione per la sua anima né per l'aldilà, come in precedenza si era sempre dimostrato indifferente al travaglio morale della chiesa.

Era felice di averla trasformata in un principato di folgorante bellezza, raffinata patria dell'arte rinascimentale, paganeggiante. Non si interessò e secondo molti fu lontano dal capire la dottrina di Lutero che guardò sempre dall'alto al basso, rivedendo estasiato il passato, probabilmente incapace di intendere il futuro che avanzava. Firmò senza curarsene l'editto di Worms.

La storia della chiesa è severa nei suoi confronti accusandolo di nepotismo, esosità, vita sfarzosa, scarsa spiritualità e di non avere in nessun modo ostacolato l'avanzamento protestante.

È sepolto a Roma in Santa Maria sopra Minerva.



Tombe di Leone X

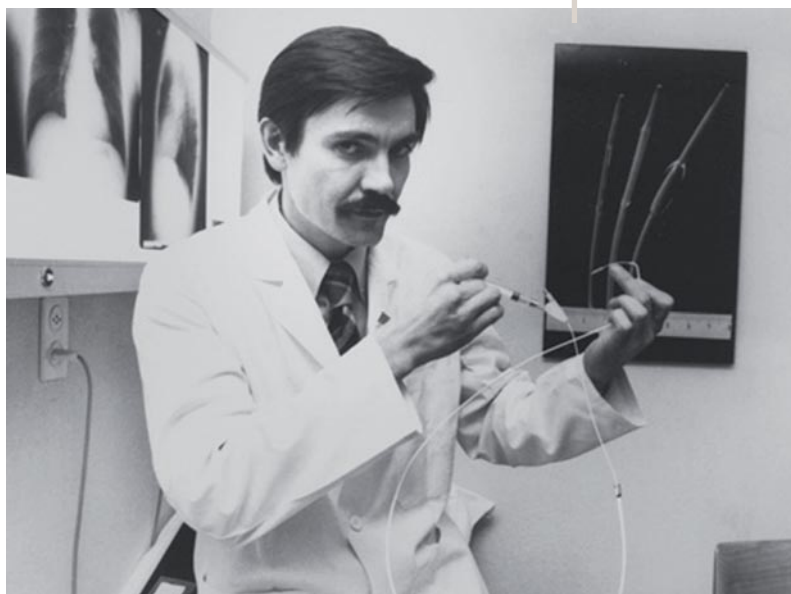
... E Gruentzig inventò l'angioplastica e la cardiologia non fu più la stessa!

di Filippo Stazi

... Per l'ennesima volta girò lo sguardo verso la sveglia, le lancette fosforescenti segnavano le 5.30. Era inutile continuare a combattere contro l'insonnia, aveva perso. Tanto valeva prenderne atto ed alzarsi. Cercando di non svegliare la moglie si recò in bagno. Aprì la finestra e, come ogni mattina, cercò di capire nella semioscurità del cielo di Zurigo che tempo facesse. L'asfalto era bagnato e l'aria fredda, sicuramente sarebbe stata un'altra giornata di pioggia. Di certo non un buon auspicio per l'incontro decisivo che avrebbe avuto da lì a poco.

Anche Adolph Blackman non aveva chiuso occhio quella notte. A 38 anni la sua vita era ormai devastata dall'angina. Aveva da poco rinunciato anche alla sua sedentaria attività di assicuratore. La causa delle sue sofferenze era una severa stenosi dell'arteria discendente anteriore, la più importante delle arterie coronarie. Le altre coronarie erano normali e per questo i cardiocirurghi erano estremamente recalcitranti a sottoporlo ad un intervento di bypass aortocoronarico. Temevano infatti che la malattia potesse evolvere nel tempo attaccando anche le altre arterie e costringere quindi ad un precoce reintervento. Si era or mai rasse-

Andreas Gruentzig



gnato ed aveva perso il gusto del vivere, poi all'improvviso, due giorni prima, era venuto a cercarlo un cardiologo mai visto prima, un suo coetaneo, scuro di baffi e di capelli, dal piglio deciso, quasi temerario e dall'accento marcatamente tedesco. Da allora era in mezzo alla tempesta.

"Buongiorno, sono il dottor Andreas Gruentzig e sono qui per proporle qualcosa di cui nessuno le ha mai parlato" esordì il medico col tono di chi crede fortemente in quello che dice.

"Mi dica"

"Senta, io ho studiato a fondo la sua cartella clinica e lei è esattamente la persona che stavo cercando da parecchi mesi"

"Perché proprio io?" chiese Adolph sempre più intimorito e incerto se continuare o meno il colloquio

"Perché lei è giovane, perché lei ha una sola lesione di una sola coronaria, perché le sue altre coronarie sono normali, perché lei se non avesse quella lesione sarebbe una persona sana, perché purtroppo quella lesio-

ne le sta rovinando la vita, perché lei, infine, per tutti questi motivi, credo che sia disperato!"

L'assicuratore in effetti era proprio così che si sentiva: disperato. Aveva voglia di tornare a camminare senza quel maledetto dolore al centro del petto, aveva voglia di poter abbracciare i suoi bambini, aveva voglia di tornare al suo lavoro, aveva voglia di tante cose. "Che cos'è questa proposta di cui non ho mai sentito parlare?"

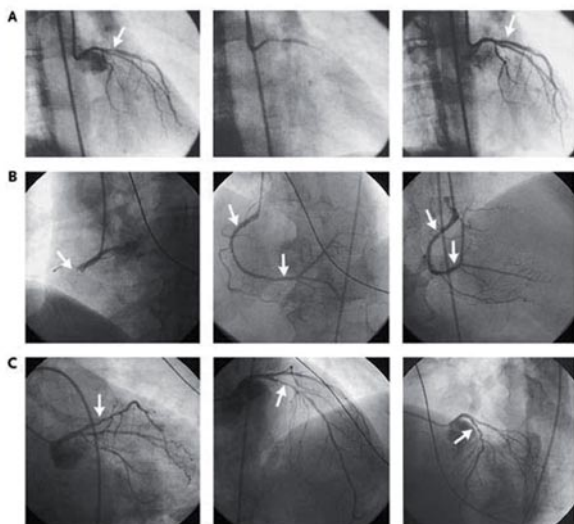
"È una tecnica recente che già si usa nelle arterie delle gambe. Si fa una puntura all'inguine e attraverso quella porta d'ingresso si infila un tubicino, con in punta un palloncino, nella coronaria malata, lo si avvanza a livello del restringimento e quindi si gonfia il pallone ripristinando il normale diametro del vaso. I risultati sono spettacolari"

"E dopo che succede?"

"Dopo se tutto è andato bene l'angina è sparita e fuori torna il sole"

Il viso di Blackman cominciava ad ospitare un sorriso da bambino felice "L'idea mi piace... ma strano che nessuno me lo abbia mai proposto. Quanti pazienti ha già trattato con questa tecnica?"

Gruentzig esitò incerto se mentire o meno, poi decise che doveva essere sincero. "Lei sarà il primo!" Adolph sprofondò su una sedia, tutte le sue speranze infrante ma il medico non gli lasciò tempo di fuggire "ma non vuol dire niente. Mi creda. Ho tutto pronto. Sono tre anni che lavoro nella cucina di casa mia a preparare i materiali, ho modificato la forma del palloncino, ne ho cambiato il materiale, ho creato un doppio lume nel tubicino e ho già dilatato le coronarie di non mi



ricordo neanche più quanti cani. Non possiamo fallire. Andrà bene, si fidi!”

C’era qualcosa nella sua voce, nel modo in cui parlava, nell’entusiasmo che ci metteva che dette fiducia al giovane assicuratore “Senta mi dia tempo. Oggi è il 13 settembre, rivediamoci dopodomani e le darò una risposta”

Il medico lo guardò con affetto ed uscendo disse solo “Grazie”

E adesso i due giorni erano trascorsi.

Gruentzig si avviò verso l’appuntamento col suo paziente senza sapere cosa attendersi. Era convinto di essere in grande anticipo ma quando arrivò si accorse che Blackman era già lì. Quando i loro sguardi si incrociarono venne a tutti e due spontaneo un sorriso. L’ansia divorava entrambi.

“Allora?” chiese senza nessun preambolo il medico.

“Va bene” rispose il paziente “mi fido di lei” Andreas lo abbracciò “non te ne pentirai” gli disse piano trattenendo a stento le lacrime. Il giorno dopo, il 16 settembre 1977, la cardiologia entrò nell’era moderna. Gruentzig eseguì infatti la prima angioplastica coronarica dilatando la discendente anteriore di Adolph Blackman. La procedura ebbe successo e si svolse senza nessun tipo di problema. Anche il cielo di Zurigo capì l’importanza della giornata e per qualche ora fece splendere un tiepido sole al posto delle consuete nubi.

I due uomini trascorsero insieme il pomeriggio successivo, il paziente a letto ed il medico su una seggiola accanto a lui. Per ingannare il tempo Gruentzig raccontò brevemente la sua vita. Nato a Dresda nel 1939

era rimasto presto orfano, suo padre, infatti, pilota della Luftwaffe, morì precipitando col suo aereo durante la seconda guerra mondiale. Al termine del conflitto, per motivi su cui non volle dilungarsi, si trasferì in Argentina da uno zio per poi tornare a vivere con la madre a Lipsia. A 18 anni fuggì dalla Germania Est a quella Ovest iscrivendosi all’Università di Heidelberg dove si laureò in Medicina nel 1964. Inizialmente si era occupato di angiologia e poi di radiologia per approdare alla cardiologia solo tre anni prima, nel 1974. Mettendo a frutto le esperienze maturate in quelle tre differenti branche della medicina aveva concepito l’idea dell’angioplastica coronarica. Gli ultimi tre anni della sua vita li aveva interamente dedicati a trasformare l’idea in realtà. Ed ora c’era riuscito.

