

CUORE & Salute

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

Maria Montessori e Mussolini

N. 10-11-12 OTTOBRE-NOVEMBRE-DICEMBRE 2015

ANNO XXXIII

ANNO

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

Una pubblicazione del:



Centro per la Lotta contro
l'Infarto

Per Natale dona con il cuore



REGALA:

*un abbonamento alla rivista Cuore e Salute anche online
l'iscrizione al CLI ad un amico
un contributo alla Ricerca
un biglietto di Auguri*



Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Presidente
Francesco Prati

Presidente onorario
Mario Motolese

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

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

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

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

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

Si ringrazia la ST. JUDE MEDICAL per il sostegno dato alla nostra Fondazione.

n. 10-11-12 **sommario** 2015

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

Direttore Responsabile
Franco Fontanini

Direttore Scientifico
Filippo Stazi

Vice Direttori
Eligio Piccolo
Francesco Prati

Coordinamento Editoriale
Marina Andreani

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

Editore
Centro per la Lotta contro l'Infarto - Srl
Via Pontremoli, 26 - Roma

Ufficio abbonamenti e pubblicità
Maria Teresa Bianchi

Progetto grafico e impaginazione
Valentina Girola

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

Anno XXXIII
n. 10-11-12 Ottobre-Novembre_Dicembre 2015
Poste Italiane SpA - Spedizione
in abbonamento postale - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art 1, comma 1, Aut.C/RM/07//2013
Pubblicazione registrata al Tribunale
di Roma il 3 giugno 1983 n. 199

Associata Unione Stampa Periodica Italiana



Abbonamento annuale
Italia € 25,00 - Estero € 35,00

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

Amministrazione
Centro per la Lotta contro l'Infarto - Srl
Via Pontremoli, 26 - 00182 Roma
Tel. 06.3230178 - 06.3218205
Fax 06.3221068
c/c postale n. 64284003

Nausea di scienza Eligio Piccolo 260

• **Bevitori, attenti all'ictus [E.P.]** 262

Il ritmo del cuore e delle stagioni Filippo Stazi 263

Quaderno a Quadretti
Invidia: non è felice l'uomo che nessuno invidia 265

Franco Fontanini

Ma che vuol dire CLI? 272

Intervista di Filippo Stazi a Francesco Prati

La palla di Tiche
Maria Montessori: la diffusione del Metodo, Mussolini e gli anni in India (parte seconda) Paola Giovetti 278

Qualche secondo di buon umore 283

Vetrina delle perle
Parole che aiutano a vivere Bruno Domenichelli 284

• **Niente di nuovo sotto il sole [F. S.]** 286

Il cuore fa gli esami: l'elettrocardiogramma Filippo Stazi 287

Per caso Eligio Piccolo 290

• **Pillole di romanesca saggezza [F.S.]** 292

Fresche fresche (ma anche no) dalla Francia 293

Salvatore Milito

Il lobo dell'orecchio e l'elettrocardiogramma 294

Eligio Piccolo

• **Defibrillatori in discoteca [E.P.]** 296



p. 265

Antonio Benivieni precursore del metodo anatomo-clinico Vito Cagli

297

Lettere a Cuore & Salute

300

- *Gli stent riassorbibili*, Francesco Prati
- *Le "colpe" dei padri*, Eligio Piccolo
- *Statine*, Francesco Prati

Ecologia della mente

Parole come anima Bruno Domenichelli

303

Quadri & Salute Filippo Stazi

304

- *Il pesce migliora anche il cervello [E.P.]*

306

Conoscere e Curare il Cuore 2016

308

News

Aggiornamenti cardiologici Filippo Stazi

312

Aforismi Franco Fontanini

314

Bilancio

316



p. 278



p. 301

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.

Nausea di scienza

di Eligio Piccolo



Lo scriveva Cesare Pavese, il poeta di “verrà la morte e avrà i tuoi occhi”, e lo esprimeva con meditazione seguente: “Le parole logico e scienza mi fanno ora la nausea, mentre finché pensai col pensiero altrui era un sole abbagliante che mi stordiva. Sì, la scienza sta scoprendo verità... una più desolante dell'altra! La mente umana si smarrisce ora nell'infinito, nell'eterno; comprende che ciò che le pare universale e assoluto non è che relativo e insignificante, vede la vanità di ogni sua esaltazione. La scienza sta meccanizzando il mondo, ne fa un orribile laboratorio... La vita val meglio goderla, che indagare il suo mistero”. Sono parole che a un medico, che vive anche di scienza, fanno pensare.

Un mio amico, di quelli che si coltivano dalle medie e che poi prese la carriera di avvocato, nei rapporti con le malattie e la medicina era rimasto ai ricordi del vecchio medico di famiglia, presente ad ogni febbre e generoso con i ricostituenti. Egli non aveva retto all'impatto con alcune scoperte “desolanti” della scienza, come quelle sulla nocività del fumo, mentre ricordava volentieri che sua madre, austera edu-



Cesare Pavese



Joseph M.W. Turner, *The Dogana, San Giorgio, Citella, from the Steps of the Europa*

catrice, gli consigliava di accendere una sigaretta per riscaldarsi l'aria respirata prima di uscire nelle giornate fredde. E poi quelle attenzioni al colesterolo e all'alcol, tutte esagerazioni, diceva, di un proibizionismo autoreferenziale. Egli impenitente fumatore e affezionato ai cicchetti aveva risolto il suo problema con una specie di Ramadan di una settimana l'anno di ricovero ospedaliero per disintossicarsi. Insomma, non credeva a certe estrapolazioni della scienza medica sulla prevenzione e anche lui nel suo piccolo quotidiano non sopportava quel "relativo" che lo staccava dall'assoluto, affatto nostalgico.

Ho accostato volutamente questi due episodi al problema della scienza in medicina perché ritengo che il pensiero filosofico dello scrittore piemontese, sia pure al netto del suo pessimismo, e quello effimero del mio amico, siano in qualche misura presenti nel subconscio di molti. Essi dovrebbero farci riflettere. Specialmente i me-

dici quando non trovano risposta ai consigli che danno con tanta sicurezza e fiducia ai loro pazienti, talvolta con il cipiglio di precetti o comandamenti. Il fumo ti distrugge i polmoni e le coronarie, la pressione fuori controllo minaccia l'ictus, l'alcol si annida nel fegato e nel cervello, e così via. Consigli, andrebbe ricordato, che non sono verità perché la scienza non dà verità, ma solo ipotesi, che soggiacciono al continuo divenire delle abitudini dell'uomo e delle conoscenze che egli ottiene sperimentando. Un divenire che ci riporta certamente a quel relativo, ai limiti che l'uomo e la donna incontrano nel loro cammino, ma anche a quella suggestiva infinità in cui dolcemente naufragava il poeta di Recanati. Certo, quando stiamo bene o parliamo per altri, e mentre apprendiamo le nuove scoperte mediche sui progressi nelle diagnosi e sulle terapie sempre più benefiche e vitali, ognuno si esalta ed esulta, stordito da quel "sole abbagliante" che aveva colpito Pavese

quando li vedeva da spettatore apprendista. Ma lo scrittore vuole anche dirci, che quando quelle “verità” ci colpiscono direttamente o indirettamente “la mente umana si smarrisce” e ciò che allora appariva “universale e assoluto non è che relativo e insignificante”. La sua riflessione che la scienza faccia del mondo meccanizzato “un orribile laboratorio”, somiglia molto all’impressione che il medico avverte nel momento in cui cerca di capire perché, nonostante le raccomandazioni al paziente, corredate dalle linee guida della ricerca, si trovi spesso davanti a un muro di indifferenza, di scetticismo, quasi impenetrabile. Al di là del quale egli intravede l’amara conclusione di Pavese e di molti pazienti: “La vita val meglio goderla...”. Lui la vita non se l’è goduta, anzi vi ha rinunciato. Al medico

invece compete un’altra meditazione: la scienza non ci può dare verità assolute alle quali aggrapparci, come a quelle rivelate, ma solo consigli per affrontare meglio le difficoltà di mantenerci in buona salute. La scienza e la medicina poi, quando uniscono i loro “relativi”, così come hanno scritto molti autorevoli pensatori, formano insieme una specie di travaglio artistico, che anche quando lo guardiamo come un quadro fosco alla Turner o drammatico alla Goya, oppure gioioso e distensivo alla Botticelli, ci invita a distinguere la bellezza universale dai segni che lo hanno ispirato. E fanno capire al medico che quel distacco avvertito da Pavese e da molti pazienti tra bisogno di verità e delusione del relativo lo si può colmare con l’empatia, quell’insostituibile e ineffabile rapporto umano tra lui e il malato.

Bevitori, attenti all’ictus!

Bevitori, si fa per dire, perché la quantità di alcol a rischio di ictus indicata nello studio multicentrico (cecoslovacco-svedese-californiano) pubblicato su *Stroke* 2015 fa ridere non solo i nostri baldi alpini, cui farebbe sortire anche qualche battutaccia, ma perfino il veneto morigerato. Vi si documenta infatti che superare due drink al giorno (due bicchieri di vino o due lattine di birra o due bicchierini di superalcolico) aumenta di oltre un terzo il rischio di ictus nei soggetti di mezza età. Un risultato che ci porta indietro di 180 gradi rispetto agli studi precedenti, secondo i quali queste dosi moderate di alcoolici erano addirittura benefiche rispetto agli astemi e a quelle degli ubriacconi. Eppure lo studio attuale appare di tutto rispetto poiché comprende quasi 12.000 gemelli dello stesso sesso, quindi ben comparabili, e seguiti per oltre quarant’anni mediante questionari e controlli medici periodici. Forse l’incongruenza va ricercata nell’età non più giovane del campione multicentrico e nel fatto che le ricerche precedenti miravano soprattutto alle malattie cardiovascolari e meno al coccolone.

E.P.

I bevitori, V. Van Gogh

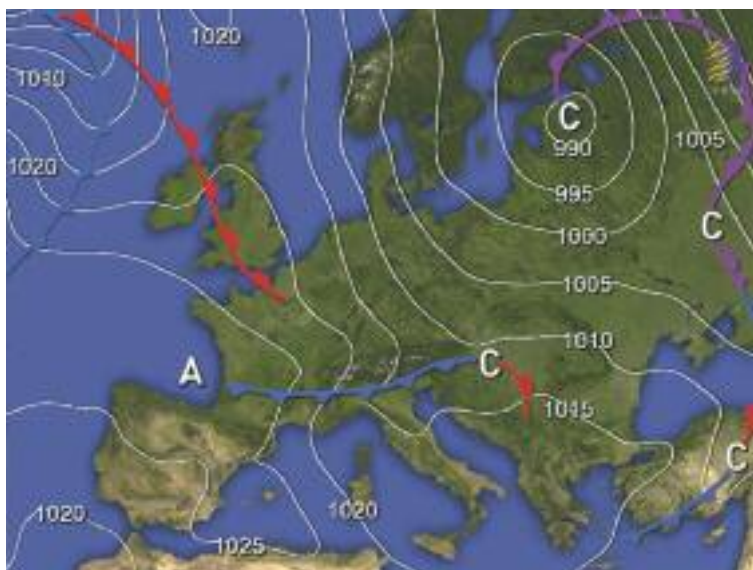


Il ritmo del cuore e delle stagioni

di Filippo Stazi

Chiunque ha frequentato per un periodo sufficiente gli ospedali sa bene che le malattie, anche quelle di cuore, non si presentano con uniforme regolarità nel corso dell'anno ma che presentano un andamento differente che ben correla con le variazioni climatiche. Numerosi studi hanno in effetti dimostrato un'associazione tra le variazioni stagionali e molte malattie sia cardiache che non cardiache. Trombosi venose profonde, embolie polmonari, dissezioni aortiche, ipertensione, scompenso cardiaco, angina, aritmie ventricolari, infarti miocardici e morte cardiaca improvvisa sono infatti in genere più frequenti in inverno con una correlazione inversa con l'andamento delle temperature ambientali.

I ricercatori del Medical College di Wisconsin si sono posti la domanda se anche la fibrillazione atriale, la più comune delle aritmie cardiache, la responsabile della maggior parte delle ospedalizzazioni dovute a problemi aritmici, abbia o meno un rapporto con la variabilità delle stagioni. Per rispondere al quesito hanno riesaminato tutta la letteratura disponibile sull'argomento e hanno visto che il 90% dei lavori dimostra effettivamente una relazione tra le crisi di fibrillazione atriale e la stagionalità, con il picco di occorrenza dell'aritmia in inverno e il nadir in estate. Gli studi hanno identificato in febbraio ed aprile i mesi a più alto rischio di fibrillazione mentre il mese in cui è meno probabile il verificarsi dell'aritmia atriale è luglio. Il 50 % di questi studi ha inoltre messo in evidenza un'associazione



tra la comparsa della fibrillazione atriale e le temperature ambientali.