Otto anni dopo Adolph Blackman tornò a casa dopo aver giocato due ore a tennis. Si sedette sul divano, accese il televisore e sentì il notiziario. L’ultima notizia lo fece scoppiare a piangere. La moglie quando rientrò lo trovò ancora singhiozzante, lo sguardo smarrito “Adolph, che succede?”

“È caduto”

“Cosa?”

“È morto”

“Ma chi?”

“Andreas.... È caduto col suo aereo. Stava tornando a casa quando è incappato in una tempesta, ha perso il controllo ed ha avuto la stessa morte del padre...”

Aveva 46 anni, era il 27 ottobre 1985. Nello stesso anno morivano anche Melvin Jenkins e Mason Sones, i padri della coronarografia...

DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2013



**CONOSCERE
E CURARE
IL CUORE 2013**

66th
XXVIII Congresso del
Consorzio per la Lotta
contro l'Ipertensione
Fondazione Oboler

a cura di
Francesco Pizzi
Firenze, 22-25-26 Marzo 2013

EDIZIONI URBAN

*Tre diversi trattamenti della stenosi aortica:
sostituzione valvolare, impianto transcateretere
di protesi valvolare e valvuloplastica.
A chi riservarli?*



Antonio Marzocchi,
Policlinico S.Orsola- Malpighi di Bologna

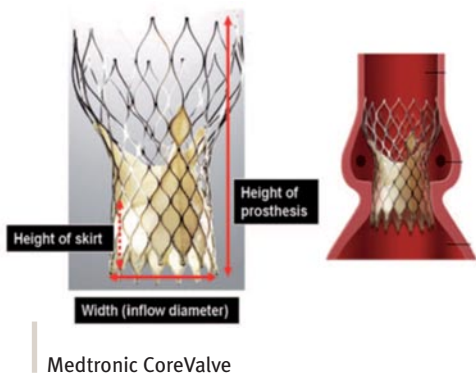
Intervista di **Filippo Stazi**

Dott. Marzocchi come mai negli ultimi anni si è registrato un grande fervore intorno al trattamento della stenosi aortica?

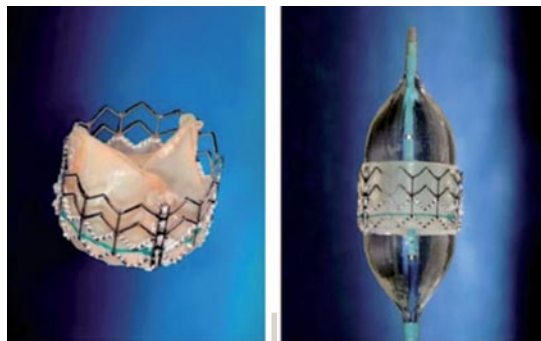
La stenosi aortica (SA) è la patologia valvolare più diffusa nel mondo occidentale, la sua prevalenza aumenta con l'età e raggiunge circa il 3 % intorno ai 75 anni.

Si tratta di una malattia degenerativa che rimane a lungo asintomatica ma una volta comparsi i primi sintomi la sua prognosi è infausta con una sopravvivenza a 5 anni, in assenza di terapia, solo di circa il 15-50%.

L'introduzione della nuova tecnica di impianto transcateretere di protesi valvolare aortica (TAVI: Transcatheter Aortic Valve Implantation) ha causato una profonda "rivoluzione" nel trattamento complessivo dei pazienti con SA in quanto, oltre a rappresentare una metodica efficace per pazienti esclusi dall'intervento cardiocirurgico, ha determinato una revisione delle in-



Medtronic CoreValve



Edwards Sapiens

dicazioni e delle modalità di esecuzione della sostituzione valvolare chirurgica (AVR: Aortic Valve Replacement) come l'aumento "competitivo" rispetto alla TAVI di miniaccessi chirurgici e l'utilizzo più frequente di valvole biologiche anche in soggetti relativamente giovani. L'introduzione della TAVI ha portato inoltre ad una forte rivalutazione della valvuloplastica aortica percutanea con palloncino (BAV: Balloon Aortic Valvuloplasty).

Parliamo innanzitutto del trattamento tradizionale: la sostituzione chirurgica della valvola aortica.

La sostituzione valvolare aortica rappresenta tuttora il "gold standard" del trattamento della SA con una mortalità associata alla procedura che varia dal 1.8 all'8% con una media del 3%. Prima dell'introduzione della TAVI un terzo dei pazienti ricoverati in ambiente cardiologico per stenosi aortica severa e proposti per l'AVR venivano però esclusi dall'intervento cardiocirurgico. Le più frequenti cause di non idoneità all'intervento sono rappresentate dall'età avanzata, dalla disfunzione ventricolare sinistra e dalle comorbidità. Per questi pazienti la TAVI rappresenta attualmente il trattamento di riferimento.

Eccoci allora arrivati alla grande novità degli ultimi anni: l'impianto transcateretere di protesi valvolare aortica...

Sono passati dieci anni dal primo impianto di protesi valvolare aortica e da allora la TAVI si è diffusa come trattamento della SA nei pazienti con eccessivo rischio operatorio e perciò esclusi dall'intervento chirurgico tradizionale.

Attualmente sono utilizzati correntemente due tipi di protesi la Edwards-Sapien, protesi in pericardio bovino, montata su uno stent espandibile per mezzo della dilatazione con pallone e la Medtronic CoreValve, valvola in pericardio porcino suturata alle maglie di uno stent in nitinolo, autoespandibile.

La valvola può essere posizionata o per via retrograda o per via anterograda transapicale. Nel primo caso l'accesso è attraverso l'arteria femorale o, in caso di accessi femorali non idonei, attraverso l'arteria succlavia di sinistra o l'aorta ascendente precedentemente esposta chirurgicamente. Il secondo approccio è invece destinato ai pazienti esclusi dall'impianto transfemorale a causa dell'assenza di approcci vascolari appropriati: viene effettuato per via intercostale sinistra praticando un foro all'apice del cuore.

Che dati sono disponibili sull'efficacia di tale terapia?

I principali risultati derivano dallo studio PARTNER che ha confrontato TAVI e terapia medica in pazienti giudicati non idonei alla terapia chirurgica tradizionale e ha confermato i dati emersi dai grossi registri ovvero che la mortalità è nettamente ridotta nei pazienti sottoposti a TAVI rispetto a quelli trattati con terapia medica, con una sopravvivenza ad un anno del 69.3% nei pazienti trattati con TAVI rispetto al 50.3% degli altri.

Dati recenti del registro italiano hanno evidenziato che la mortalità dei primi pazienti trattati con la TAVI in 12 centri nazionali è del 23.6% ad un anno, del 30.3% a 2 anni e del 34.8% a 3 anni. L'evidenza che la mortalità cardiovascolare è risultata pari a 11.2% ad un anno, 12.1% a 2 anni e 13.5% a 3 anni mostra che la causa del decesso durante il follow-up è principalmente di origine non cardiaca.

La TAVI è inoltre risultata efficace quanto la AVR nei pazienti ad alto rischio sia in termini di miglioramento dei sintomi che per quanto concerne la mortalità a 2 anni (33.9% nei pazienti TAVI e 35.0% nei pazienti AVR). Tuttavia è ancora prematuro estendere l'indicazione alla TAVI anche ai pazienti candidabili all'intervento in quanto l'incidenza di insufficienza aortica è risultata superiore nei pazienti trattati con la TAVI, correlata principalmente ai leak paraprotesici e diversi studi hanno dimostrato che la presenza di insufficienza aortica è un predittore indipendente di mortalità nei pazienti sottoposti a TAVI.

Quali sono le controindicazioni assolute alla TAVI?

Le controindicazioni assolute sono numerose e comprendono: l'assenza di un Heart Team e di un unità di cardiocirurgia nell'ospedale dove viene eseguito l'impianto; l'indicazione alla TAVI come alternativa all'AVR, in pazienti senza esclusione dall'intervento cardiocirurgico; un'aspettativa di vita inferiore ad 1 anno; la presenza di comorbidità tali che non permetterebbero un miglioramento della sintomatologia e della qualità di vita dopo la TAVI; la concomitanza di altre malattie valvolari richiedenti una correzione chirurgica; un diametro dell'anello aortico inferiore a 18 mm o superiore a 29 mm; la presenza di endocardite attiva; una trombosi apicale del ventricolo sinistro; un aumentato rischio di occlusione coronarica; il riscontro di placche ateromasiche complicate dell'aorta ascendente e dell'arco aortico a rischio di embolizzazione e, infine, l'assenza di un accesso vascolare appropriato.

E quali sono invece le controindicazioni relative alla procedura?

La presenza di una valvola aortica bicuspidale, l'associazione con una coronaropatia meritevole di rivascolarizzazione, un quadro d'instabilità emodinamica, una frazione d'eiezione del ventricolo sinistro minore del 20% e, infine, per quanto riguarda l'accesso transapicale, la presenza di una broncopneumopatia cronica grave e l'inaccessibilità dell'apice del ventricolo sinistro.

Abbiamo accennato prima ad una terza strategia terapeutica: la valvuloplastica aor-

tica percutanea (BAV). Di che si tratta?