Due studi hanno poi investigato il rapporto tra la durata della luce solare nel corso del giorno e la comparsa di parossismi di tale aritmia: il primo ha dimostrato che tanto minore è la durata della luce del sole, tanto maggiore è la probabilità di fibrillazione atriale, il secondo ha invece confermato solo in parte questo dato che si dimostrava vero nelle donne ma non negli uomini. Un singolo studio, infine, ha investigato il rapporto tra la pressione barometrica ed il rischio di fibrillazione atriale, notando che le crisi aritmiche sono più frequenti nelle 24-48 ore prima dell'arrivo di un fronte di bassa pressione. In sintesi possiamo quindi dire che le crisi di fibrillazione atriale sono più frequenti in inverno e nei primi mesi di primavera e meno frequenti durante l'estate. È verosimile immaginare che anche il rischio di stroke, una delle complicanze più temibili della fibrillazione atriale, possa avere un andamento simile.

Le basse temperature attivano il sistema simpatico e ciò potrebbe essere una delle possibili spiegazioni dell'aumentato rischio di fibrillazione atriale nei periodi più freddi dell'anno. Inoltre anche l'aumento della pressione arteriosa dovuto al freddo, inducendo un aumento della pressione e della dilatazione atriale con conseguente stretch delle vene polmonari, può promuovere e mante-



nere la comparsa dell'aritmia. D'altro canto anche una ridotta esposizione alla luce solare può condurre ad un'alterazione della funzione dei canali

ionici cardiaci che può, anche in questo caso, predisporre alla comparsa della fibrillazione atriale. Infine anche altri fattori possono contribuire all'associazione tra la variabilità delle stagioni e l'occorrenza del disturbo del ritmo quali, ad esempio, l'aumento delle infezioni respiratorie e delle esacerbazioni delle broncopneumopatie croniche ostruttive, che si verificano in inverno e che sono un ben noto elemento scatenante della fibrillazione atriale.

Ognuno di questi elementi, specie se in combinazione con gli altri, può innescare una crisi di fibrillazione atriale. Io credo però che da questi dati emerga anche un messaggio più profondo. L'uomo moderno è proteso in un continuo sforzo per affrancarsi dai vincoli che gli pone la natura. Ha saputo trasformare la notte in giorno, nelle sue case riesce ad avere caldo quando fuori è freddo e freddo quando fuori è caldo, è in grado di cuocere i cibi e di conservarli a lungo, di mangiare prodotti fuori stagione e molto altro ancora. Nonostante tutti i suoi sforzi e i suoi indubbi numerosi successi, l'uomo continua però ad essere un tutt'uno con l'ambiente che lo circonda, lo modifica ma ne è a sua volta influenzato e il nostro organismo non perde occasione per ricordarcelo anche mandandoci fuori ritmo.



di Franco Fontanini

CUORE E VIZI CAPITALI

Invidia: non è felice l'uomo che nessuno invidia

L'invidia non è solamente il peccato più contrario allo spirito cristiano come hanno sempre preconizzato i teologi, è anche il più meschino, il più triste, un peccato che non procura piacere, è senza speranza di rivincita ma fa solamente soffrire.

La lussuria e la gola procurano piacere, la superbia, l'ira, l'avarizia e persino l'accidia danno qualche soddisfazione, l'invidia mai, fa solamente star male. La sapienza di Salomone sentenziò che "a causa dell'invidia il diavolo e la morte sono entrati nel mondo" quando il Signore gradì Abele e la sua offerta e non gradì Caino. Abele può essere considerato la prima vittima dell'invidia.

È anche un peccato stupido che fa soffrire doppiamente l'invidioso: per i propri mali e per i beni degli altri.

L'invidioso, vittima cronica del suo senso d'inferiorità, pensa che tutto ciò che hanno gli altri sia preferibile a ciò che ha lui: il lavoro, la moglie, la macchina, la casa, l'amante, la vacanza, e non sa fare altro che prendersela



con la sfortuna che lo perseguita. Questo martellante disagio psichico senza tregua fa star male anche fisicamente, le tensioni mai scaricate e compresse nell'inconscio, secondo gli psicologi, provocano prima o poi reazioni anomale, morbose che altro non sono che sintomi di nevrosi. L'invidioso "somatizza" negli organi più sensibili alla vita emotiva: ha fitte al cuore, sbalzi della pressione, aritmie, blocco allo stomaco, ulcera duodenale, anoressia, colite, impotenza, malattie che lo portano ad invidiare la salute di tutti gli altri.

C'è chi sostiene che senza l'invidia non ci sarebbe civiltà, progresso né democrazia ma è tutto da dimostrare. Kraus ha detto che l'invidia deve essere produttiva, altrimenti è più intelligente amare ma con tutta la buona volontà è arduo trovare alcunché di positivo in un peccato privo di lusinghe e di gioia al punto che Dante ha messo gli invidiosi nel purgatorio anziché nell'inferno perché hanno già molto sofferto in vita a causa della loro colpa.

Purtroppo, almeno sporadicamente, siamo tutti un po' invidiosi perché fin da piccoli troppe cose ci inducono ad invidiare.

La bellezza di Biancaneve non sarebbe tanto ammirata senza l'invidia della matrigna e Cenerentola non avrebbe niente di straordinario senza l'invidia delle sorellastre. Sono frequentissime, nelle favole, le sorelle brutte, sempre pigre e cattive che amano giocare con rospi e serpenti, macerate dall'invidia per le sorelle belle. In genere finivano tramutate in pietra, oggi diventerebbero anoressiche.

Gli psicanalisti hanno spiegato che il lupo

non mangiò Cappuccetto Rosso per crudeltà ma perché era invidioso della sua candida innocenza che volle "introitare".

Il primo della classe è stato enfatizzato per fomentare l'invidia rituale, il consumismo trae la sua spinta dall'invidia sociale. La letteratura di tutti i tempi è ricca di personaggi invidiosi elevati a ruolo di protagonisti. Il perfido monaco spagnolo del poema di Browning mette tutto il suo impegno nel far cadere il buon frate Lorenzo in un'eresia che lo porti alla dannazione.

La cugina Bette di Balzac, zitella senza speranza e ossessionata dall'invidia e dall'odio, tenta continue macchinazioni per distruggere la vita familiare e il felice matrimonio della fortunata cugina, alla quale fin da bambina sognava di strappare il naso.

Il lurido servitore Heep di Dickens, fingendo di offrire aiuto, si infila come una serpe nella famiglia del suo padrone per rovinarla; Jago è divorato dalla gelosia e dall'invidia per Cassio fino ad ucciderlo per non vederselo più davanti.

L'invidia è più cupa e più insidiosa della gelosia, meno detestabile perché può conoscere l'amore. Nell'invidia non c'è amore. La gelosia nasce dal timore di perdere ciò che si ha e che ci è caro; l'invidia nasce dal tormento di vedere che altri hanno ciò che noi vorremmo e che non riusciamo ad avere. La gelosia può albergare in una persona buona, l'invidia mai. Però è difficile esserne totalmente esenti: secondo Groucho Marx "nessuno è completamente infelice del fallimento del suo migliore amico".

Si può ammettere di essere irascibili, golosi, superbi, ma mai di essere invidiosi.

La vita è continua comparazione e nessuno accetta di uscire perdente dal confronto con gli altri; non ci si adegua a questa condizione e si cerca di difendere il proprio valore, quasi sempre senza riuscirci.

Molti si sottraggono alla comparazione, abdicano già in partenza, simulano indifferenza, azzerano l'autostima; altri, più numerosi, tentano la svalutazione delle altre persone cercando di abbassarle al proprio livello.

Questi due meccanismi di difesa - indifferenza e denigrazione - secondo Alberoni sono i due volti correnti dell'invidia.

La maldicenza è invidia da cortile, gossip da ufficio, l'indifferenza è un gradino più su ma costa più fatica. Frequente è l'elogio condizionato dal "ma", la congiunzione avversativa più ricorrente nella nostra lingua. È bella ma poco intelligente, è ricco ma ha il pelo sullo stomaco, ha avuto successo ma anche tanta fortuna, è soddisfatto ma è cornuto, ha una bella casa ma i quadri sono croste, gli va bene tutto ma non mi cambierei con lui.

Chi è brutto invidia chi è bello, il disonesto l'onesto, la libertina la donna per bene, l'ammalato chi sta bene, il prigioniero chi è libero, il povero chi è ricco.

L'invidia si acuisce, raggiunge il color rosso ogni volta che l'invidioso vede che la fortuna favorisce persone che ritiene meno meritevoli di lui. Tutti hanno avuto più di lui, lui è il prediletto dalla sfiga, senza

scampo né speranza.

Bisogna rifuggire dall'invidia monomaniacale, ossessiva, che avvelena l'esistenza, a volte basta poco.

Molti nascondono l'invidia a sé stessi.

Il padre che non perdona al figlio ventenne, desideroso di autonomia, le quattro in discoteca, la ragazza troppo spesso nuova, l'appartamento indipendente, è convinto di farlo per il suo bene e non è sfiorato dal dubbio che la sua disapprovazione altro non è che recondita invidia per il confronto con la sua giovinezza ormai lontana e austera. È invidia smaccata quella del sessantenne che dice: i giovani oggi hanno tutto "ma" noi eravamo più felici. Il ricorrente "ma", tornasole dell'invidia.

Sono pochi i padri che confessano il rimpianto per la mancata esperienza di liberi amori giovanili negata alla loro generazione e di provare invidia per quelli sere-



ni e incolpevoli del figlio.

Molti hanno detto che l'invidia è più forte di ogni altro sentimento, dell'amore, dell'odio e persino della ragione; per Bertrand Russell "senza invidia non ci sarebbe democrazia e vivremmo ancora nelle caverne".

Più spesso degli altri sarebbero colpiti dall'invidia i pittori, anche i più grandi.

Tiziano non volle nella sua bottega il giovane Tintoretto, temendo che un giorno qualcuno dicesse che l'allievo aveva superato il maestro e cacciò in malo modo Giorgione non sopportando i troppi elogi fatti alla sua Giuditta.

Caravaggio trattava male chi esaltava altri pittori. Di José de Ribera, detto lo Spagnolo anche se domiciliato a Gallipoli, si racconta che avesse ucciso due giovani pittori, giudicati più bravi di lui, gettandoli in mare aperto durante una gita in barca. Il povero Domenichino morì a causa dei suoi continui maltrattamenti.

Stando al Vasari, si vuole che il Francia sia morto roso dall'invidia per Raffaello. Si considerava il più grande pittore al mondo. Quando Raffaello, ignaro, gli spedì la pala di Santa Cecilia pregandolo di controllarne la sistemazione nella chiesa bolognese, andò fuori di testa. Scrisse il Vasari che il Francia, nel vedere in casa sua quel quadro meraviglioso, "fu preso da tale invidia che dopo pochi giorni cadde ammalato e morì macerato dai dolori".

L'architetto Le Pavre cadde stecchito alla notizia che il re gli aveva preferito il rivale Mansart per il piano urbanistico di Parigi. Corot ad una festa in suo onore simulò un malore e disse di sentire la morte vici-

na: "L'ho fatto per consolare i miei colleghi che erano tanto dispiaciuti del mio successo", confessò il giorno dopo.

Picasso, da poco arrivato a Parigi, venne malmenato dagli altri espositori in una collettiva perché, non appena entrava qualche visitatore, sostava estasiato davanti ai suoi quadri e ostentava disprezzo per quelli dei colleghi.

Montesquieu parlava male degli altri letterati, Ibsen, a Londra, dichiarò in pubblico di non aver mai sentito parlare di uno scrittore danese di nome Andersen.