E' una tecnica introdotta negli anni ottanta, che viene eseguita per via femorale portando il palloncino dilatatore (del diametro in genere di 20 mm e comunque compreso fra 18 e 25 mm) fino a livello della valvola stenotica e calcifica dove viene gonfiato manualmente con una siringa esterna. La BAV, dopo pochi anni dall'introduzione era stata abbandonata da quasi tutti i centri perché ritenuta inefficace e gravata da troppe complicanze (vascolari nel punto di accesso, incidenti vascolari cerebrali e decesso). Le complicanze sono state però ridotte drasticamente dall'introduzione di cateteri con palloncino di calibro inferiore a quelli inizialmente utilizzati. Le complicanze vascolari sono poi ulteriormente diminuite con l'utilizzo dei nuovi sistemi di occlusione del foro arterioso che garantiscono una buona emostasi in un'alta percentuale dei casi. La riduzione delle complicanze e la maggiore efficacia delle dilatazioni hanno consentito un'estensione delle indicazioni alla BAV.

E quindi al momento quali sono i pazienti da inviare a valvuloplastica aortica?

Ritengo che la procedura sia attualmente indicata come bridge all'AVR o alla TAVI o per consentire l'esecuzione di interventi di chirurgia maggiore non cardiaca. Alternativamente la BAV può essere eseguita in emergenza come procedura life saving che permette successivamente la rivalutazione per un trattamento definitivo. Infine la BAV può essere eseguita anche in

elezione (era precedentemente considerata una procedura compassionevole) nei pazienti che non possono essere sottoposti ad AVR o a TAVI per eccessive comorbidità, condizioni anatomiche non permissive o rifiuto del paziente. Questa categoria di pazienti va poi seguita con uno stretto follow-up clinico ed in caso di ricomparsa dei sintomi va riprogrammata un'ulteriore BAV.

Cosa intende esattamente quando dice che la BAV può essere impiegata come bridge all'AVR o alla TAVI?

Attualmente la BAV ha un ruolo importante nella selezione dei pazienti per i trattamenti successivi, permettendo il recupero di buone condizioni cliniche in pazienti inizialmente esclusi da un trattamento definitivo per marcata compromissione delle condizioni generali. Consente inoltre di eseguire l'intervento di AVR o TAVI in una situazione di stabilità emodinamica che riduce i rischi periprocedurali degli interventi maggiori. Infine, dà modo di escludere da TAVI e AVR pazienti che non hanno avuto giovamento da una valvuloplastica efficace, facendo risaltare il prevalente ruolo nel condizionare sintomi e prognosi di comorbidità associate come la broncopneumopatia o di condizioni cardiache non recuperabili come l'ipertensione polmonare, una bassa frazione di eiezione, una insufficienza mitralica organica o una eccessiva fragilità, fattori che se non migliorano con la valvuloplastica finirebbero per causare l'insuccesso clinico pure di TAVI e AVR.

Possiamo quindi dire che le tre differenti strategie terapeutiche consentono di personalizzare il più possibile la gestione del singolo paziente?

Direi proprio di sì. Nel nostro centro, ad esempio, la BAV viene ampiamente utilizzata per migliorare le condizioni cliniche dei pazienti più gravi, con la possibilità di reindirizzare

ad AVR o TAVI circa tre quarti dei pazienti. La valvuloplastica rappresenta pertanto uno snodo decisionale strategico per questi soggetti, oltre a divenire il trattamento elettivo dei pazienti più gravi, non candidabili ad un trattamento definitivo con impianto di una protesi con intervento cardiocirurgico tradizionale o con procedura transcateretere.

Il cuore di Gianni

“una frase, una sola giudicherà la nostra condotta, la parola stessa di Gesù: “ciò che avete fatto a uno solo di questi miei fratelli più piccoli, l’ avete fatto a me”

(Jérôme Lejeune, 1926-1994, professore di genetica dell’Università di Parigi)

È agitato e fatica a stare fermo sul lettino. Il battito accelera, a tratti in modo vorticoso, a fare compagnia alla sua voce. Poche parole, solo un “brum, brum” che mima il rombo di un motore. “Stai tranquillo”, gli dico, mentre sua madre mi racconta che la Ferrari è sempre stata la sua grande passione. “Guardo solo il tuo cuore. Ci metto poco e non ti faccio male”.

Gianni ha più di quarant’anni ed i farmaci per controllare la sua psicosi sono più numerosi di quelli che servono a tenere a bada la pressione. Un’ecografia inutile, chiesta inutilmente dal suo medico di base. Un’ecografia che non gli cambierà la vita né le cure. Ma un’ecografia che oggi può cambiare la mia giornata.

Mi avvicino piano, il tono calmo e sottovoce. “Mettigli su la sonda due secondi - mi ero sentito dire da qualcuno - e poi eventualmente scrivi che l’ esame non è fattibile per la scarsa collaborazione del paziente”. E invece Gianni collabora eccome. Il suo cuore rallenta e la sua mente si tranquillizza sempre più, circondati entrambi dall’amore dei genitori e dalla gentilezza della mia infermiera. Non ci metto due secondi, né due minuti, ma di più, molto di più, anche se il cuore di Gianni, per fortuna, non ha niente

che non funzioni a dovere. Ma il tempo, mano a mano che trascorre, serve ad affezionarmi ad uno sguardo, quello che sento crescere su di me sin dal primo istante. Lo sguardo con cui mi sono avvicinato a lui , così apparentemente umile ed indifeso. E che, a poco a poco, ha cominciato a scaldare il mio, di cuore. Un cuore scontroso e vanitoso, talvolta insensibile ed irato, a cui troppo spesso sfugge la grandezza del dolore che gli passa accanto. Quel cuore, accanto a quello di Gianni, sembra recuperare come d’incanto la pienezza d’ogni istante, il senso di un agire che è vocazione prima che mestiere. È per quello che qui si non si vuol staccare più. Accanto ad una fiamma che gli ridona speranza ed energia. Educatore all’Amore vero.

Alla fine, quando Gianni se ne va, lo saluto col sorriso, anche se lui sembra non accorgersene neppure. “Grazie!” mi dicono la sua mamma e il suo papà. “Grazie a voi”, rispondo io. Grazie davvero. Al cuore di un uomo, piccolo ed umile, che oggi ha incrociato il mio ed è diventato il cuore di un Altro. Ce n’era bisogno per tirar sera e superare la notte che verrà. Il cuore di Gianni per dire buongiorno ad un nuovo mattino.



Il cuore di Gianni

Fausto Leali



PROGRAMMA PRELIMINARE

CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2014



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

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

VENERDÌ 21 MARZO

I SESSIONE

MODERATORI: Enrico Agabiti Rosei, *Brescia*
Mario Motolese, *Roma*

- 9.00 **Cardiomiopatia dilatativa: tempo per una nuova classificazione?**
Eloisa Arbustini, *Pavia*
- 9.15 **Ridurre il rischio cardiovascolare per abbassare il rischio di cancro.**
Massimo Volpe, *Roma*
- 9.30 **Terapia di resincronizzazione e QRS stretto: opposti inavvicinabili?**
Carlo Pappone, *Cotignola - RA*
- 9.45 **L'angioplastica nel paziente scoagulato. I pro e contro della tripla terapia antitrombotica.**
Leonardo Bolognese, *Arezzo*
- 10.00 **Discussione**
- 10.30 **Intervallo**

11.00 - 11.30 **LETTURA MAGISTRALE**
"Vecchi credi non più attuali: la cardiologia che cambia"
Roberto Ferrari, *Ferrara*
Introduzione di Luigi Tavazzi, *Cotignola - RA*

II SESSIONE

MODERATORI: Gian Franco Gensini, *Firenze*
Fabrizio Tomai, *Roma*

- 11.30 **I nuovi anticoagulanti nelle sindromi coronariche acute: una nuova era?**
Leonardo De Luca, *Roma*
- 11.45 **Il puzzle del forame ovale pervio. L'incertezza dei trial sul trattamento percutaneo.**
Achille Gaspardone, *Roma*
- 12.00 **La stenosi aortica paradossa con basso gradiente e ridotta area valvolare: un riscontro frequente.**
Alessandro Boccaneli, *Roma*
- 12.15 **Prognosi nel soggetto con scompenso cardiaco. Che ruolo ha l'insufficienza della tricuspide?**
Antonello Gavazzi, *Bergamo*
- 12.30 **Discussione**

III SESSIONE

MODERATORI: Alessandro Distante, *Pisa*
Gianfranco Parati, *Milano*

- 15.00 **Come prevenire le recidive nella malattia tromboembolica venosa?**
Giancarlo Agnelli, *Perugia*
- 15.15 **È più difficile curare l'iperteso con obesità?**
Paolo Verdecchia, *Assisi*
- 15.30 **Jogging, statine e mortalità cardiovascolare. Forse Jim Fixx aveva ragione?**
Pier Luigi Temporelli, *Veruno - NO*
- 15.45 **Fibrillazione atriale e scompenso: il ruolo dell'ablazione.**
Fiorenzo Gaita, *Torino*
- 16.00 **Discussione**
- 16.30 **Intervallo**

IV SESSIONE

MODERATORI: Francesco Musumeci, *Roma*
Luigi Tavazzi, *Cotignola - RA*

- 17.00 **Scompenso cardiaco con frazione d'eiezione conservata. La diagnosi rimane difficile.**
Maria Frigerio, *Milano*
- 17.15 **Quanto è importante rivascolarizzare l'ischemia silente?**
Claudio Cavallini, *Perugia*
- 17.30 **La tachicardia sinusale inappropriata: cause, diagnosi, prognosi e cura.**
Riccardo Cappato, *San Donato Milanese*
- 17.45 **Ha ancora senso che il cardiocirurgo impieghi una protesi valvolare meccanica?**
Ottavio Alfieri, *Milano*
- 18.00 **Discussione**

SABATO 22 MARZO

V SESSIONE

MODERATORI: Diego Ardissino, *Parma*
Piera Angelica Merlini, *Milano*

9.00 **Se i trial sono deludenti perché spesso si preferisce l'angioplastica al by-pass nel paziente diabetico?**