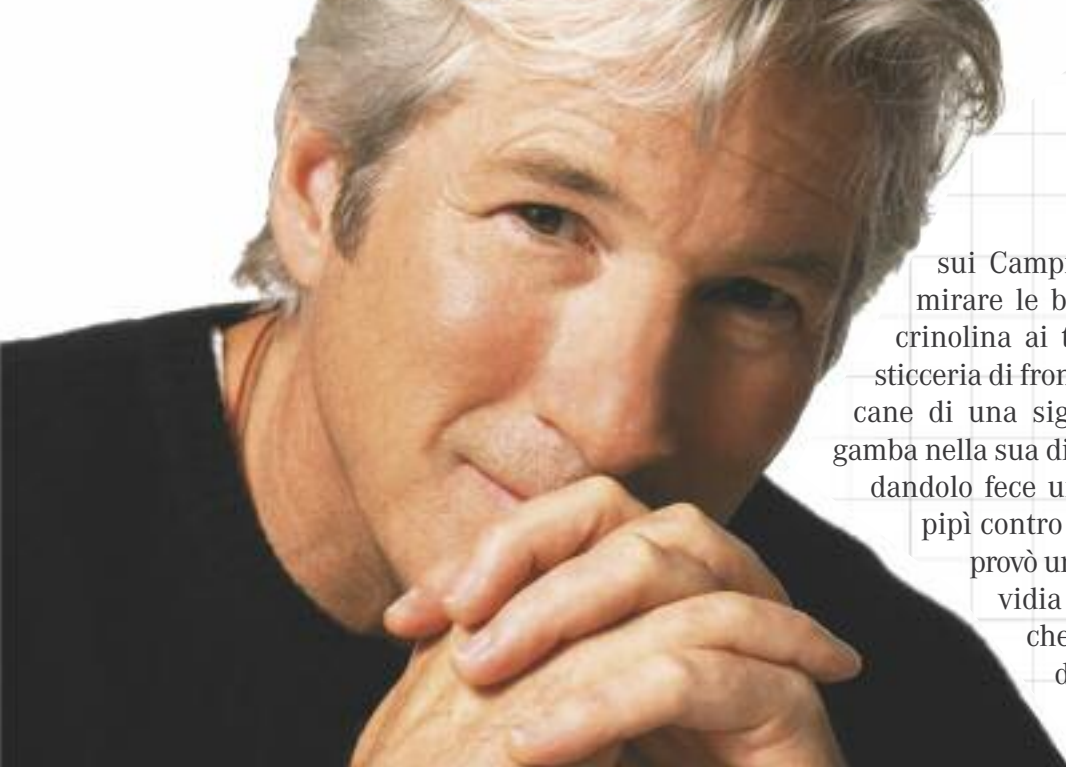
Più elegantemente il drammaturgo Emery confessava di non andare a teatro da molti anni perché se il lavoro era brutto si annoiava, se era bello ci soffriva.

Saul era invidioso della fama di David, i trofei di Milziade toglievano il sonno a Temistocle, Cassio congiurò contro Cesare invidiandogli i successi, Michelangelo era invidioso soprattutto della bellezza di Raffaello, Balzac confessava di aver letto con fatica la "Certosa di Parma" a causa dell'invidia che l'assaliva ogni volta. Salieri visse infelice a causa di Mozart.

All'invidioso va il merito di contribuire alla felicità altrui. Disse Eschilo che "non è felice l'uomo che nessuno invidia".

Gaetano Afeltra telefonò nel cuore della notte dal "Corriere" a Quasimodo per dargli la notizia del Nobel. Sapendo che aveva avuto un infarto gli consigliò di prendere un tranquillante e di andare a letto.

"Starò tutta la notte al telefono, gli rispose il poeta, per dare un dispiacere a tutti quegli invidiosi". L'universale malevolenza finì col rovinargli la gioia e gli fece sa-



sui Campi Elisi per ammirare le belle signore in crinolina ai tavoli della pasticceria di fronte. Un giorno il cane di una signora alzò una gamba nella sua direzione e guardandolo fece una zampillante pipì contro l'albero. Heine provò una tale feroce invidia per quel cane che, per non rivenderlo, non andò mai più sul terrazzo.

L'invidia

lire la pressione che alcuni anni dopo lo portò all'ictus.

L'invidia degli scrittori è spesso proporzionale al numero delle copie vendute: più uno vende e peggio se ne parla.

Di Umberto Eco è stato detto che non è un narratore, della Tamaro, poverina, tutti dicono che è meglio non parlare, di Baricco piuttosto una colica che scriverne bene. È bello, giovane, simpatico, buon parlatore, impossibile perdonargli un best seller. C'è stato persino chi ha scritto che è ignorante in materia di biologia del baco da seta. Quando Montale vinse il Nobel, molti dissero che però come baritono era un cane. Persino il mite Pascoli non tollerava che si parlasse bene di D'Annunzio e confessò che l'invidia non era letteraria ma per la bella residenza del Vate, nonché per le belle donne che lo frequentavano.

Per suscitare l'invidia basta molto meno. Heine, paralizzato e con difficoltà a urinare, si faceva portare sul balcone che dava

per Pitigrilli non è ancora del tutto sopita e le accuse ricorrenti che risorgono ad ogni ristampa dei suoi libri sono sempre le stesse dopo più di settant'anni: violazione degli intoccabili tabù del comune senso del pudore e biasimo per essere stato spia dell'OVRA.

In realtà non gli sono state ancora perdonate le settantamila copie che vendeva di ogni libro, quando le tirature medie eccezionalmente arrivavano a mille.

Ai colleghi delusi che gremivano l'aula del tribunale, Pitigrilli assolto per l'ennesima volta, disse comprensivo: "Non rattristatevi troppo. Sarà per la prossima volta." Non si curò della critica, preferiva che i suoi libri fossero esposti nelle stazioni piuttosto che nelle librerie e venissero letti da ingegneri, studenti, medici, imprenditori, piuttosto che da letterati. Li leggevano Murri nei lunghi viaggi in treno, Marconi e Mussolini che gli rimproverò: "Lei è bravo, ma non è uno scrittore italiano, è uno

scrittore francese”. Probabilmente fu il giudizio che fece più piacere a Pitigrilli.

La storia degli uomini è andata avanti sotto la spinta dell'invidia. Il povero invidierà il ricco, comunque questi agisca, e l'invidia prevarrà sempre sulla gratitudine. Kolerov ubriaco, in preda all'ira, urlò al suo benefattore : “Io ho un solo sentimento per voi, vi odio”.

I più invidiati non sono Bill Gates, l'avvocato Agnelli, Richard Gere, ma il compagno d'università, il collega di lavoro, l'inquilino di fronte. Si dice che neppure Agnelli fosse esente dall'invidia.

L'invidia condiziona ricchi e poveri, non risparmia neppure i re. Bacone affermava che i re invidiano solo i re ma c'è sempre un re più re degli altri.

Il caso più clamoroso di invidia regale è quello di Luigi XIV, il Re Sole, divorato dall'invidia per Nicolas Fouquet, Sovrintendente Generale delle finanze statali e padre del Grande Secolo che paradossalmente fiorì sotto un re di scarsa cultura, del quale si diceva che avesse fatto tre bagni compreso quello della levatrice.

Il Re Sole era invidioso di Fouquet, della sua cultura, della sua splendida biblioteca, della sua amicizia con gli artisti, della sua straordinaria abilità nel compiere miracoli economici, del suo cuoco, il famoso Vatel, che

oltre ad essere un impareggiabile maestro d'arte culinaria, sapeva organizzare feste sontuose.

Sebbene il re fosse un instancabile amatore, con una serie interminabile di favorite e di figli - la sola marchesa di Montespan gliene dette otto - era invidioso del fascino che Fouquet esercitava sulle donne. Luigi XIV era un grande lavoratore, un famoso egoista, diffidente dei parigini e dei parlamentari, che ripeteva in continuazione alludendo a Fouquet: “Mi sembra che mi si privi della mia gloria, quando altri può ottenere fama, gloria e ricchezza senza di me”.

Lo stupendo castello di Vaux che Fouquet si fece costruire, fece tracimare l'invidia del re che lo ritenne più bello del suo Palais Royal di Parigi, scatenò il suo desiderio di vendetta e segnò la fine di Fouquet.



Castello di Vaux

Insieme a Colbert, altrettanto invidioso, l'accusò di irregolarità amministrative, di malversazioni e di essere pericoloso per la nazione. Il castello di Vaux era troppo sfarzoso, quello di Belle-Ile en Mer troppo fortificato e minaccioso. Luigi XIV, arbitro assoluto, giudicò opportuna una punizione esemplare per chi "ambiva a diventare arbitro dello Stato".

Fouquet, condannato alla confisca dei beni e al bando perpetuo, finì i suoi giorni nel carcere di Pinerolo.

L'invidia non ha niente a che vedere con la competizione che è attiva, ottimistica, priva di acredine e nasce dalla fiducia di riuscire ad emulare chi è al di sopra, mentre l'invidia è astiosa, distruttiva, pessimistica, priva di speranza e cerca solo di far cadere l'avversario.

Chi soffre d'invidia non ha fiducia nel proprio io. Gli psicologi sportivi sostengono che gli atleti sono fra i pochi esenti dall'invidia: se perdono riconoscono la superiorità dell'avversario, oppure se la prendono con sé stessi per non aver gareggiato al meglio delle loro possibilità, oppure con la sfortuna o con l'arbitro ma mai con il vincitore.

Non è raro riscontrare che nevrotici sottoposti ad un trattamento psicoterapeutico per altri disturbi più schiettamente patologici e più o meno sostenuti dall'atteggiamento immaturo, insicuro, invidioso della personalità, possano guarire dalla nevrosi e contemporaneamente dall'invidia. Pren-

dono consapevolezza del proprio inconscio e dei propri conflitti, "maturano" e si accorgono di non provare più invidia.

Nell'antica iconologia dell'invidia c'è sempre una vecchia donna livida, magra e scarmigliata con un serpente avvolto ai capelli che scende a morderle la mammella sinistra o il cuore, accompagnata da un cane anch'esso scarnito e brutto. Il fatto che in queste immagini ci sia sempre una donna indusse a ritenere che l'invidia fosse un peccato prevalentemente femminile.

I moderni psicologi non sono d'accordo e ammettono solo che, talvolta, l'invidia delle donne, fatta di pettegolezzi, malignità, calunnie, sordi rancori, possa essere più nociva nell'ambiente familiare o di lavoro di quella dell'uomo.

Nei casi gravi l'invidia può portare la donna a turbe della personalità e a pericolose alterazioni psicologiche.

Chi nasce invidioso, si dice, muore invidioso, senza scampo. San Simpliciano non dava speranze: "L'invidia è la fonte di tutti i mali, intrighi, calunnie, sedizioni, tradimenti, vendette, guerre, che sempre hanno turbato il mondo e sempre lo turberanno".

La sola creatura di Dio che conosca l'invidia è l'uomo: finché esisterà ci sarà invidia. Tutti diciamo che l'erba del vicino, come vuole un proverbio, è sempre più verde ma bisogna riconoscere che non tutti siamo invidiosi banali e schiavi dei luoghi comuni: ci sono dei vicini la cui erba è veramente più verde.

Ma che vuol dire CLI?

La ricerca della nostra ONLUS

Intervista di **Filippo Stazi** a **Francesco Prati**



Francesco Prati

Stazi. *Nel 2013 abbiamo celebrato i 30 anni di attività della nostra Fondazione. La nostra ricerca ne compie invece 10 quest'anno. Tempo di bilanci?*

Prati. Ti rispondo con un aneddoto, a marzo al congresso dell'American College of Cardiology, mentre parlavo con un cardiologo statunitense, mi è stata rivolta una domanda che non mi aspettavo. "... Ho letto più lavori del vostro gruppo Ma che significa CLI?", riferendosi all'acronimo con cui intitoliamo una buona parte della ricerca della Fondazione.

"CLI Foundation" risposi, "traduzione inglese di Fondazione del Centro per la lotta Contro l'Infarto".

Sul momento non ci feci caso ma poi pensai che avere imposto un acronimo, un marchio, nel giro di pochi anni era un successo insperato.

A distanza di due settimane, mentre ero in Cina per una serie di seminari, sono stato presentato come il CLI-Foundation, Research Director. Ho capito allora che i 10 anni di ricerca in cardiologia erano serviti come contributo al mondo scientifico, con la visibilità che ne consegue.



Stazi. *Prova a riassumere con poche parole i filoni di ricerca più importanti e i traguardi raggiunti.*

Prati. Ti potrei dare dei numeri, ricordando che abbiamo pubblicato 108 lavori negli ultimi 10 anni.

Credo però che i nostri lettori e sostenitori siano più interessati ai concetti che ai numeri. Abbiamo validato clinicamente una tecnica fondamentale per studiare l'aterosclerosi e posizionare gli stent coronarici: l'OCT. Oltre ad avere coordinato due documenti di consenso pubblicati sull'European Heart Journal (il giornale della Società Europea di Cardiologia), ne abbiamo per primi documentato l'efficacia in cardiologia interventistica, dimostrando con gli studi CLI-OPCI I e II che è possibile migliorare la tecnica di impianto degli stent coronarici ed i risultati clinici [1,2]. Con lo studio CLI-pool abbiamo invece dimostrato quanto possa essere pericoloso curare in modo non soddisfacente una coronaria contenente molti depositi di colesterolo [3]. Editoriali pubblicati su JACC ed Eurointervention ci hanno dato la possibilità di diffondere questi concetti[4-8].

Stazi. *Ricordo anche gli studi sulla trombosi intracoronarica, su come prevenire la trombosi dello stent ed effettuare l'angioplastica nell'infarto, contesti clinici in cui si ingag-*



giano spesso difficili battaglie contro il trombo.

Prati. Sì, lo studio CLI-Thro ha dimostrato che spesso, la causa di una trombosi dello stent è il suo cattivo posizionamento [9]. All'OCT non sfuggono elementi anatomici che la normale angiografia talvolta non vede. Con gli studi COCTAIL I e II abbiamo invece valutato una nuova tecnica per curare meglio i pazienti infartuati: l'infusione locale in coronaria, mediante palloncino poroso, di un farmaco in grado di ridurre l'aggregazione piastrinica: l'abciximab [10,11].