Francesco Prati, *Roma*

9.15 **Come va curata l'ipercolesterolemia familiare?**

Alberto Zambon, *Padova*

9.30 **La gestione dello scompenso cardiaco acuto in terapia intensiva.**

Maddalena Lettino, *Rozzano - MI*

9.45 **La cardiopatia attinica e da chemioterapici.**

Giancarlo Piovaccari, *Rimini*

10.00 **Discussione**

10.30 **Intervallo**

11.00 - 11.30 **FOCUS SU**

"Dubbi all'elettrocardiogramma"

Introduzione di Claudio Cavallini, *Perugia*

11.00 **Ripolarizzazione precoce: la possiamo ancora considerare una condizione benigna?**

Filippo Stazi, *Roma*

11.15 **L'onda T invertita: normale o minacciosa?**

Eligio Piccolo, *Mestre - VE*

SIMPOSIO

"OLTRE I FATTORI DI RISCHIO. LE CAUSE DELL'INFARTO"

MODERATORI: Filippo Crea, *Roma*
Attilio Maseri, *Firenze*

11.30 **Oltre i fattori di rischio: lo studio CAPIRE.**

Marco Magnoni, *Milano*

11.45 **Le infezioni batteriche come causa dell'infarto del miocardio. Una ipotesi che si ripropone?**

Raffaele De Caterina, *Chieti*

12.00 **Comprendere le cause e le conseguenze dell'infarto. Le potenzialità della risonanza magnetica.**

Sabino Iliceto, *Padova*

12.15 **Il revival del vasospasmo.**

Mario Marzilli, *Pisa*

12.30 **Discussione**

VI SESSIONE

MODERATORI: Bruno Trimarco, *Napoli*
Francesco Versaci, *Roma*

15.00 **Dopo i risultati deludenti della niacina, quali farmaci abbinare alle statine?**

Gian Francesco Mureddu, *Roma*

15.15 **L'endocardite infettiva: frustrazione del cardiologo.**

Francesco Bovenzi, *Lucca*

15.30 **Da una tienopiridina all'altra: quando e come fare lo "switch".**

Stefano Savonitto, *Reggio Emilia*

15.45 **Settant'anni di digitale. Va ancora impiegata nella fibrillazione atriale?**

Claudio Borghi, *Bologna*

16.00 **Discussione**

16.30 **Intervallo**

VII SESSIONE

MODERATORI: Cesare Greco, *Roma*
Luigi Padeletti, *Firenze*

17.00 **La pericardite idiopatica recidivante. Esistono nuove ipotesi eziopatologiche?**

Massimo Uguccioni, *Roma*

17.15 **Anche nella rivascolarizzazione dell'ictus non si può perdere tempo: il door-to-needle time.**

Danilo Toni, *Roma*

17.30 **La ricostruzione del ventricolo sinistro dopo l'infarto. Esistono casi in cui consigliarla? Rivisitiamo lo STICH trial.**

Lorenzo Menicanti, *San Donato Milanese*

17.45 **L'insufficienza mitralica importante. È preferibile l'intervento riparativo precoce?**

Giuseppe Di Pasquale, *Bologna*

18.00 **Discussione**

DOMENICA 23 MARZO

VIII SESSIONE

MODERATORI: Fulvio Camerini, Trieste
Gaetano Thiene, Padova

9.15 Il problema della rivascularizzazione incompleta dopo angioplastica.

Antonio Colombo, *Milano*

9.30 Gli Omega-3 in cardiologia: luci ed ombre.

Aldo Pietro Maggioni, *Firenze*

9.45 La correzione della insufficienza mitralica nelle forme dilatative con l'intervento di MitralClip.

Corrado Tamburino, *Catania*

10.00 Aterosclerosi nelle mummie e nuovi scenari fisiopatologici: non è solo un problema di dieta.

Claudio Rapezzi, *Bologna*

10.15 Impiego dei betabloccanti nello scompenso cardiaco: non sono tutti uguali.

Edoardo Gronda, *Sesto San Giovanni - MI*

10.30 Perché la cardiochirurgia senza circolazione extracorporea non ne migliora i risultati?

Giovanni Casali, *Roma*

10.45 Diagnosi e terapia della miocardite.

Gianfranco Sinagra, *Trieste*

11.00 Discussione

Per informazioni e modalità di iscrizione consultare il sito www.centrolottainfarto.it e cliccare su: **“Congresso Conoscere e Curare il Cuore”**

Segreteria Organizzativa e Prenotazioni Alberghiere: Centro per la Lotta contro l'Infarto Srl
Viale Bruno Buozzi, 60 • 00197, Roma • Tel. 06 3218205 - 06 3230178 • Fax 06 3221068
email: clicon@tin.it • www.centrolottainfarto.it

Lettere a Cuore e Salute

D. Angioplastica e maratona

Buongiorno,
vorrei sapere se dopo un intervento al cuore di tipo angioplastica (con inserimento di stent in arteria) è possibile riprendere un'attività fisica (preparazione per una maratona).
I miei dati sono:
Età: 64 anni, altezza 1.78 mt., peso 82 Kg, non fumatore (ho smesso da 30 anni), non alcolista, vegetariano.
Causa probabile otturazione arteria: ereditarietà (mio padre ha avuto una calcificazione alle coronarie ed è mancato a 54 anni).
Grazie se mi poteste rispondere.

Piermario S., Venezia

R.

Gentile Sig. Piermario,
il suo stile di vita è ineccepibile, la forma fisica perfetta.
Mi rallegro per l'abitudine allo sport e per la scelta di preferire un'attività fisica aerobica come la corsa, preferendola ad altre attività meno consigliabili a chi ha avuto problemi di cuore, come il tennis, lo sci o il calcetto.
Mi lasci però dire che un'attività intensa come la maratona non rappresenta lo sport ideale. Non è dato sapere se Filippide avesse una cardiopatia; sappiamo però che era un emedronomo, un uomo ben allenato alla corsa. Secondo la nota leggenda morì dopo uno sforzo strenuo.

Sono trascorsi oltre duemila anni ma sugli effetti della maratona sulle arterie del cuore esistono opinioni divergenti. Alcuni studi hanno notato più calcificazioni nelle arterie coronariche, rispetto a chi non praticava la corsa prolungata. Anche nella medicina moderna, fatta di studi multicentrici e linee guida, dovremmo lasciare un po' di spazio al buon senso. Si dedichi ad un'attività sportiva meno impegnativa. Ma se della maratona non può proprio fare a meno, continui ad allenarsi. Forse anche questo è buon senso.

Francesco Prati



D. **Tachicardia da convalescenza**

Caro Cuore e Salute,
ho solo 40 anni e mi ritrovo con un battimento di cuore fastidioso dopo un lungo periodo influenzale, che si è anche complicato con una broncopolmonite e che mi ha costretta a letto per quasi un mese. La malattia mi ha lasciato senza appetito e molto fiacca, starei sempre a letto perché quando mi alzo sento dei giramenti, quasi mi scompare la vista e il cuore parte a cento. Il medico mi ha fatto fare tutti gli esami dai quali risulta che sono guarita e sia l'elettrocardiogramma che la radiografia del torace sono normali. Egli dice che ho solo una tachicardia post-influenzale e che devo aver pazienza perché non ci sono cure specifiche, solo con il tempo tutto si rimetterà a posto. Mi ha prescritto delle gocce di Gutron per calmare il cuore, ma non le ho ben tollerate. Ah, dimenticavo, mi ha fatto fare anche un ecocardiogramma che ha mostrato un lieve prolasso della mitrale "emodinamicamente non significativo", che vuol dire? Sono preoccupata perché dopo un mese non vedo alcun miglioramento. Vi sarei molto grata di una vostra competente rassicurazione sul mio cuore. Con i più cordiali saluti

Domenica S., Catania

R. **Cara Signora Domenica,**
la diagnosi mi pare sia proprio quella che le ha fatto il suo medico e che noi tecnicamente definiamo "sindrome da tachicardia posturale", che si può verificare dopo una malattia prolungata come nel suo caso ma anche per altre cause. Forse a Lei, oltre alla rassicurazione che si tratta di una complicazione benigna, è necessario fornirle qualche altra spiegazione in più. La sua tachicardia non è dovuta a una malattia di cuore ma a una temporanea incapacità del sistema nervoso viscerale a



regolare la frequenza del cuore e talvolta anche la pressione che si può abbassare, specie quando dalla posizione supina si passa a quella in piedi. I battiti per minuto in questi casi aumentano di 30 o più nei primi 10 minuti dal cambiamento di posizione, mentre la pressione o rimane invariata o si abbassa di poco, dando quelle sensazioni che lei ha così bene descritto. Tenga presente che già in condizioni normali quando noi ci mettiamo in piedi è stato calcolato che circa mezzo litro di sangue si sposta dal torace verso l'addome e gli arti inferiori per la forza di gravità e, che per la stessa ragione, onde mantenere un adeguato flusso di sangue al cervello, entrano in funzione alcuni riflessi importanti che favoriscono la circolazione in quel distretto a scapito di altri. Se così non avvenisse dovremmo ritornare all'andatura orizzontale a quattro zampe dei nostri progenitori ancestrali.

Per il prolasso della mitrale credo non solo di rassicurarla come problema, ma anche di affermare che nel suo caso non è una malattia, ma solo una variante normale della struttura di quella valvola. È un rilievo ecografico che (sempre nei casi come il suo) serve soltanto a sottolineare che la sua costituzione non è quella delle atlete massicce che vediamo a Wimbledon ma di un soggetto meno "robusto" e più cagionevole nel subire le complicazioni di una malattia prolungata. Per quanto concerne la terapia, le gocce che le sono state prescritte sono adeguate ma credo serva molto di più una ripresa graduale dell'attività fisica, magari anche sotto controllo di un centro fisioterapico e bere più liquidi. In qualche caso si sono dimostrati utili i beta-bloccanti, tipo il propranololo, che il suo medico certamente conosce bene. Per ultimo, come le hanno già detto, è importante che lei valuti questa complicazione della malattia passata come la perdita di un equilibrio che, analogamente a molte altre conseguenze, sono rapide ad instaurarsi ma purtroppo lente a risolversi; in genere non prima di qualche mese ma poi tutto ritornerà come prima.

Con i migliori auguri e saluti.

Eligio Piccolo



Quaderno a Quadretti

di Franco Fontanini

Medici e farmacisti

Nel secolo XV droghieri e farmacisti si separarono. La prima volta avvenne a Pamiers, passata alla storia per un suo vescovo che mise in crisi i rapporti fra la Francia e il Papato, dove, pena una multa di sessanta soldi, ai droghieri e ad ogni altro mercante venne proibito di vendere medicinali nella città e nei dintorni.

Il privilegio concesso ai farmacisti fu motivo di litigi e di dispute non solo con i droghieri, ma anche con i cerusici, con i chirurghi e soprattutto con i medici, i quali volevano essere loro a preparare le medicine che prescrivevano, i più affermati avevano l'orto di piante medicinali e il laboratorio farmaceutico.

C'erano questioni economiche e di prestigio: i farmacisti non accettavano che la loro arte fosse considerata inferiore a quella dei medici, quest'ultimi pretendevano di ispezionare le farmacie e di assistere alla preparazione dei medicinali per i loro ammalati.

Persino Napoleone venne coinvolto perché voleva tenere buono il suo medico Corvisart ma non voleva neppure mettersi in urto con il suo farmacista personale che l'accompagnava dovunque. Per il completo riconoscimento, i farmacisti dovranno lottare per quasi due secoli. Nel XVII secolo nacquero le prime vere farmacie, indicate da insegne con illustrazioni fantasiose. Si aprivano con una mensola verso la stra-

Antica farmacia



da, il compratore doveva stare sul marciapiede. All'interno c'era il laboratorio con una pressa a vite, mazzuoli per staccare la corteccia dalle piante, pestelli, mortai, filtri e molto in vista le siringhe per i clisteri. Gli speciali più progrediti avevano anche distillatori e alambicchi. Accanto alla farmacia ci dovevano essere gli alloggi per gli aiutanti per evitare che frequentassero le bettole.

Il farmacista doveva prima di tutto credere in Dio e praticare il culto, difendersi da tutti gli odi e le gelosie, non essere povero né troppo ricco.

Nel '600 venivano molto disapprovati i farmacisti che vendevano profumi e prodotti di bellezza, i quali venivano comperati dalle cortigiane che se ne servivano per adescare i giovani meno accorti.

Era rigorosamente proibito divulgare le ricette d'altri.

Tanto rigore e tanta disciplina col passare del tempo si attutirono.

Molti farmacisti si specializzarono nella confezione di placebo. Un certo dottor Leslie, non si sa se farmacista o medico, precisò le caratteristiche che un placebo deve avere: rosso, giallo o bruno, non azzurro né verde che in Gran Bretagna indicano le sostanze velenose, né altri colori ritenuti poco adatti a medicine, sapore amaro, ma non sgradevole, deve essere molto piccolo o molto grande, mai di dimensioni medie. Se ci deve essere inganno, scriveva, lo si faccia di tutto cuore, con decisione ed efficacemente.

Un medico della Regina Vittoria prescriveva a tutti bicarbonato con genziana e aloe perché gli ammalati volevano medicine amare e con effetto rapidamente evidente.

“Dopo essere andati abbondantemente di corpo, diceva, tutti i sani e gli ammalati stanno meglio”.

La ricetta prescritta per prima ad una dama di corte del secondo impero e che ebbe vasto e duraturo successo, conteneva acqua sequana gr. 100, illa repetita gr. 20, eadem gr. 5.

In Inghilterra nel XIX secolo medici e farmacisti procedevano con grande armonia collaborativa, la ricetta più ricorrente portava la sigla A.D.T. fatta dalle iniziali di parole sconosciute al paziente ma ben note ai farmacisti: “any damned thing”, l'accidente che vi pare.

Il caffè della versiliana

Si è da poco conclusa la seconda estate al Caffè senza Romano Battaglia che l'aveva ideato e portato al successo. Come molte altre cose versiliesi, oggi anche il Caffè è cambiato, non certamente in meglio. Forse l'omaggio migliore a Battaglia come qualcuno ha detto inascoltato, sarebbe stato non continuarlo.

Questo ricordo tardivo, non è casuale, il che sarebbe imperdonabile; Battaglia a sostegno del difficoltoso inizio di “Cuore & Salute” ha scritto per noi decine di brillanti articoli.

Alcuni mesi prima del suo decesso, dopo aver rievocato molti ricordi di mezzo secolo di amicizia, lasciandoci, mi disse: “Ti prego di non scrivere niente su di me, i ricordi rievocati dagli amici sono inevitabilmente antipatici, patetici e pieni di falsità in volontarie. Promettimi di non farlo”. Alcune settimane fa ho riletto l'ultimo capitolo della “Storia di Pietrasanta”, con il quale l'elegante volume illustrato da Del Tessa si con-

Caffè dellaVersiliana,
agosto 1982.
Da sinistra:
Franco Fontanini,
Romano Battaglia, Padre
Carlo Cremona



clude e sono venuto meno alla promessa. Sono passati più di 10 anni, spero che Romano mi perdoni se riprendo una piccola parte di ciò che scrissi allora.

“L’avvenimento cultural-mondano degli ultimi decenni è il Caffè della Versiliana di Romano Battaglia. Come la “Settimana Enigmistica” il Caffè vanta innumerevoli tentativi di imitazione senza mai essere eguagliato. Ci hanno provato Cortina, Riccione e Taormina ma nessuno lo ha fatto con altrettanto successo. C’è gente che viene in Versilia per il Caffè e alle cinque ha già conquistato la rigida sedia di ferro sotto i pini, sulla quale siederà scomodamente per tre ore. Dal 2003 il Caffè si tiene, durante i mesi invernali, nel Chiostro di Sant’Agostino e ogni sabato pomeriggio gli incontri ottengono lo stesso successo della Versiliana in estate. Il solo problema è riuscire a trovare posto. Nessuno scrittore, politico, scienziato, clinico, attore, ha mai rifiutato l’invito di Battaglia, nep-

pure Andreotti nei giorni in cui si scatenarono contro di lui gravissime accuse. Spesso in prima fila siedono gli inviati dei maggiori giornali per cogliere i *balons d’essai* dei politici o le primizie del gossip.

Romano Battaglia è un pie trasantino, innamorato della sua città e considera il Caffè un omaggio alla sua terra. Ha passato una vita alla Rai e non avendo mai voluto uno sponsor politico non è salito ai vertici come avrebbe meritato. Ha inventato il rotocalco televisivo, ha fatto delle Lettere al direttore un genere letterario. Vive sul lungomare fra Marina di Pietrasanta e Forte dei Marmi e scrive un libro all’anno. Tutto il suo impegno letterario è rivolto all’esaltazione dei valori della vita.

Battaglia potrebbe parlare per giorni interi dei suoi ospiti, ma si è sempre rifiutato. Ricorda la più graziosa e gentile, Ilaria Rattazzi figlia di Susanna Agnelli, e il più colto, Giovanni Spadolini”.

Claude Perrault: il medico architetto del Louvre

di Luciano Sterpellone



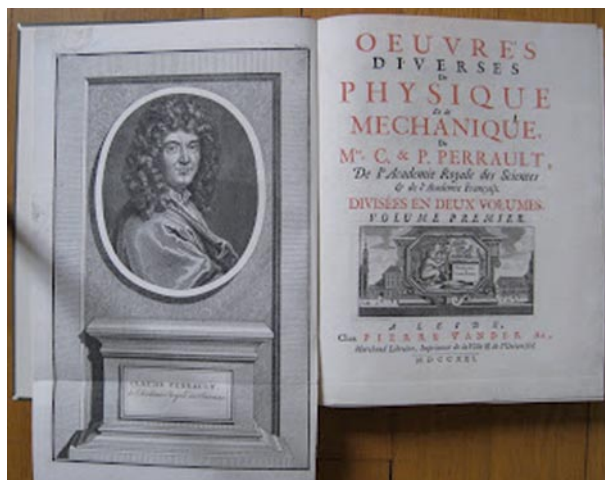
Questo numero era in tipografia quando ci è giunta la notizia dell'improvvisa scomparsa del dottor Luciano Sterpellone, fondatore e leader della medicina divulgativa nel nostro Paese.

Aggiungo il mio par ticolare dolore, perché Luciano è s tato un caro coe taneo di grande aiuto trent'anni fa, alla partenza della nostra rivista che ha conservato immodificato il carattere conferitogli all'inizio. Il Suo ricordo sarà incancellabile.

Con l'articolo pubblicato avrebbe avuto inizio l'originale rubrica da lui proposta "Medici e famosi ma non medici famosi", una novità anche come argomento che, redatta da Luciano, sarebbe stata sicuramente di grande interesse e che cercheremo, per quanto possibile e grazie alle collaborazioni, di mantenerla al livello auspicato, convinti che sia il modo migliore per ricordarlo.

F.F.