Stazi. *Molti anatomopatologi sostengono che il futuro della cardiologia clinica sia comprendere l'aterosclerosi coronarica impiegando tecniche di imaging. In altri termini ritengono che solo lavorando nel paziente e non nel cadavere, e magari ripetendo studi nel tempo, si potranno aumentare le nostre conoscenze sull'infarto.*

Prati. Sì, sono d'accordo. Molte conoscenze sulla genesi dell'infarto sono scaturite da studi anatomopatologici. Da oltre 30 anni sappiamo che le placche cattive, che possono

causare l'infarto, sono composte da depositi superficiali di colesterolo. Le tecniche di imaging hanno permesso di raffinare questo concetto. Dimostrando che, per potere includere una lesione coronarica tra quelle cattive, è necessaria una placca aterosclerotica abbondante anche se spesso non in grado di causare un restringimento luminale all'angiografia.

Stazi. *Che cosa stiamo indagando con lo studio CLIMA?*

Prati. Il registro italiano CLIMA è un'iniziativa che vede la collaborazione tra la nostra Fondazione (CLI Foundation) e la GVM Care and Research, E.S. Health Science Foundation. Ha l'obiettivo di valutare l'incidenza di eventi cardiaci maggiori in oltre 500 pazienti con aterosclerosi coronarica, rilevata mediante OCT. Lo studio nasce dalla collaborazione di più centri italiani che dispongono di un follow-up clinico di almeno 12 mesi. La casistica italiana ha un grosso elemento di vantaggio rispetto agli altri paesi poiché si hanno a disposizione casi molto datati, che sono pertanto in grado di offrire lunghe osservazioni cliniche. Il registro CLIMA, più nello specifico, riguarda 500 soggetti in cui l'OCT è stato effettuato nell'arteria discendente anteriore. L'obiettivo è correlare gli aspetti anatomici rilevabili con l'OCT con gli eventi cardiaci (MACE) ottenuti al follow-up. Si valuterà in parti-

colare la presenza di infarto anteriore o di morte cardiaca, eventi da imputare a lesioni coronariche presenti nella discendente anteriore. Secondo i dati preliminari presentati al nostro congresso Conoscere e Curare il Cuore 2015 [12], i soggetti con un evento cardiaco importante (morte o infarto) presentavano lesioni con caratteristiche di instabilità in una percentuale molto più alta (60% vs. 15%) rispetto a coloro che non hanno avuto eventi clinici. (Vedi Figura 1).

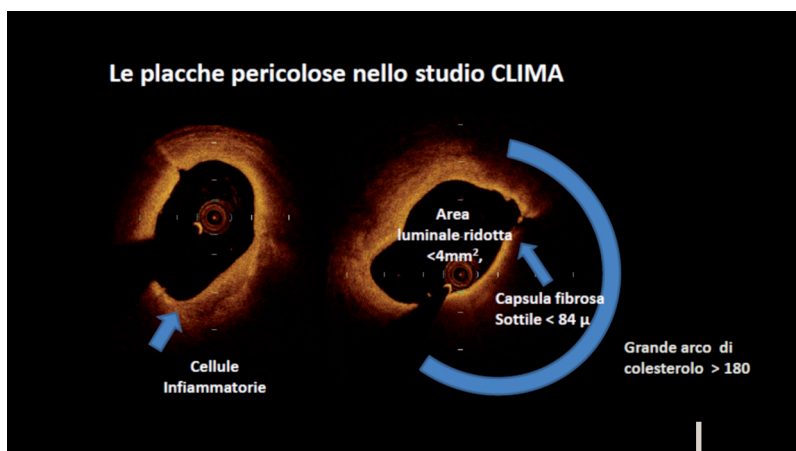


Fig. 1

Stazi. *È un dato nuovo e di grande interesse. Dalla letteratura sappiamo che le placche lipidiche superficiali con iniziale riduzione del lume vasale sono punti pericolosi. Lo studio sta mettendo in evidenza altre variabili importanti?*

Prati. Sì, grazie a studi recenti sappiamo che le lesioni che si comportano male hanno una componente infiammatoria più spiccata. Nel prossimo congresso Conoscere e Curare il Cuore 2016 probabilmente il CLIMA condotto con l'OCT confermerà questo dato.

Stazi. *Ritieni quindi che dobbiamo guardare le arterie da dentro per curare meglio i nostri pazienti?*

Prati. Penso proprio di sì e per questo stiamo partecipando a studi multicentrici sull'impiego delle tecniche di imaging intracoronarico per meglio comprendere la propensione delle placche vulnerabili a causare l'infarto.

Stazi. *Una volta individuate le placche cattive, come andranno trattate?*

Prati. Si sta studiando la possibilità di intervenire con gli stent bioassorbibili. Non escluderei però la possibilità di curare i pazienti con placche vulnerabili ricorrendo ad una terapia medica più aggressiva che faccia uso di farmaci ipolipemizzanti (esiste per esempio una nuova classe di farmaci, i CPSK9, che offre risultati molto promettenti) oppure di farmaci antiaggreganti a lungo termine.

Stazi. *Interessante, si passa dal concetto di "vulnerabilità" di placca a quello di "vulnerabilità di paziente". Nell'ottica di stabilizzare l'aterosclerosi, pensi che l'OCT possa essere impiegato per comprendere se l'aterosclerosi risponda bene ad un farmaco.*

Prati. Penso di sì e per questo abbiamo condotto gli studi CLI-VAR I, II e III [13,14]. Abbiamo dimostrato che è possibile individuare esattamente lo stesso segmento coronarico in studi successivi utilizzando la tecnica OCT ed impiegando un software (Carpet View) che fisici con cui collaboriamo hanno messo a punto. Si potrà finalmente dimostrare che impiegando il far-

maco giusto cambia la composizione della placca aterosclerotica, assumendo nel tempo un aspetto meno cattivo, con meno colesterolo e meno cellule infiammatorie.

Stazi. *Ci sono in cantiere anche studi sull'aterosclerosi periferica? È infatti risaputo che chi ha le arterie del cuore ammalate spesso presenta restringimenti anche nelle arterie del collo o degli arti inferiori.*

Prati. Ci stiamo lavorando. In questo campo è fondamentale il ruolo dei ricercatori della GVM Care and Research, E.S. Health Science Foundation, che da anni si occupa di aterosclerosi periferica.

Stazi. *Non hai ancora parlato di un'altra metodica: l'IVUS NIRS. Di cosa si tratta?*

Prati. La tecnica IVUS NIRS è una metodica invasiva che permette di abbinare l'ecografia intracoronarica con la spettroscopia della luce ad infrarossi. Rappresenta un importante passo in avanti per studiare l'aterosclerosi essendo l'unica metodica che può identificare e quantificare le formazioni lipidiche (i depositi di colesterolo), un elemento che caratterizza le placche aterosclerotiche più "cattive", in grado di causare l'infarto miocardico. I risultati sono molto interessanti poiché, oltre a poter migliorare le procedure di angioplastica, permettendo il trattamento ottimale per le placche ricche di colesterolo, si propone come un importante strumento di ricerca, nell'obiettivo di identificare le lesioni coronariche a rischio di infarto, caratterizzate da grosse formazioni di colesterolo. Stiamo analizzando i dati dello studio CLI-OPPOSITE, sulle lesioni coro-

nariche responsabili dell'infarto e su le altre placche che osserviamo nei soggetti con infarto ma che non ne sono responsabili. Lo studio, non ancora pubblicato, prevede l'impiego di due tecniche intracoronariche (l'IVUS NIRS e l'OCT) per affinare ulteriormente l'interpretazione dell'aterosclerosi. (Vedi Figura 2).

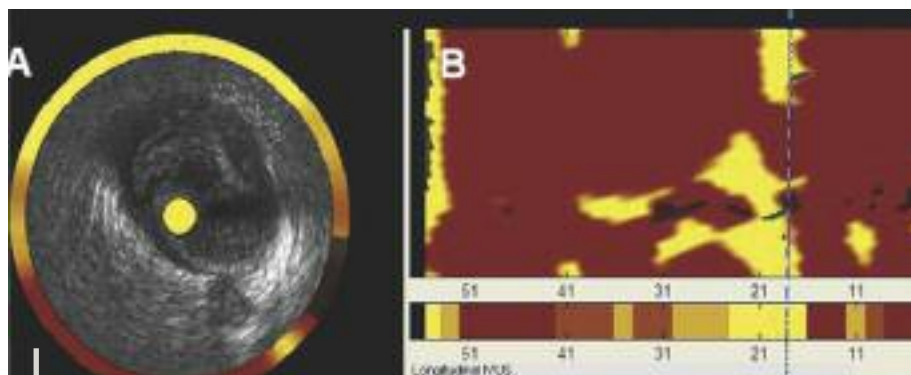


Fig. 2

Stazi. *Studiare l'aterosclerosi per prevenire l'infarto, l'ictus ed in generale le malattie delle arterie. È un obiettivo molto ambizioso. Lasciami però fare l'avvocato del diavolo. Non credi che la nostra ricerca sia troppo monotematica?*

Prati. Forse. Credo però che un gruppo debba affrontare bene un argomento di ricerca. Il nostro campo è l'aterosclerosi in tutte le sue sfaccettature. Si tratta di un orizzonte molto vasto, perché l'aterosclerosi coinvolge più organi e rappresenta la prima causa di morte nel mondo occidentale. Non escludo però che a partire dal prossimo anno si inizino altri filoni di ricerca: lo scompenso cardiaco, una patologia purtroppo in costante aumento e le aritmie.

Stazi. *Rimanendo all'aterosclerosi, non conviene impiegare tecniche di imaging non invasivo, come la TAC o la risonanza magnetica per comprendere il rischio di infarto, invece di ricorrere ad esami invasivi che richiedono l'inserimento di sonde intracoronariche?*

Prati. Buona domanda. Chiunque vorrebbe studiare l'albero coronarico con una semplice TAC invece di inserire una sonda nelle coronarie e non c'è dubbio che vorremmo, in un futuro non lontano, trasferire

le informazioni delle tecniche intracoronariche a metodiche non invasive, in primo luogo la TAC. Al momento però le informazioni che otteniamo con OCT oppure IVUS NIRS sono insostituibili. Pensa che la risoluzione dell'OCT è di soli 15 microns, un livello di precisione che permette quasi di studiare le cellule. L'IVUS NIRS è poi l'unica tecnica in grado di quantificare con attenzione la componente lipidica.

Stazi. *D'altronde la nostra Fondazione ha acquistato recentemente una TAC di ultima generazione, con l'obbiettivo di stratificare il rischio dei singoli soggetti, con o senza fattori di rischio, e per comprendere se dolori al petto siano da ricondurre o meno a malattia coronarica. La TAC non avrà la riso-*

luzione dell'OCT ma si impiega in clinica sempre di più!

Prati. È vero. Ha un ruolo centrale nei nostri programmi di prevenzione. La presenza di calcio al semplice "calcium score", come surrogato dell'aterosclerosi, permette di valutare il rischio di andare incontro ad un infarto. Non a caso chi presenta depositi aterosclerotici viene indirizzato come da protocollo della nostra Fondazione a terapia con aspirina e statina. Ricordiamo poi che un recente lavoro pubblicato sul Journal of the American College of Cardiology dal gruppo del Dr Narula dimostra che la valutazione della placca aterosclerotica non invasiva mediante TAC può individuare i soggetti a rischio di infarto [15].

Credo che rappresenti già un bel passo in avanti!