Sentire il solo nome di Perrault rimanda automaticamente alla memoria le celebri favole di *Pollicino*, *Cenerentola*, *Cappuccetto rosso*, *Il gatto con gli stivali*.... Ma il Perrault delle favole si chiamava Charles, mentre qui parliamo di suo fratello Claude, un brillante medico del XVII secolo (1610-43) divenuto celebre non come tale ma per la sua passione per l'architettura e l'archeologia. Beninteso, non un semplice occasionale *hobby* della domenica ma una passione profonda, una vera e propria "seconda professione", coltivata sin da ragazzo visitando le più importanti città d'arte, studiando e annotando meticolosamente ogni pur minimo dettaglio delle grandi opere. Una passione che leggerà per sempre il suo nome ad una delle più spettacolari e ammirate opere dell'architettura europea: il colonnato orientale del Museo parigino del Louvre.



Claude Perrault si è laureato all'Università di Parigi, discutendo alcune tesi su temi che oggi testimoniano lo stato dell'arte della medicina del tempo. Ad esempio per il "baccellierato": "Esiste una vecchiezza d'animo come esiste una vecchiezza del corpo?" "Si può in estate bere senza pericolo il vino col ghiaccio?" "Si possono mettere dei cauterii in caso di tremito inveterato della testa e delle membra?" Per la laurea i testi da svolgere erano: "Può un medico prendere moglie?" "Può un medico abbandonare un malato? E può stabilire prima un compenso?" e ancora: "Conviene, all'avvicinarsi della febbre quartana praticare il salasso? O ordinare il purgante?" .

Superata brillantemente ogni prova, Claude comincia ad esercitare con buon successo la professione, raggiungendo in breve una buona notorietà.

Ma sarà un inaspettato evento ad aprirgli la strada della fama e del successo non come medico ma per l'appunto... come architetto. Il fratello Charles (il favoliere), che si interessa anch'egli di architettura, viene chiamato da Colbert, ministro delle Finanze

di Luigi XIII, a far parte dello staff che si occupa della costruzione del favoloso Museo del Louvre. E con l'istituzione dell'Accademia delle Scienze, ottiene che tra i medici venga nominato suo fratello Claude. Non si tratta per lui solo di una nomina onorifica in quanto comporta anche un non disprezzabile stipendio di duemila lire annue. Anche se per ora l'Accademia si occupa poco di Medicina, è sempre meno il tempo che Claude ha a disposizione; per cui si limita a curare qualche parente, alcuni amici e tanti poveri. Finché arriva il momento magico...

Tutti sono ormai d'accordo: il Louvre deve avere, al pari del Palazzo Reale, la grandiosità degna di un re. Occorrono quindi progetti architettonici di alto prestigio. Claude sente che può essere una buona occasione e si mette con entusiasmo al lavoro.

Ma sorge improvvisamente un impedimento insormontabile. Luigi XIII chiede che l'architetto destinato alla grande opera sia il più grande artista del momento, che ha realizzato una delle più belle opere d'arte del mondo: il colonnato di San Pietro. Occorre chia-



Facciata Est del Louvre



marlo subito e farlo venire a Parigi. Le speranze di Claude si riducono improvvisamente al lumicino. Lorenzo Bernini? Proprio lui? Ma certo: lo vuole il Re. E al Re non si può dire di no. Così un bel giorno l'ambasciatore francese presso il Vaticano, in grande uniforme e con tutto il seguito si reca a invitare il Bernini a Parigi: è quantomai certo di convincerlo, anche perché reca una lettera molto lusinghiera del Sovrano accompagnata dalla irrefutabile somma di trentamila lire, una vera manna. Nella primavera del 1665 il Bernini si mette in viaggio accompagnato da un maggiordomo, un cameriere, un credenziere e da un numero imprecisato di servitori; durante le soste della lussuosa carrozza messa a disposizione dal Re gli abitanti sono chiamati a riverirlo e offrirgli doni. A Parigi, ove arriva su di una carrozza trainata da sei cavalli, viene ospitato in un lussuoso appartamento e a Corte è trattato come un alto personaggio. Il medico-architetto intanto mastica amaro. Ma...
...Ma il Bernini compie un errore: non tiene conto del radicato senso di *grandeur* dei francesi. Con la sua abituale prosopopea pren-

de a criticare senza mezzi termini tutto ciò che a Parigi non è arte italiana ("Parigi sì ma Roma..."), il che urta tremendamente la suscettibilità dei parigini e degli stessi accompagnatori, i quali cominciano a chiedersi se vale proprio la pena affidare a un italiano così criticone un'impresa tanto grandiosa. Da parte sua, presa visione del progetto del Bernini, il medico-architetto si chiede se un'opera del genere "non sarebbe una vergogna per la Francia": Bernini ha infatti pensato solo all'esterno della costruzione, senza curarsi "delle comodità interne". Con il sostegno delle malelingue, l'ostilità verso l'artista italiano diviene sempre più aperta e non sfugge nemmeno allo stesso Bernini, il quale, visto che l'atmosfera si fa ogni giorno più pesante, dichiara pubblicamente di voler togliere il disturbo. Sulle prime, all'annuncio, non sono pochi a gioire, specie il nostro medico-architetto. Ma come si fa a liquidare in quel modo un'artista tanto famoso? Viene allora architettata una farsa degna di un passo-sceneggiata napoletana: si annuncia al Bernini che il Re ha scelto il suo progetto e si improvvisa una pseudo-cerimonia di "posa della prima pietra". L'italiano se ne parte felice, soddisfatto, non prima di aver

ricevuto dalle mani di Charles Perrault tre sacchetti a nome del Re, ciascuno contenente mille scudi e un “bre vetto” di pensione annua di dodicimila lire.

Lungi dal Bernini il sospetto che tra poco gli arriverà la notizia che il suo progetto “è stato ritirato”.

È questa la volta buona per Claude: il suo progetto viene in breve approvato ufficialmente e si dà il via ai lavori.

È ipotizzabile l'intervento occasionale di qualche altro architetto ma è certo che Claude Perrault ha indicato la soluzione della quasi totalità degli immancabili problemi connessi alla realizzazione dell'opera.

Ma adesso è proprio lui ad essere il bersaglio di critiche, quantomai aspre e di satire non meno corrosive, favorite dal caso piuttosto insolito di un medico ormai quasi del tutto votato all'architettura. L'avversario più fiero è Nicholas Boileau, che in una delle sue famose *Satire* ne denigra le qualità di medico raccontando una visita che gli avrebbe fatto qualche tempo prima;

Io avevo una difficoltà nella respirazione, che ho ancora. Egli mi tastò il polso e mi trovò la febbre, che certamente non avevo. Tuttavia mi consigliò di farmi sallassare a un piede: rimedio ben strano per l'asma da cui ero minacciato. Fui però abbastanza pazzo da seguire quella stessa sera la sua prescrizione: la conseguenza fu che la mia difficoltà di respirazione non

diminuí e che il giorno dopo il piede mi s'era gonfiato tanto che dovetti stare tre settimane a letto....

E per i salotti girava la battuta: “Se si chiama il medico vuol dire che l'architettura sta male in gamba...”

Boileau rincarerà la dose:

Voi siete, lo confesso, un medicastro inetto, ma in compenso non siete un abile architetto.

Tuttavia, Claude Perrault smentirà clamorosamente le malelingue, confermando la propria validità non solo di medico, ma anche di architetto: disegnerà l'edificio dell'Osservatorio di Parigi, il Castello di Sceaux, un Arco di Trionfo (mai completato) da erigere nel Faubourg Saint Antoine alla gloria del Re, redigerà il piano di restaurazione della Chiesa di Saint Genèviève e del Pantheon, oltre a numerosi progetti di monumenti, tra i quali uno per un obelisco. Non poco per un architetto laureato in Medicina.

Ma, nonostante tanta gloria, Claude non ha mai dimenticato la sua passione per la Scienza, interessandosi personalmente ai primi esperimenti di trasfusione di sangue e all'emodinamica delle arterie. Ma un brutto giorno allo zoo di Parigi, approfittando della morte di un cammello (per infezione) volle studiarne e disegnarne *de visus* l'anatomia. Accidentalmente si ferì con il bisturi e, in assenza di qualsiasi cura, morì nel termine di pochi giorni. A soli 33 anni.

Aggiornamenti cardiologici

di Filippo Stazi

Terapia di resincronizzazione e QRS stretto: estremi sempre più lontani: Ulteriori dati si aggiungono sull'apparente inutilità della terapia di resincronizzazione in assenza di un significativo slargamento del QRS. In questo studio si è voluto verificare l'effetto del pacing biventricolare in pazienti con scompenso cardiaco in classe NYHA III-IV, frazione d'eiezione ventricolare sinistra < 35% e durata del QRS < 130 msec ma con segni ecocardiografici di dissincronia ventricolare sinistra. L'endpoint primario era dato dalla combinazione di mortalità da ogni causa e ricovero per peggioramento dello scompenso cardiaco. 809 pazienti sono stati sottoposti ad impianto di un dispositivo biventricolare che, a seconda della randomizzazione, veniva attivato o meno (CRT on e CRT off). Dopo circa 19 mesi di follow up lo studio è stato prematuramente interrotto per mancanza di beneficio della resincronizzazione. L'endpoint primario si è infatti presentato in 116 pazienti su 404 nel gruppo CRT on e in 102 soggetti su 405 nel gruppo CRT off ($p = 0.15$). Si sono poi osservate 45 morti nei pazienti resincronizzati e 26 nel gruppo di controllo ($p = 0.02$). Lo studio quindi suggerisce che in questa tipologia di pazienti la terapia di resincronizzazione oltre a non essere efficace potrebbe anche indurre un aumento della mortalità. (*N Engl J Med* 2013; 369:1395-1405)