Bibliografia

- 1) **CLI-OPCI I - Prati F, Di Vito L, Biondi-Zoccai G et al.** Angiography alone versus angiography plus optical coherence tomography to guide decision-making during percutaneous coronary intervention: the Centro per la Lotta contro l'Infarto-Optimisation of Percutaneous Coronary Intervention (CLI-OPCI) study. *EuroIntervention* 2012;8:823-829
- 2) **CLI-OPCI II - in press JACC Imaging**
- 3) **CLI-Pool - Imola F, Mallus MT, Ramazzotti V et al.** Quantification of manual thrombus removal in patients with acute coronary syndromes: a study exploiting serial frequency domain-optical coherence tomography. *J Cardiovasc Med* 2015;16:204-212
- 4) **Waksman R, Kitabata H, Prati F et al.** Intravascular Ultrasound vs Optical Coherence Tomography Guidance. Perspective: I would choose OCT over IVUS. *J Am Coll Cardiol* 2013; 62: (17 S) S32-40
- 5) **Prati F, Albertucci M.** Searching between the plaques layers to understand the past and predict the future. *J Am Coll Cardiol* 2014;63:2217-2219
- 6) **Stone PH, Coskun AU, Prati F.** Ongoing Methodological Approaches to Improve the In Vivo Assessment of Local Coronary Blood Flow and Endothelial Shear Stress: The Devil Is in the Details. *J Am Coll Cardiol* 2015;66:136-138
- 7) **Prati F, Ramazzotti V.** The artery under the lens. *EuroIntervention* 2010;6:15-17
- 8) **Prati F, Zimarino M.** L'imaging della placca vulnerabile: siamo vicini al suo ingresso nella pratica clinica? *G Ital Cardiol* 2010;11:367-376
- 9) **Prati F, Kodama T, Romagnoli E et al.** Suboptimal stent deployment is associated with subacute stent thrombosis: Optical coherence tomography insights from a multicenter matched study. From the CLI Foundation investigators: the CLI-THRO study. *Am Heart J.* 2015;169:249-256
- 10) **COCTAIL I - Prati F, Capodanno D, Pawlowski T et al.** Local delivery versus intracoronary infusion of abciximab in patients with acute coronary syndromes. *JACC Interv* 2010;3:928-934
- 11) **COCTAIL II - in press Am Heart Journal**
- 12) **Marco V, Gatto L, Prati F.** Esistono placche coronariche ad alto rischio di infarto? I dati del Registro CLIMA sull'impiego dell'OCT. Atti XXXII edizione del Congresso "Conoscere e curare il cuore". Firenze, Marzo 2015, pag. 241-246
- 13) **Fedele S, Biondi-Zoccai G, Kwiatkowski P et al.** Reproducibility of coronary Optical Coherence Tomography for lumen and length measurements in humans (The CLI-VAR [Centro per la Lotta contro l'Infarto-VARiability] Study). *Am J Cardiol* 2012;110:1106-1112
- 14) **Paoletti G, Marco V, Romagnoli E.** Reproducibility of serial optical coherence tomography measurements for lumen area and plaque components in humans (The CLI-VAR II Study. *J Cardiovasc Imaging* in press).
- 15) **Motoyama A, Ito H, Sarai M et al.** Plaque characterization by coronary computed tomography angiography and the likelihood of acute coronary events in mid-term follow-up. *JACC* 2015;46: 336-346



La palla di Tiche

a cura di **Franco Fontanini**

Tiche, imperscrutabile figlia di Zeus, amava giocare. Chi veniva colpito dalla sua palla moriva perchè il suo cuore cessava di battere.

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

Maria Montessori: la diffusione del Metodo, Mussolini e gli anni in India (parte seconda)

di **Paola Giovetti**

Le tante traduzioni del *Metodo*, i viaggi di Maria Montessori e i suoi personali successi, l'entusiasmo degli allievi fecero sì che le scuole Montessori si moltiplicassero in Italia e all'estero. Gli anni del fascismo videro per qualche tempo una collaborazione tra Maria Montessori e Benito Mussolini, che avevano reciprocamente bisogno uno dell'altro, lei per diffondere la sua pedagogia e avere appoggio per la creazione di nuove scuole, lui per alfabetizzare la nazione. Col tempo però, con la sempre maggiore in-



Maria e Mario Montessori

gerenza del regime nei programmi scolastici, le leggi razziali, il crescente militarismo di Mussolini, la buona intesa andò in frantumi. Quando nel 1934 Hitler e Mussolini chiusero tutte le scuole Montessori in Italia, Austria e Germania la frattura divenne completa: Maria Montessori e il figlio Mario, che nel frattempo si era sposato negli Stati Uniti, aveva avuto quattro figli che in seguito vissero in Europa, spesso con la nonna, e si era separato, lasciarono l'Italia e non vi ritornarono che per brevissimi periodi. Vissero prima in Spagna poi in Inghilterra e infine in Olanda, una nazione che si era sempre mostrata particolarmente sensibile alla pedagogia montessoriana e che divenne la residenza definitiva della famiglia Montessori.

In Olanda nel 1939 Maria Montessori ricevette la visita di George Arundale, inglese, educazionista, presidente della Società Teosofica e di sua moglie Rukmini Devi, grande danzatrice e donna di cultura, che la invitarono a recarsi in India a tenere un corso per insegnanti.

Due parole sulla Società Teosofica, alla quale Maria Montessori aveva aderito fin dal 1899. Fondata nel 1875 a New York da Helena Petrovna Blavatsky, nobildonna russa dalle grandi doti psichiche, che aveva viaggiato tutto il mondo e in India e Tibet ave-

va incontrato quelli che chiamò “maestri di saggezza” che le avevano dato particolari insegnamenti, la Società Teosofica si basa su tre principi fondamentali: fratellanza universale indipendentemente da razza, ceto sociale, religione e sesso, studio comparato delle religioni, delle filosofie e delle scienze, stu-



Madras (attuale Chennai)

dio delle leggi inesplorate della natura e dei poteri latenti dell'uomo. È ben comprensibile come aderendo a questi principi Maria Montessori non potesse essere in accordo con Mussolini quando questi aderì al pensiero di Hitler.

Negli anni Ottanta il Quartier Generale della Società Teosofica era stato portato in India, ad Adyar presso Madras e per aiutare la popolazione locale erano state fondate centinaia di scuole. Anche da questo punto di vista quindi, la sintonia tra Maria Mon-



tessori e la Società Teosofica era piena. L'invito a recarsi in India, supportato anche da lettere del *mahatma* Gandhi, che Maria aveva personalmente incontrato in Inghilterra e Italia, e del poeta Tagore, che era vicepresidente della Società Teosofica, fu accettato e nell'autunno di quello stesso anno Maria partì per Madras insieme al figlio. Il viaggio avvenne in aereo; da Dehli a Madras l'aereo pilotato da Maria Montessori fu personalmente pilotato da Mr. Tata, il grande imprenditore che aveva voluto con quel gesto riconoscere l'importanza e il valore del viaggio della pedagoga in India. Il corso fu un successo: 300 insegnanti giunti da tutte le parti del subcontinente indiano seguirono per quattro mesi gli insegnamenti di Maria Montessori, che in India si sentiva a casa ed era felice, come dimostrano le fotografie di quel tempo e la vasta documentazione esistente: ho avuto modo di consultarla personalmente, nel corso di due ap-

positi soggiorni, nella biblioteca e negli archivi della splendida sede della Società Teosofica ad Adyar. Maria non conosceva l'inglese e Mario provvedeva alla traduzione. Il soggiorno indiano si prolungò a causa dello scoppio della guerra: essendo l'Italia entrata nel conflitto a fianco della Germania, i Montessori furono ritenuti alleati del nemico e non poterono ripartire. Mario addirittura fu imprigionato per qualche tempo e a Maria fu impedito di lasciare Adyar. Ci fu una mobilitazione internazionale e quando si seppe che i Montessori avevano lasciato l'Italia per dissidi con Mussolini, furono restituite loro molte libertà, di cui approfittarono per tenere corsi in altre città e continuare le osservazioni con i bambini del posto. Misero a punto in quegli anni, anche grazie a Mario che aveva una formazione scientifica, la cosiddetta "educazione cosmica", ovvero l'osservazione dell'ambiente e il coinvolgimento dei bambini con la natura; nacquerò i progetti per la pace, le osservazioni sui neonati. Un periodo di grandi scoperte che Maria Montessori descrisse in alcuni dei suoi libri di maggior successo. In India Maria era venerata come una divinità, come un grande *guru* venuto a portare a compimento una missione.

I Montessori rientrarono in Europa nel 1946, un anno dopo la fine del conflitto e poco dopo Mario sposò l'olandese Ada Pierson, che si era presa cura dei suoi figli durante gli anni che lui aveva trascorso in India e che fin dal 1934, quando era ancora studentessa, insieme alla sua famiglia, aveva attivamente promosso in Olanda il lavoro di Maria Montessori. Ada

riuscì ad accettare il rapporto simbiotico madre-figlio, nel quale seppe inserirsi in maniera intelligente, armoniosa e serena. Maria e Mario Montessori ritornarono in India nel 1947, rimanendovi altri due anni, fino al 1949: complessivamente quasi dieci anni di soggiorno che hanno lasciato grandi frutti. In India tuttora le scuole Montessori sono diffusissime: le mamme indiane non dicono: “Porto mio figlio al Kinderheim” ma “Porto mio figlio a Montessori”. Nel 2009, per celebrare i 70 anni dell’andata in India di Maria Montessori è stato organizzato a Madras un grande congresso internazionale, al quale ho partecipato, che ha visto la presenza di oltre 700 persone provenienti da tutto il mondo. Tra questi anche ex allievi di Maria che ho avuto modo di incontrare e intervistare. Ho utilizzato questo materiale per il mio libro *Maria Montessori - Una biografia* (Edizioni Mediterranee, Roma, 2009).

Rientrata in Europa nel 1949, Maria Montessori riprese la sua vita nomade, viaggiando in molti paesi per tenere conferenze e corsi. Morì improvvisamente in Olanda nel 1952 per emorragia cerebrale, mentre stava progettando di recarsi in Ghana, un Paese che aveva da poco ottenuto la sua autonomia e che le aveva chiesto aiuto per l’istruzione dei maestri e l’alfabetizzazione della popolazione: fedele fino all’ultimo alla causa del bambino, al compito di contribuire al miglioramento dell’umanità attraverso l’attenzione ai piccoli.

Mario Montessori è vissuto altri trent’anni (morì in Olanda nel 1982), continuando sempre a portare avanti il lavoro della madre al quale certamente ha dato un contributo importante. Oggi le scoperte di Maria Montessori sono in ogni scuola, in ogni progetto educativo, anche se non sempre ne viene riconosciuta apertamente la fonte.

tra i libri ricevuti

Come mangiano i leoni...

“Come mangiano i leoni...” è un libro da leggere assolutamente!

Il concetto fondamentale è che per dimagrire davvero, quindi non solo per poche settimane o qualche mese, non sono sufficienti le diete, i conteggi calorici o i sacrifici estremi, bisogna ridefinire il nostro rapporto con il cibo. Mangiare è una delle attività umane su cui maggiormente si sovrappongono e, spesso, si confondono stimoli sia di natura fisiologica che psicologica. Si mangia per solitudine, si mangia per noia, si mangia per rabbia, si mangia per molte ragioni e spesso si chiama fame un bisogno dell’anima piuttosto che una necessità del corpo. Questa non è vera fame: sono emozioni! Cercare di tacitare le emozioni con il cibo è un atto che inevitabilmente è destinato al fallimento e che produce un contemporaneo aumento di peso. È quindi indispensabile capire cosa è fame e cosa non lo è per poi cominciare a mangiare ... come mangiano i leoni, che lo fanno solo quando sono veramente affamati, senza distrarsi e limitandosi ad introdurre solo la quantità di cibo di cui hanno davvero bisogno. L’autore trae dalla sua lunga esperienza lavorativa lo spunto per trattare tutte queste tematiche con garbo, ironia e soprattutto tanto affetto per chi è in continua lotta con il grasso in eccesso. Da tenere sempre a mente, infine, il simpatico mantra continuamente ripetuto nel libro, in cui Rando sintetizza il suo pensiero: mangiare almeno tre volte al giorno, con calma, con piacere, con amore e con attenzione!



F.S.



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.

Qualche secondo di buonumore

I 7 PRINCIPI DELLA DONNA

1. La donna non parla scambia informazioni
2. La donna non tradisce si vendica
3. La donna non si ubriaca entra in stato di allegria
4. La donna non offende è solo sincera
5. La donna non grida prova le sue corde vocali
6. La donna non soffre per amore entra solo in contraddizione con i suoi sentimenti
7. La donna non inganna l'uomo mette in pratica quello che ha imparato da lui



- “Mi sono fatto la casa nuova. L’ho voluta tutta tonda”.
“Come mai così strana?”
“Perché mia suocera quando ha saputo che mi facevo la casa nuova mi ha chiesto se ci sarà un angolo anche per lei!”
- Cosa dice un muro ad un altro muro? Incontriamoci all’angolo

Parole che aiutano a vivere

di Bruno Domenichelli



Rassegnazione

- Ma il sacrilegio più terribile è rassegnarsi alla condanna ineludibile dell'ombra di Caino. L'indifferenza ha spento anche il pianto delle madri nascoste nelle caverne.

Rimpianti

- Dissi: mi fermerò domani a guardare gli arcobaleni della vita, oggi non ho tempo. Quando mi fermai e finalmente ebbi tempo, fu il vento a non avere più voci per me.
- È già lontano il giorno in cui cogliemmo frutti di sole rubati nell'aranceto verde del tempo.

Rinnovamento

- Fermati, prima che scenda la sera; getta il tuo abito grigio di fumo e indossa il tuo vestito di piume iridescenti. Il vento spezzerà per te scaglie di diamante nell'azzurro del tuo cielo e ti farà limpido il volto.

Rondini

- Voli di rondini, precipitate dal cielo, come tracce splendenti graffiate dall'immaginazione sulla pellicola nera di consuete abitudini e di vuoti riti quotidiani.



RIMPIANTI

R. Guttuso: *Aranceto*,
1957

È già lontano il giorno in cui cogliemmo frutti di sole rubati nell'aranceto del tempo.

Sacrilegio

- Precipitano pietre e sabbia dolente dai calanchi impietosi del nostro itinerario smarrito. E si aprono voragini vuote, scavate dal sacrilegio di non saper vivere.

Sardegna

- Il vento ha scavato nel granito generazioni di preistorici mostri, usciti dalle caverne del Tempo. Là dove il cuore balza nell'agguato improvviso del nuraghe comparso nel silenzio della macchia del verde.

Segni

- Fra gli archi ombrosi del chiostro, a tutti raccomandava di non lasciarsi sfuggire il "segno", quel decisivo, imprevedibile segno che ci attende con silenziosa pazienza in una piega della vita: piuma di gabbiano nel vento, forse, o canto di grilli nella notte.

Silenzio

- Il silenzio è una luce che si accende dentro di noi per illuminare immagini e ricordi che credevamo dimenticati per sempre.
- Nel silenzio l'intensità della gioia si dilata come cerchi concentrici sulla superficie di un lago e la felicità si esalta.
- Silenzio è prateria verde senza alberi, dove l'occhio riposa; è mare d'autunno. È la traccia ondulata degli sci nell'anfiteatro bianco della montagna; spazi chiari e vuoti dove il cuore placa i suoi battiti.

Similitudini

- Chiavi magiche per aprire i cancelli dei giardini della poesia.
- Similitudini: invenzioni dell'immaginazione nell'attimo misterioso della creatività. Ricerca di ciò che unisce separati universi.

Sinfonia

- Le note disegnano flessibili scale di scintillanti fili lunari; la musica prende per mano l'anima, accompagnandola a comprendere il mistero degli abissi dei cieli stellati.



SINFONIE

W. Kandinskj - *Composizione*.
Musiche dialogano con i colori; e insieme all'esplosione dei colori prendono per mano l'anima e l'accompagnano a comprendere i misteri del pensiero e degli abissi dei cieli stellati.

Niente di nuovo sotto il sole

A Roma vi sono sempre più strade, anche dotate di marciapiedi ampi, in cui il cammino è reso problematico dall'ingombrante presenza delle bancarelle dei venditori ambulanti, i cosiddetti *vu cumprà*. Il problema non è nuovo ed esisteva già ai tempi dell'antica Roma. Nella capitale dell'Impero il traffico era infatti caotico e congestionato anche per la presenza dei tanti venditori abusivi che esponevano in strada la propria mercanzia. La situazione si aggravò nel corso degli anni fino a che l'imperatore Domiziano (81-96 d.C.) fu costretto a promulgare un editto col quale si proibiva tale tipo di commercio in strada. Per celebrare l'avvenimento il poeta Marziale, moralista implacabile e severo fustigatore dei costumi dei suoi concittadini, scrisse un epigramma da cui sono stati presi i versi che seguono:



*Tutta la città era ormai preda dello sfrontato merciaio
E dove c'era un sentiero è tornata ad essere strada
Ora Roma è di nuovo Roma
Mentre prima era una unica, grande bottega*

Passano i millenni, si modificano le forme ma la sostanza rimane sempre la stessa.

F.S.

Il cuore fa gli esami: l'elettrocardiogramma

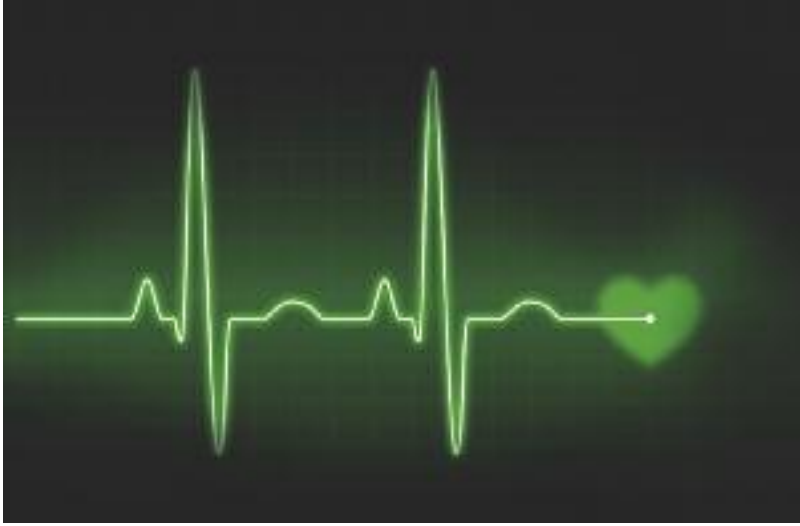
di Filippo Stazi

L'elettrocardiogramma (ECG) altro non è che la rappresentazione grafica, stampabile e trasmissibile, dell'attività elettrica del cuore. Il muscolo cardiaco, infatti, nel suo ritmico contrarsi e rilassarsi crea una corrente che può essere registrata mediante l'applicazione sulla superficie del corpo di alcuni elettrodi. L'elettrocardiogramma comprende usualmente

dodici derivazioni che si registrano applicando le sei classiche pompette sul torace e le quattro pinze sugli arti. Le derivazioni sono diverse proiezioni da cui si vede l'attività elettrica cardiaca. Ogni derivazione, cioè, riflette l'attività elettrica di una porzione del cuore. Quale delle derivazioni presenti eventualmente delle alterazioni ci dà delle indicazioni sulla sede della lesione a livello cardiaco. Oltre le dodici derivazioni standard si possono registrare anche delle derivazioni aggiuntive che vanno ad esplorare quelle parti del cuore che sono generalmente meno interessate da problemi cardiaci quali il ventricolo destro con le cosiddette derivazioni destre e la parete posteriore del cuore con le derivazioni posteriori. L'elettrocardiogramma è un esame diagnostico antico, il primo forse vero esame diagnostico cardiologico ma

a tutt'oggi, pur essendo un esame di primo livello, fornisce delle informazioni che non sono sostituibili né ottenibili con nessun altro tipo di accertamento. L'elettrocardiogramma, infatti, ci dà innanzitutto la possibilità di fare diagnosi del corretto ritmo cardiaco e di distinguere quindi il normale ritmo,





curamente vediamo, ciò deriva dal fatto che una caratteristica dell'elettrocardiogramma è che esso condanna ma non assolve, vale a dire tutto ciò che noi vediamo all'elettrocardiogramma sicuramente c'è però ci possono

quello sinusale, dalla presenza di eventuali aritmie: extrasistoli, sopraventricolari e ventricolari, flutter atriale, fibrillazione atriale, tachicardie sopraventricolari e ventricolari, bradiaritmie e blocchi atrioventricolari. Inoltre l'elettrocardiogramma è l'esame di elezione per la diagnosi di infarto miocardico. In caso infatti di infarto acuto del miocardio, cioè nel corso delle prime ore dalla comparsa dell'infarto, si possono avere in genere delle alterazioni dell'elettrocardiogramma che permettono di distinguere l'infarto in due grosse famiglie; l'infarto con il sopraslivellamento del segmento ST e l'infarto senza sopraslivellamento del segmento ST. Il sopraslivellamento del segmento ST è semplicemente lo slivellamento verso l'alto di un tratto dell'elettrocardiogramma, il tratto ST appunto, che normalmente è piatto. Alla diversa presentazione elettrocardiografica consegue una differente strategia terapeutica. Se l'elettrocardiogramma viene registrato in un momento più tardivo dell'infarto miocardico, ossia nelle giornate successive all'evento acuto, possiamo non trovare più le alterazioni del segmento ST ma potremo trovare la presenza di onde cosiddette Q che sono l'espressione elettrica del pregresso, ormai passato, infarto miocardico. Abbiamo fin qui detto che possiamo vedere ma non che si-

essere anche cose che noi non vediamo. Ad esempio un'alterazione di un segmento cardiaco non esplorabile con l'elettrocardiogramma può non essere individuato dall'elettrocardiogramma ma essere ugualmente presente. Sono i cosiddetti casi d'infarto con elettrocardiogramma apparentemente normale; generalmente essi sono dovuti ad alterazioni della circolazione a carico dell'arteria circonflessa, una delle arterie coronarie che portano il sangue al muscolo cardiaco e che è tributaria della regione posterolaterale del cuore che è appunto una delle regioni meno visibili con l'elettrocardiogramma. In questi casi la diagnosi d'infarto può comunque essere formulata avvalendosi di ulteriori accertamenti diagnostici quali l'ecocardiogramma e gli esami di laboratorio. Un altro aspetto particolare dell'elettrocardiogramma è che questo fa vedere quello che c'è nel momento in cui registriamo l'elettrocardiogramma, registrazione che in genere dura solo pochi secondi, nulla di quello che succede prima e nulla di quello che succede dopo. La normalità dell'elettrocardiogramma in quei pochi secondi non ci assicura che l'elettrocardiogramma sia normale anche nei minuti precedenti o successivi. Un esempio può rendere più chiaro il concetto: nel caso di un attacco di angina pectoris, cioè

di una forma transitoria di ischemia del miocardio, che clinicamente si manifesta in genere con la comparsa di dolore toracico, l'elettrocardiogramma usualmente presenta alterazioni che sono concomitanti alla presenza del dolore e che regrediscono quando questo cessa. Se eseguiamo l'elettrocardiogramma mentre il paziente presenta il dolore al petto abbiamo un'alta probabilità di osservare le alterazioni elettrocardiografiche. Se però noi otteniamo l'elettrocardiogramma prima che il paziente abbia dolore o dopo che la sua sintomatologia è scomparsa possiamo trovare un elettrocardiogramma assolutamente normale. In altri casi, invece, possiamo trovare delle alterazioni anche a distanza dall'episodio di dolore e questo è in genere espressione di una maggiore gravità della cardiopatia. Ancora una volta l'elettrocardiogramma condanna ma non assolve. O ancora, è classico il caso del paziente che va dal cardiologo perché lamenta palpitazioni "dottore, dottore io sento continuamente il cuore che batte come un treno, sento il cuore che va per i fatti suoi, sento un battito d'ali, sento un rullo di tamburo". Il cardiologo esegue l'elettrocardiogramma e l'elettrocardiogramma è perfettamente normale. Il paziente è sano? No, non necessariamente. Potrebbe esserlo e potrebbe non esserlo. Potrebbe solo essere che in quei pochi secondi in cui noi abbiamo registrato l'elettrocardiogramma non è comparso nessun episodio aritmico cosa che, maliziosamente, il cuore spesso fa. Nel momento in cui viene osservato si comporta da bravo scolarotto per poi fare le bizze appena il cardiologo è uscito dalla stanza. In questo caso sarebbe opportuno cercare

di registrare l'elettrocardiogramma nel momento del sintomo ma, quando questo è di breve durata, la cosa è pressoché impossibile. Ci viene in aiuto la registrazione Holter la quale, allungando la durata della campionatura elettrocardiografica a 24 ore è in genere in grado di fornire maggiori informazioni che un semplice elettrocardiogramma tradizionale.

Una cosa importante che tutti i pazienti dovrebbero ricordare è che l'elettrocardiogramma, come abbiamo già detto, è un esame fondamentale, imprescindibile, e che non è corretto, nella stratificazione diagnostica di un paziente, ometterlo. Si vedono spesso pazienti che, informati in maniera più o meno approfondita (non dimentichiamo che siamo nel tempo della comunicazione mordi e fuggi via internet) tendono a fare esami più sofisticati: elettrocardiogramma da sforzo o ecocardiogramma prima ancora di aver eseguito un elettrocardiogramma. L'iter diagnostico corretto deve invece sempre prevedere una raccolta approfondita dell'anamnesi, cioè della storia clinica precedente e dei sintomi attuali, la valutazione dell'esame obiettivo, cioè la visita medica vera e propria durante la quale il medico mette le mani sul corpo del paziente e poi l'elettrocardiogramma. Sarà il responso di questi tre elementi ad indirizzare sulla necessità o meno di procedere ad ulteriori accertamenti diagnostici. Teniamo però bene a mente che molto spesso è sufficiente un'attenta raccolta anamnestica, una visita accurata ed un elettrocardiogramma ben eseguito per soddisfare a pieno le esigenze diagnostiche dalla maggior parte dei pazienti.

Per caso

di Eligio Piccolo

Ricordo un mio professore di farmacologia, uomo all'antica, cui piaceva l'ingresso con suspense nell'emiciclo per la lezione accademica; alto, imponente, vestito di camice bianco senza cinto alla Charcot, si passava la mano con ampio gesto teatrale sulla barba grigia, a guisa di un ricercatore dell'ottocento. Egli era solito dire che il dottor Alexander Fleming scopse per caso il primo antibiotico della storia, la penicillina. Così come per caso, dopo la caduta della mela in testa, Newton pensò e formulò la legge della gravitazione universale. Naturalmente, preciserebbe il politico colto, entrambi avevano il know-how, la conoscenza adeguata affinché da una semplice osservazione si potesse concepire un fenomeno tanto im-



Cristoforo Colombo e una delle tre caravelle

portante. Fleming, nel riordinare il suo laboratorio dove si erano accumulate nel tempo vecchie piastre di vetro per la cultura dei batteri, osservò che la muffa ne aveva distrutto le colonie. Lì per lì non ci fece caso, come non ce lo fece un veterinario italiano (raccontava sempre quel mio professore) che descrisse lo stesso fenomeno ma non proseguì oltre nelle ricerche che furono invece intraprese dal ricercatore scozzese cui in un momento di distensione e di ripensamento venne l'idea che nella muffa ci doveva essere un fattore distruttivo per gli agenti patogeni. Era infatti il *penicillium notatum* che consentì dopo 12 anni la costruzione della penicillina.