Dopo la guerra preventiva arriva l'angioplastica preventiva e forse funziona pure: Nei pazienti con infarto miocardico e sopraslivellamento del segmento ST (STEMI) l'angioplastica primaria dell'arteria responsabile dell'infarto è ormai da anni la terapia di scelta. Durante tale procedura è però frequente il riscontro di altre lesioni coronariche non responsabili dell'infarto. A tutt'oggi non è chiaro il beneficio o meno di una strategia che preveda una rivascolarizzazione, cosiddetta preventiva, anche di queste altre lesioni. Per cercare di chiarire il dubbio 465 soggetti con STEMI sono stati randomizzati a strategia preventiva (234) o non preventiva (231). Una successiva procedura di rivascolarizzazione era consentita solo in caso di angina refrattaria ed evidenza oggettiva di ischemia. L'endpoint primario era la combinazione di morte cardiaca, infarto non fatale e angina refrattaria. Dopo circa 2 anni tale endpoint si è verificato in 21 pazienti del gruppo con strategia preventiva ed in 53 soggetti del gruppo di controllo ($p < 0.001$). Il rischio relativo nel gruppo con angioplastica preventiva era 0,34 per la morte cardiaca, 0,32 per l'infarto non fatale e, infine, 0,35 per l'angina refrattaria. La conseguente conclusione degli autori era che in soggetti con STEMI e malattia multivasale la rivascolarizzazione "preventiva" delle stenosi significative, anche se non responsabili dell'infarto in atto, riduce il rischio di successivi eventi cardiovascolari rispetto al trattamento della sola lesione responsabile dell'infarto. La discussione è aperta. (*N Engl J Med* 2013; 369: 1115-1123)

Un piccolo diabetico africano

Il mio allievo Mirko mi corse incontro trafelato e mi gridò “Professore è arrivato un altro bambino. Sta malissimo. Sembra avere un febbre e respira molto male...!”

Uscii dal piccolo ambulatorio dove avevo da poco iniziato a visitare le persone del villaggio che erano lì in fila, in attesa che il medico dalla pelle chiara li esaminasse. Lasciai tutto e mi diressi dietro a Mirko, l'allievo infermiere che insieme ad altri cinque suoi compagni, miei studenti, mi avevano accompagnato in quella missione di assistenza volontaria, in Africa, nel Burkina Faso.

Il bambino era disteso su un materasso di colore marrone scuro ricoperto in malo modo da una variopinta tela. Sembrava di circa 4 anni di età ma forse ne aveva di più. Magro, sofferente, intensamente dispnoico, con evidenti rientramenti inspiratori al torace. La mamma con aria triste ma senza alcun cenno di disperazione o ansia gli sorreggeva il capo, francamente ipotonicamente, mentre io lo visitavo. Disidratato, la cute bollente, in un polmone non si apprezzavano rumori respiratori, l'altro era pieno di rantoli e i toni cardiaci si ascoltavano solo a destra quasi fosse una destrocardia.

Decidemmo di portarlo nella piccola saletta radiologica del campo. Mirko lo prese in braccio, lo avvolse nella tela variopinta che era parte dell'abito della mamma. Quel

piccolo essere nero nero stretto al petto di quel colosso di Mirko sembrava un uccellino ferito. La radiografia mostrò trattarsi di un pneumotorace sinistro con dislocazione del mediastino e del cuore verso destra. Era disidratato e collassato. Solo un glucometer che ci eravamo portati dall'Italia con un pacchetto di strisce reattive ci consentì di rilevare una glicemia altissima. Tentammo in ogni modo di incannulare una piccola vena. Era indispensabile reidratarlo quel bambino. I flaconi di fisiologica li avevamo a disposizione. Ma non ci riuscimmo...E l'insulina? In realtà non ricordo se fosse disponibile e se qualcuno di noi gliela somministrò sottocute.

Tuttavia bisognava farlo respirare meglio. Presi un grosso ago cannula, tagliai l'estremità del dito di un guanto in lattice e facendolo attraversare dalla punta dell'ago lo portai verso il mandrino. Quindi con cautela ma con la convinzione che in quel momento fosse tutto ciò che potevamo fare, introdussi l'ago in regione sottoclaveare nello spazio tra la II e la III costa. I margini liberi del dito di guanto cominciarono a sollevarsi, spinti dall'aria del pneumotorace che finalmente iniziava a fuoriuscire. Mirko ed altri miei 2 allievi rimasero ad assisterlo, insieme ad una suorina indigena che si prodigava come infermiera.

Io tornai all'ambulatorio ma una strana, ingravesciente sintomatologia dolorosa ai muscoli e alla testa mi spinse dopo un pò a rientrare nella mia stanzetta dove alloggiavo. Mi addormentai.

Fui svegliato dai miei allievi che preoccupati non mi avevano più visto. Mi comunicarono che il bimbo non ce l'aveva fatta. Era deceduto. Fui colto da una profonda afflizione...

Quella sera oltre ai miei dolori muscolari cominciai ad avvertire una febbre squassante che saliva sempre più.

In serata seppi che avevo contratto la malaria...



Gianfranco Panetta



Quell'irresistibile bisogno di Natale

di Bruno Domenichelli

Dicembre: tempo di Natale. Tempo di percezioni confuse di carenze che svuotano l'anima. Bisogno subliminale di qualcosa che risvegli nel cuore il vento del nuovo e del vero, che renda limpidi i motivi dell'essere. Desiderio inconsapevole che si verifichi un evento - non importa quale - che valga almeno a dissipare la nebbia del nostro quotidiano spento. Qualcosa che si ha paura di non riuscire a trovare. Un timore che si trasforma talora in insoddisfazione panica, che disturba l'io e svuota il cuore; che l'individuo tenta inconsciamente di negare a se stesso, di mascherare immergendosi nella frenesia dei rituali nevrotici collettivi del desiderio di avere.

Cediamo inconsapevoli alle compulsioni degli acquisti, abbagliati dalle luminarie delle vetrine e delle strade degli shopping natalizi. Ci si confonde allora nel brusio frastornante di una folla che, avendo i nostri stessi problemi, ci offre almeno la compensazione di acritiche omologazioni ai modelli collettivi, nell'illusione di temperare la destabilizzazione dell'io, svuotato di autentici motivi di vivere.

Dicembre, tempo di Natale. Tempo della difficile ricerca di valori con cui colmare il vuoto avvertito dall'anima.

Ecco allora molti cercare nella "grande festa del Natale" occasioni di soddisfazione di istanze sociali. Rituali gastronomici di riconciliazione, per rinsaldare reciproche convenienze o nei quali ricomporre conflitti e tensioni personali, maturati in un anno di competitività e di indifferenza.

In altri casi il tempo di Natale si fa occasione per tentare di consolidare vincoli familiari usurati dal tempo e dalla lontananza; ma spesso questi "incontri" natalizi si trasformano in scontri, esplosioni drammatiche di malumori e conflitti a lungo trattenuti.

Ecco allora che, finito il tempo di Natale, perdura nell'anima la stessa sottile insoddisfazione che ci aveva spinti a cercare in precari incontri la via di una pace nuova per l'anima. E ci pervade il senso doloroso di un altro Natale spercato; dell'indefinibile amarezza che alimenta la nostra stanchezza di vivere; la delusione di un'occasione perduta per assaporare il piacere della libertà dell'essere dalle compulsioni dell'avere. La dolorosa incapacità di percepire il senso vero di una storia cominciata duemila anni fa, del Mistero di una luce che fu vista illuminare il mondo, nel buio di una notte di oriente popolata di attese e che aspetta il suo tempo per risplendere nel cuore di ogni uomo. Una storia intessuta di amore e di solidarietà.

Un Mistero che noi medici chiamiamo empatia, che i nostri pazienti ci chiedono, affinché due anime che si incontrano sulla via della sofferenza imparino a sorridersi.

Auguriamoci allora, almeno in questo tempo di Natale, di riuscire a scorgere il baluginare impalpabile del desiderio del vero e del giusto, che inconsapevoli coltiviamo nell'anima. Il miracolo che questo irresistibile, anche se sopito, desiderio di Amore, riesca a diradare la nebbia del nostro vuoto quotidiano.

Forse, insieme alla bellezza, anche l'utopia salverà il mondo. E nel cuore farà fiorire fiordalisi. L'utopia di riuscire a ritenere possibile la Verità nel Mistero di quella notte stellata.

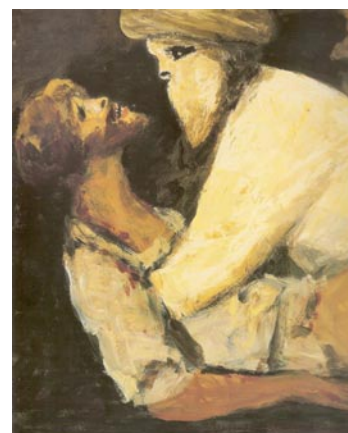


Madonna del velo.

Raffaello Sanzio, 1509-1510

... una storia cominciata duemila anni fa...

Mistero di una luce che fu vista illuminare il mondo...



Il buon samaritano (part.)

Salvatore Fiume, 1988

Un Mistero che noi medici chiamiamo empatia, che i nostri pazienti ci chiedono, affinché due anime... imparino a sorridersi. Una storia intessuta di solidarietà...

aforismi

L'arte è un appello al quale molti rispondono senza essere chiamati.

> **L. Longanesi**

Le bugie si dividono in tre grandi gruppi: le piccole, le grandi e le statistiche.

> **M. Twain**

La democrazia funziona quando a decidere sono in due e uno è malato.

> **W. Churchill**

Ovunque la gente scambia quello che legge sui giornali per notizie.

> **A.J. Liabling**

Quando uno decide di scrivere i propri ricordi vuol dire che è finito senza scampo.

> **F. Fontanini**

Il cinema ha raggiunto oggi lo stadio del sesso: tutta tecnica e niente sentimenti.

> **P. Gilliat**

Il momento più imbarazzante è quando una donna ci dice: "Sono tua".

> **R. Gervaso**

La ruffianeria è un'arte che se fatta bene viene sempre premiata.