Per caso sono state fatte molte altre scoperte in scienza e in medicina nell'era moderna. Così, ad esempio, che la zanzara fosse il veicolo della malaria venne in mente a chi osservò che una banale zanzariera proteggeva da questa malattia. E ripensando alla malaria della quale il chinino divenne l'antidoto, un altro insigne ricercatore olandese, Wenckebach, suggestionato dal racconto di un mercante di sua conoscenza che usava questo farmaco anche per interrompersi un'aritmia, mise in moto una ricerca che consentì la scoperta di un suo derivato più efficace, la chinidina, farmaco che rimase unico per molti anni nella cura della fibrillazione atriale. Così come per caso a un semplice assistente chirurgo venne l'idea di collegare due fili elettrici a una presa di corrente per far ripartire un cuore che aveva smesso di battere e certamente allora egli non poté render-

si conto che quel semplice accorgimento da elettricista aveva dato inizio al defibrillatore esterno e impiantabile cui dobbiamo il salvataggio di milioni e milioni di vite.

Vi sono poi le innumerevoli scoperte ottenute mentre si pensava di andare in tutt'altra direzione, la cosiddetta serendipity, parola che deriva da un'antica favola dello Sri Lanka. La più famosa di queste sorprese è di certo la scoperta dell'America mentre Colombo pensava di essere arrivato nelle Indie e poi quella dei raggi X mentre Röntgen indagava sul passaggio di corrente attraverso i gas; ma anche quella del forno a microonde e perfino, si dice, delle patatine fritte, per arrivare più recentemente al viagra, farmaco che secondo i ricercatori della Pfizer doveva servire ad aiutare le coronarie malate e che ha dato invece un aiuto a coloro il cui cuore funziona meglio dell'organo riproduttivo. E a questo proposito sembra azzeccata la definizione che un biomedico dette della serendipità: "è come cercare un ago nel pagliaio e trovarci la figlia del contadino".

Per il medico che cura i malati il "per caso" è un fattore che deve far meditare perché si inserisce in quel complesso meccanismo mentale dove le cognizioni mediche, l'esperienza sui tanti casi curati, la necessità di far presto, l'uzzolo di essere più brillante di altri colleghi, l'empatia con il paziente che ci sta di fronte e il sovraccarico di una giornata faticosa giocano certamente un ruolo importante. Lasciare al tempo di essere galantuomo e permettere al cervello di reset-



Dr. Daniel Levitin

tare il tutto, può consentire a quel “per caso” di far nascere l’idea giusta, la diagnosi più corretta. Daniel Levitin, professore di neuroscienze della Stanford University in California, sostiene che il nostro cervello oscilla fra una specie di impegno attivo, detto anche “sistema esecutivo centrale”, quando siamo concentrati a risolvere senza distrazioni una qualsiasi operazione, e uno stato opposto di rilassamento, detto anche “sogno ad occhi aperti”, durante il quale si verificano le migliori intuizioni. Nel primo

quindi si attua un’accumulazione forzata e quasi impietosa di dati, che solo nella fase distensiva di “riordino” possono essere utilizzati, si capisce da chi ne ha le capacità, per formulare un’idea, anche geniale. Un mio amico, dopo aver ascoltato queste argomentazioni, che devo riconoscere non così facili da razionalizzare, mi ha detto: “sì, sì, ho capito, è come quando faccio le parole crociate, se lascio sedimentare per uno-due giorni un cruciverba difficile, poi riesco a risolverlo”.

Pillole di romanesca saggezza

Chi soffia su la cenere se ne j’empie l’occhi
La catena nun ha fatto mai un bon cane
Speroni mii e cavallo d’antri
Non tutti li bovi ‘sso da mette ne la stessa stalla
Morta la vacca, finita la soccia (società)

F.S.

Fresche fresche (ma anche no) dalla Francia

di Salvatore Milito



Marcel Proust

“L'istinto detta il dovere, l'intelligenza fornisce i pretesti per eluderlo”
(*Marcel Proust*).

“La musica è forse l'unico esempio di ciò che sarebbe potuto essere - se non ci fosse stata l'invenzione del linguaggio, la formazione delle parole, l'analisi delle idee - la comunicazione delle anime fra loro”
(*Marcel Proust*).

“L'assenza è, per colui che ama, la più sicura, la più efficace, la più vivace, la più indistruttibile, la più fedele delle presenze” (*Marcel Proust*).

“L'avvenire non appartiene a nessuno. Non ci sono precursori, esistono solo i ritardatari” (*Marcel Proust*).

“La saggezza è essere folli quando le circostanze ti dicono che ne vale la pena” (*Marcel Proust*).

“Gli uomini fanno errori, i grandi uomini sono quelli che confessano di avere sbagliato” (*Voltaire*).

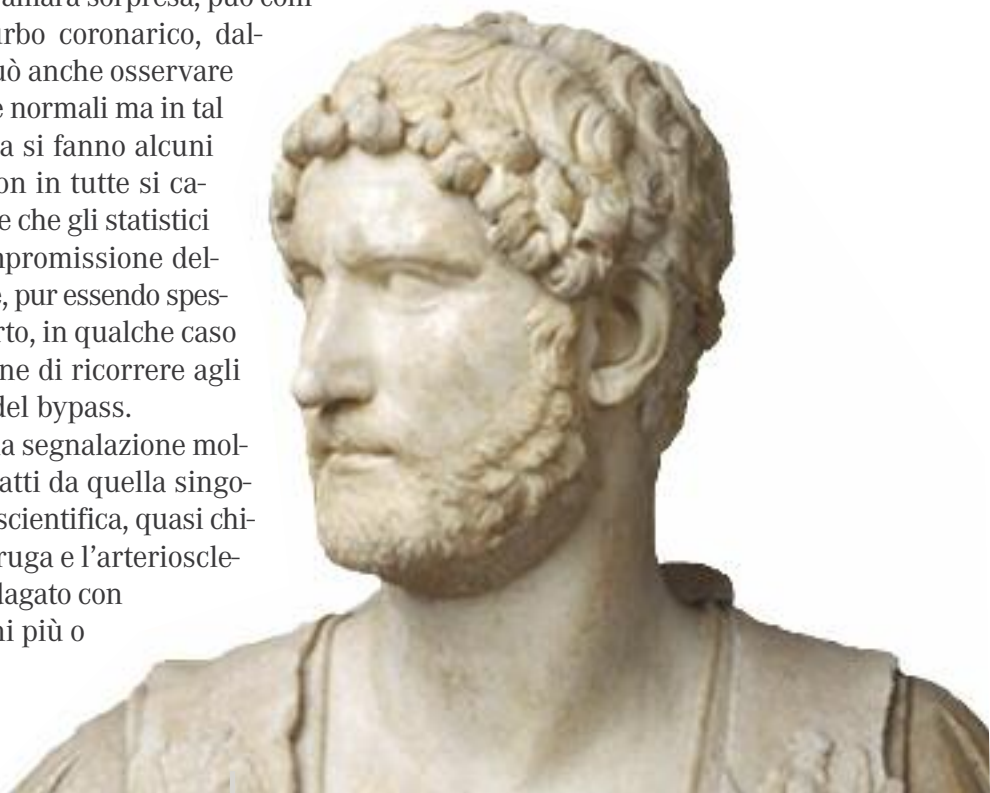
“Per la maggior parte degli uomini, correggersi consiste nel cambiare difetti” (*Voltaire*).

“Un intellettuale è uno che entra in una biblioteca anche quando non piove” (*André Poussin*).

Il lobo dell'orecchio e l'elettrocardiogramma

di Eligio Piccolo

La scoperta ha più di quarant'anni e già se n'era scritto in questa rivista, sia pure con un tono di cauto scetticismo, perché nonostante l'apparente banalità essa aveva ricevuto una sua dignità semeiologica essendo catalogata come "segno di Frank", il medico che per primo l'ha pubblicata, niente popodimeno che sul *New England Journal of Medicine*. Si tratta, detto brutalmente, di una ruga o se volete di una plica o piega che soprattutto dopo i 50-60 anni può comparire sul lobo di un orecchio o di tutt'e due, perlopiù diretta in senso verticale, con frequenza maggiore nei maschi (60%), e che, questa è l'amara sorpresa, può combinarsi con qualche disturbo coronarico, dall'angina all'infarto. La si può anche osservare in persone apparentemente normali ma in tal caso, se si va a fondo, ossia si fanno alcuni accertamenti, si scopre, non in tutte si capisce ma in una percentuale che gli statistici danno per valida, una compromissione delle coronarie. Tale alterazione, pur essendo spesso ancora lontana dall'infarto, in qualche caso lo sta minacciando e impone di ricorrere agli interventisti dello stent o del bypass. Naturalmente dopo la prima segnalazione molti cardiologi sono stati attratti da quella singolare correlazione così poco scientifica, quasi chiroantica, tra una banale ruga e l'arteriosclerosi coronarica e hanno indagato con maggior rigore su campioni più o



L'Imperatore Adriano

meno numerosi di pazienti veri o di soggetti apparentemente normali. Giungendo alla conclusione che il segno del lobulo, specie se è bilaterale, ha effettivamente il valore predittivo che Frank ci aveva annunciato nel 1973. Non solo, se sondiamo anche gli altri distretti arteriosi, come le carotidi o l'aorta e de-



derivati, si scopre che quel rapporto vale anche per loro. Curiosamente qualcuno ha anche segnalato che l'imperatore Adriano, deceduto pare per problemi cardiaci, è stato riprodotto nel busto e perfino nelle monete con un evidente solco sul lobo dell'orecchio. Dopo tutte queste suggestive valutazioni viene spontaneo pensare che quella specie di "accartocciamento" della pelle sia una spia indiretta di quanto può succedere nella parete interna, l'intima, delle nostre arterie, ossia un segno di indiretta arteriosclerosi.

Ed è qui che gli immancabili esegeti, quelli che anche a rischio del sofisma non rinuncerebbero mai a spiegare perché dalla pelle si possa arrivare al cuore o viceversa, hanno formulato la loro ipotesi, che i medici con parola difficile chiamano patogenetica: le fibre elastiche della pelle e delle coronarie, essi dicono, avrebbero un loro legame fin dallo sviluppo nel feto e lo potrebbero mantenere anche nell'età avanzata quando compaiono certe malattie regressive. Ho cercato di spiegarla per come l'ho capita io, perché a dirla con i termini sofisticati di quei superspecialisti mi sarei sentito spiazzato per primo. D'altronde, lo

sanno anche i trombai, che quando i tubi di gomma invecchiano si verifica un loro arrugamento, lo stesso dei lacci per il prelievo del sangue. Ragionamenti tutti che non fanno una piega, è il caso di dire, ma che nel tentativo di spiegare quella del lobulo non chiarisce perché solo questa piccola "escrescenza" anatomica, che le signore volentieri bucano per appendervi i gioielli, tradisca quel rapporto con le coronarie. E non invece le più vistose rughe del volto o di altre pelli meno esposte, che, appianate o meno dalla chirurgia estetica e benché possano avere un legame con la serenità di tante attrici o intramontabili ganimedi, non paiono averlo né con gli infarti né con la durata della vita.

L'ultima segnalazione di quello strano rapporto tra lobo auricolare e coronarie, pubblicata recentemente su *Circulation*, è relativa a un paziente nel quale si sottolineava che nemmeno l'elettrocardiogramma aveva registrato un qualche segno sospetto di patologia coronarica, confermata invece dagli altri accertamenti successivi. Il ché per un elettrocardiografista di lunga milizia è stata un'impetosa delusione.