> **F. Fontanini**

L'obiettivo finale della scienza probabilmente è quello di eliminare la razza umana.

> **F. Fontanini**

L'evo moderno è finito, comincia il medio evo degli specialisti. Oggi anche un cretino deve essere specializzato.

> **E. Flaiano**

L'italiano è una lingua parlata dai doppiatori.

> **E. Flaiano**

La guerra è un male perché fa più malvagi di quanti ne toglie di mezzo.

> **I. Kant**

Un conservatore crede che niente debba mai venir fatto per la prima volta.

> **F. Vanderlip**

Bisogna essere stupidi per non accorgersi di esserlo o di non esserlo.

> **M. Vassalle**

La sua abbronzatura sembra ottenuta in una rosticceria.

> **C. Grant**

Solo l'inutilità del primo diluvio trattiene Dio dal mandarne un secondo.

> **Fontanelle**

L'ironia ci fa dire, senza passare per ipocriti, il contrario di quel che pensiamo.

> **R. Gervaso**

I caporali devono restare caporali.

> **Anonimo**

Solo i medici e le donne sanno quante menzogne sono necessarie per la tranquillità degli uomini.

> **F. Fontanini**

Non conviene prendere la vita troppo sul serio, tanto non ce la faremo mai ad uscirne vivi.

> **M. Twain**

CENTRO PER LA LOTTA CONTRO L'INFARTO S.R.L.

Sede in V.le B. Buozzi, 60 - ROMA • Rea • 902057 • Capitale sociale Euro 102.775,00 i.v. • C.F./Reg.Imp. 05621101004

BILANCIO AL 31/12/2012

STATO PATRIMONIALE

| ATTIVO | 31.12.2012 | 31.12.2011 |
|--|-------------------|-------------------|
| A) Cred.v/soci per vers.ti anc.dovuti | 0,00 | 0,00 |
| B) Immobilizzazioni | | |
| I. Immateriali (al netto di ammort.ti) | 35.698,00 | 37.698,00 |
| II. Materiali (al netto di ammor.ti) | 1.945,00 | 3.129,00 |
| III. Finanziarie | 0,00 | 0,00 |
| TOTALE IMMOBILIZZAZIONI | 37.643,00 | 40.827,00 |
| C) Attivo Circolante | | |
| I. Rimanenze | 0,00 | 0,00 |
| II. Crediti | | |
| - entro 12 mesi | 299.879,00 | 224.373,00 |
| - oltre 12 mesi | 46,00 | 46,00 |
| III. Att.finanz.che non cost.immob. | 0,00 | 0,00 |
| | 299.925,00 | 224.419,00 |
| IV. Disponibilità liquide | 234.786,00 | 343.725,00 |
| TOTALE ATTIVO CIRCOLANTE | 534.711,00 | 568.144,00 |
| D) Ratei e Risconti | 106.253,00 | 133.302,00 |
| Totale attivo | 678.607,00 | 742.273,00 |

STATO PATRIMONIALE

| PASSIVO | 31.12.2012 | 31.12.2011 |
|--|---------------------|---------------------|
| A) Patrimonio netto | | |
| I. Capitale | 102.775,00 | 102.775,00 |
| II. Riserva da sovrapprezzo delle azioni | 0,00 | 0,00 |
| III. Riserva di rivalutazione | 0,00 | 0,00 |
| IV. Riserva legale | 244,00 | 244,00 |
| V. Riserva per azioni proprie in portafoglio | 0,00 | 0,00 |
| VI. Riserve statutarie | 0,00 | 0,00 |
| VII. Altre riserve | 175.000,00 | 175.000,00 |
| VIII. Utili (perdite) portati a nuovo | (168.993,00) | (80.146,00) |
| IX. Utile (perdite) dell'esercizio | 865,00 | (88.847,00) |
| TOTALE | 109.891,00 | 109.026,00 |
| B) Fondi per rischi e oneri | 0,00 | 0,00 |
| C) Trattamento fine rapporto | 134.996,00 | 123.083,00 |
| D) Debiti | | |
| - entro 12 mesi | 144.205,00 | 70.649,00 |
| - oltre 12 mesi | 289.515,00 | 439.515,00 |
| | 433.720,00 | 510.164,00 |
| TOTALE | 568.716,00 | 633.247,00 |
| E) Ratei e risconti | 0,00 | 0,00 |
| Totale passivo | 678.607,00 | 742.273,00 |
| CONTI D'ORDINE | | |
| BENI IN LEASING | 1.320.000,00 | 1.320.000,00 |

A) Valore della produzione

| | | |
|---|--------------|------------|
| 1) Ricavi delle vendite e delle prestazioni | 1.083.830,00 | 871.997,00 |
| 2) Variazione delle rimanenze di prodotti in lavorazione, semilavorati e finiti | 0,00 | 0,00 |
| 5) Altri ricavi e proventi | 0,00 | 0,00 |

| | | |
|---------------------------------------|---------------------|-------------------|
| TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE | 1.083.830,00 | 871.997,00 |
|---------------------------------------|---------------------|-------------------|

B) Costi della produzione

| | | |
|---|-------------------|-------------------|
| 6) Per materie prime, suss., di cons. e merci | 0,00 | 0,00 |
| 7) Per servizi | 467.301,00 | 391.705,00 |
| 8) Per godimento di beni di terzi | 242.948,00 | 244.216,00 |
| 9) Per il personale | | |
| a) Salari e stipendi | 239.694,00 | 212.953,00 |
| b) Oneri sociali | 70.541,00 | 62.367,00 |
| c) Trattamento di fine rapporto | 16.427,00 | 19.186,00 |
| e) Altri costi | 1.512,00 | 1.130,00 |
| | 328.174,00 | 295.636,00 |

| | | |
|---------------------------------|-----------------|-----------------|
| 10) Ammortamenti e svalutazioni | | |
| a) Amm.to delle immob.ni imm.li | 2.000,00 | 2.000,00 |
| b) Amm.to delle immob.ni mat.li | 1.525,00 | 2.468,00 |
| | 3.525,00 | 4.468,00 |

| | | |
|---|-----------|----------|
| 11) Variaz. delle riman. di materie prime sussidiarie, di consumo e merci | 0,00 | 0,00 |
| 12) Accantonamento per rischi | 0,00 | 0,00 |
| 13) Altri accantonamenti | 0,00 | 0,00 |
| 14) Oneri diversi di gestione | 17.512,00 | 9.709,00 |

| | | |
|--------------------------------------|---------------------|-------------------|
| TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE | 1.059.460,00 | 945.734,00 |
|--------------------------------------|---------------------|-------------------|

DIFFERENZA TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)

| | |
|------------------|--------------------|
| 24.370,00 | (73.737,00) |
|------------------|--------------------|

C) Proventi e oneri finanziari

| | | |
|--|---------------|---------------|
| 16) Altri proventi finanziari: | | |
| a) da crediti iscritti nelle immob.ni | | |
| - altri | 0,00 | 0,00 |
| b) da titoli iscritti nelle immob.ni | 0,00 | 0,00 |
| c) da titoli iscritti nell'attivo circolante | 0,00 | 0,00 |
| d) proventi diversi dai precedenti | | |
| - altri | 891,00 | 679,00 |
| | 891,00 | 679,00 |

| | | |
|----------------------------|----------|----------|
| 17) Altri oneri finanziari | | |
| - altri | 1.933,00 | 1.444,00 |

| | | |
|---|-------------------|-----------------|
| TOTALE PROVENTI E ONERI FINANZIARI | 1.933,00 | 1.444,00 |
| | (1.042,00) | (765,00) |

| | | |
|---|------------------|--------------------|
| D) Rettifiche di valore di attività finanziarie | 0,00 | 0,00 |
| TOTALE DI RETTIFICHE DI VALORE DI ATT. FINANZIARIE | 0,00 | 0,00 |
| E) Proventi e oneri straordinari | | |
| 20) Proventi: | | |
| - plusvalenze da alienazioni | 0,00 | 0,00 |
| - varie | 1,00 | 0,00 |
| | 1,00 | 0,00 |
| 21) Oneri: | | |
| - minusvalenze da alienazioni | 0,00 | 0,00 |
| - varie | 0,00 | 2.125,00 |
| | 0,00 | 2.125,00 |
| TOTALE DELLE PARTITE STRAORDINARIE | 1,00 | (2.125,00) |
| Risultato prima delle imposte (A-B±C±D±E) | 23.329,00 | (76.627,00) |
| 22) Imposte sul reddito dell'esercizio | | |
| Correnti: | | |
| - Ires | 2.539,00 | 0,00 |
| - Irap | 19.925,00 | 12.220,00 |
| | 22.464,00 | 12.220,00 |
| Anticipate | 0,00 | 0,00 |
| Correnti | 0,00 | 0,00 |
| 23) Utile (Perdita) dell'esercizio | 865,00 | (88.847,00) |

IL RAPPRESENTANTE LEGALE

Motolese Mario

Sostenete e diffondete **Cuore & Salute**

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

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



MODULO PER ISCRIVERSI ALLA FONDAZIONE O PER ISCRIVERE UN AMICO

DESIDERO: ISCRIVERMI RINNOVARE L'ISCRIZIONE ISCRIVERE UN AMICO AL

CENTRO PER LA LOTTA CONTRO L'INFARTO - FONDAZIONE ONLUS

COGNOME NOME

CODICE FISCALE

VIA CAP CITTÀ

PROV. NATO A IL

E-MAIL CELL

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

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

VERSAMENTO SU C/C POSTALE N°64284003

BONIFICO BANCARIO IBAN IT 56 Y 01005 03213 000000012506

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

ASSEGNO NON TRASFERIBILE

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

AI NOSTRI LETTORI

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

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