Defibrillatori in discoteca

“Autunno. Già lo sentimmo venire nel vento d’agosto...il miglior tempo della nostra vita e lungamente ci dice addio.” Versi di Cardarelli che ci fanno pensare all’estate passata fra i molti allarmi sui giovani travolti nelle discoteche senza che nessuno, tranne un cardiologo intervenuto per pochi secondi in una trasmissione di Rai 3, proponesse una soluzione efficace al problema. Soluzione che non può essere quella di chiudere i ritrovi notturni di divertimento o di responsabilizzare i loro tenutari o di imprigionare tutti gli spacciatori, impresa che ricorda quella della lotta



alla mafia, irta di problemi culturali, sociali e politici. Non possiamo aspettare questa rivoluzione globale, dobbiamo accontentarci di salvare quei giovani sprovveduti, e la scienza medica ce ne ha indicato il modo da molti anni. Laddove si riuniscono molte persone, come gli stadi sportivi, le adunanze politiche e sindacali, gli stessi aerei transoceanici, isolati dai pronto-soccorsi, ci deve essere a disposizione un defibrillatore cardiaco e possibilmente chi lo sappia usare. Nelle discoteche poi, a differenza delle assemblee in cui non si vivono problemi strettamente personali, vi è l’eccitamento psico-emotivo e soprattutto quello artificiale di alcol e droghe varie, che sono l’ingrediente favorevole alle aritmie. Fortunatamente la maggioranza di queste sono semplici tachicardie o extrasistoli innocenti ma in qualche caso, o perché l’attore è cagionevole, come dicevano i vecchi clinici, o perché la dose dell’intruglio ha vinto la reazione fisiologica o perché il cuore aveva qualche predisposizione di suo, l’aritmia è di quelle che sfociano nell’arresto cardiaco. In tali evenienze la scossa del defibrillatore salva la vita. E la prevenzione supera quindi tanti discorsi e allarmismi inutili, specie se ai giovani diamo anche qualche nozione medica e gli insegniamo come rianimare gli sventurati compagni.

E.P.

Antonio Benivieni

precursore del metodo anatomico-clinico

di Vito Cagli



Nella storia della medicina, come in qualsiasi storia, sembra che invariabilmente siano presenti personaggi che arrivano troppo presto. Vedono troppo presto, troppo presto pianificano programmi, esprimono troppo presto idee nuove. Accade allora che in realtà, più che vedere intravedano; che non riescano a realizzare i loro programmi; che le loro idee trovino pieno diritto di cittadinanza solo dopo molti anni, ad opera di altri personaggi, consapevoli o inconsapevoli di chi li ha preceduti. Accade, insomma, che i precursori restino nell'ombra, come è accaduto al medico fiorentino Antonio Benivieni, vissuto tra il 1443 e il 1502.

Benivieni non era soltanto un medico di eccellente reputazione nella sua città, era un uomo di cultura, amante delle belle lettere e della pittura, amico di personaggi come il grande Lorenzo de' Medici. Non aveva, probabilmente nessuna intenzione di passare alla posterità, a cui fu consegnato da una sorta di brogliaccio che, lui morto, venne rinvenuto tra le sue carte dal fratello e che sembrò così importante da venir pubblicato nel 1507. Come era costume dell'epoca, il testo era scritto in latino e soltanto nel 1855 venne tradotto in italiano.

Ma cosa diceva di così importante Benivieni, nel suo libro? Egli, nel raccogliere e descrive-



re i casi più interessanti osservati nel corso della sua attività professionale, ha riportato per alcuni di essi anche i reperti dell'esame post mortem a cui ha potuto sottoporli. In tal modo ha precorso la fondazione dell'anatomia patologica e del metodo anatomo-clinico che, per unanime consenso vien fatta risalire all'opera *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*, di Giovan Battista Morgagni, pubblicata nel 1761 e dunque posteriore di oltre duecentocinquanta anni rispetto a quanto scritto da Benivieni.

La concezione dell'anatomia patologica fu un evento fondamentale nella storia della medicina, in quanto mutava l'obbiettivo della dissezione del cadavere: non più studio della struttura normale del corpo umano ma studio delle lesioni che avevano causato i sintomi della malattia e che potevano essere le cause della morte. Il metodo anatomo-clinico suggeriva al medico di localizzare l'organo (o gli organi) sede della malattia e di supporre, nel paziente in vita, il tipo di lesioni in causa, sulla base delle conoscenze dell'anatomia patologica. Era, in sostanza un nuovo orientamento della medicina che si è rivelato straordinariamente utile, tanto da essere, ancora oggi, sia pure in un contesto profondamente mutato, alla base della pratica clinica.

L'opera di Benivieni, ripubblicata in facsimile, con a fianco la traduzione in lingua inglese e con un'eccellente commento di Esmond R. Long, ci consente di prendere diretto contatto con i centoundici casi che sono entrati a far parte di quanto è stato pubblicato dalla casistica raccolta dal me-

dico fiorentino. Qui di seguito ne riportiamo uno, scelto tra i 15 che contengono sia la descrizione clinica sia quella anatomica del caso, riprendendone il commento, per gentile concessione dell'Editore, dal nostro *Apriti sesamo! Conoscere l'interno del corpo vivente*, Armando Editore, Roma 2015, pp. 25-26.

III Calcoli reperiti nella tunica che avvolge il fegato (pp 24/25 – 26/27)

“Una donna di nobile nascita è stata a lungo tormentata da un intenso dolore nella regione del fegato. Consultò molti medici ma nonostante i numerosi rimedi tentati non poté sottrarsi al suo male. Decise pertanto di chiedere il mio aiuto, unitamente ad altri. Così, in moltissimi medici ci riunimmo e discutemmo molto a lungo i differenti aspetti delle cause nascoste della malattia. Come spesso accade nei casi dubbi, le opinioni non concordavano. Alcuni ritennero che si trattasse di un ascesso del fegato, altri giudicarono che fosse in causa una malformazione (malum habitum) ma noi pensavamo che il male risiedesse nella membrana di rivestimento [del fegato]. Pochi giorni dopo, la malattia si aggravò e, come noi da indizi certi avevamo previsto, la paziente venne a morte e ci occupammo dell'autopsia. Nella parte più declive della membrana del fegato fu trovato un ammasso di pietruzze di forma e di colori diversi. Alcune erano rotonde, altre aguzze e altre ancora quadrate, come la postura e il caso avevano deciso. Si distinguevano in quanto macchiate di rosso, di blu o di bianco. Per le loro caratteristiche aveva-

no causato la formazione nella tunica [di rivestimento del fegato] di un sacchetto della lunghezza di un palmo e due dita. Questa fu, a nostro parere, la causa della morte e giudicammo che la disputa per accordarsi su fatti oscuri fosse vana ed inutile”.

La descrizione di questo caso è di notevole interesse per varie ragioni. Anzitutto va messo in rilievo come anche per un medico colto e attento, quale documentatamente era Benivieni, la relazione clinica potesse constare esclusivamente dei dati anamnestici, senza alcun pur minimo accenno a qualche elemento tratto dall'esame obiettivo. Ci domandiamo, ad esempio, se la paziente fosse o no itterica. In secondo luogo possiamo apprendere come in certi casi e con una certa tipologia di pazienti appartenenti alle classi più ricche fosse in uso il consulto, con i diversi medici raccolti a discutere diagnosi e prognosi (in questo caso non la terapia, in quanto all'epoca inesistente). In terzo luogo rileviamo le diverse, inconciliabili opinioni diagnostiche espresse dai medici e, altresì, il fatto che non sia stata avanzata l'ipotesi di una calcolosi della colecisti, come tre o quattro secoli dopo sarebbe divenuto ovvio. In quarto luogo dobbiamo constatare come l'interpretazione dei rilievi autoptici sia, agli occhi di un medico del nostro tempo, del tutto inverosimi-



le e probabilmente dovuta al mancato riconoscimento (o conoscenza?) della colecisti come contenitore dei calcoli rilevati.

Dovremmo dunque riflettere – medici e pazienti – non soltanto di quanto la medicina sia cambiata ma soprattutto attraverso quanti pregiudizi, incertezze ed errori essa sia progredita, per le “illuminazioni” di qualcuno, la

sua tenacia e la sua fatica a quanti criticano con troppa facilità medici e medicina vorremmo ricordare che il buio che scorgiamo oggi in un caso come quello di Benivieni sopra riportato, è lo stesso buio che un osservatore del 2500 (e anche soltanto del 2100) vedrà in ciò che noi consideriamo attualmente come luce della scienza. Questa sorta di esercizio mentale potrà aiutare a comprendere che noi facciamo oggi ciò che possiamo fare con le conoscenze che abbiamo e con i mezzi di cui disponiamo. Non certo per assolvere tutti e in ogni caso ma per tenere presente che il medico lavora sempre, non soltanto nel proprio tempo, ma anche nelle specifiche condizioni in cui si trova ad operare.

Personalmente, non potrò mai dimenticare le parole che un grande chirurgo francese rivolse ad una paziente a me cara, che insisteva per essere operata in condizioni disperate: “Madame, je ne suis pas Dieu”.

Lettere a Cuore e Salute

D. **Gli stent riassorbibili**

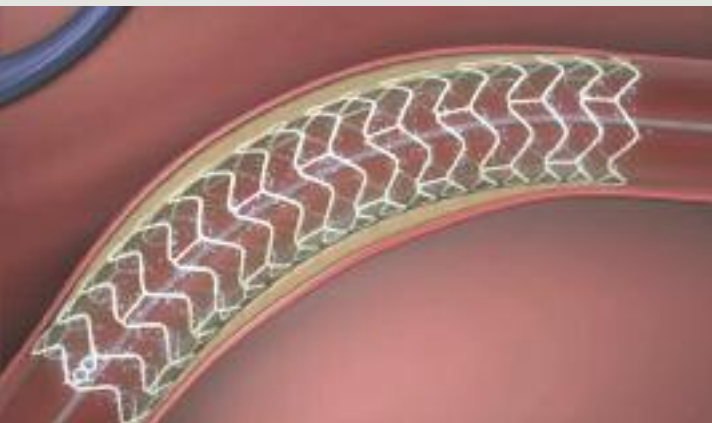
Vorrei cortesemente avere precisazioni sull'uso di stent riassorbibili nella procedura di angioplastica. A quanto tempo fa risale l'introduzione di tali stent? Chi li ha "inventati"? Quali sono i risultati fin qui ottenuti?

Sono un vecchissimo socio del Centro e mi interessa avere le suddette indicazioni. Ringrazio per l'attenzione e porgo cordiali saluti.

Raffaele B., Roma

R.

Gentile Dr. Raffaele, gli stent riassorbibili rappresentano l'ultimo traguardo della cardiologia interventistica. La soluzione tecnica, proposta recentemente è davvero ingegnosa. Una rete metallica (stent) esercita un'azione di contenimento in acuto, mantenendo la



dilatazione dell'arteria coronaria. La stessa retina metallica libera nel tempo un farmaco antiproliferativo per evitare quel restringimento tardivo che è conosciuto come "restenosi". Infine lo stent, quasi miracolosamente, dopo avere esercitato un ruolo così importante nel contesto dell'angioplastica, svanisce.

È difficile, in medicina, attribuire ad un unico ricercatore il merito di una scoperta o di un brevetto. Non vi è dubbio che il medico giapponese Igaki Tamai abbia svolto un ruolo determinante nell'attuazione di questo rivoluzionario dispositivo. Deceduto qualche anno fa,

purtroppo non ha potuto prendere parte ai successi della brillante intuizione. I risultati clinici sono soddisfacenti ma non ottimali. Il tasso di occlusione acuta per trombosi dello stent bioassorbibile è superiore a quello degli stent medicati di ultima generazione. Servirà del tempo per permettere ad una geniale innovazione dello stent di diventare assoluta protagonista. Cordiali saluti.

Francesco Prati

D. Le “colpe” dei padri

Il mio compagno ha 46 anni e ha già avuto due infarti. Ho paura per i miei figli, un maschio e una femmina rispettivamente di 6 e 12 anni. Vorrei fare degli screening per vedere se sono predisposti anche loro all’infarto, il maschietto a breve inizierà a giocare a calcio. In attesa di una vostra risposta invio cordiali saluti.

Maria L., Genova



R.

Gentile Signora Maria,

la sua breve lettera non mi fornisce alcune informazioni, quelle che noi medici, come il commissario di polizia, dobbiamo conoscere per poi risalire al “colpevole”. Lei non lo precisa ma suppongo che i figli lo siano anche del suo compagno, se non lo fossero cadrebbe ogni rapporto genetico e ogni valutazione. Se lo sono la mia risposta è assolutamente tranquillizzante perché l’età li rende immuni da ogni rischio, il maschietto per circa 30 anni e la ragazzina per 40, ossia fino alla sua menopausa. In altre parole, un’eventuale influenza della malattia coronarica del padre potrà costituire un fattore di rischio (secondo le valutazioni che ci fornisce la medicina con gli studi epidemiologici) per il figlio dopo i 30-40 anni di età e per la figlia dopo i cinquanta. Ma il mio ragionamento sarebbe più completo se conoscessi il pedigree del papà relativamente a suoi eventuali fattori che avrebbero potuto facilitargli i due infarti. Che sono il fumo, il diabete, la pressione alta, il colesterolo, ecc. Problemi che i figli hanno tutto il tempo per risolvere o prevenire. Quanto alle sue preoccupazioni per l’attività sportiva, esse non hanno alcuna giustificazione sia perché a quell’età le “colpe” del padre non hanno alcuna influenza, anzi l’attività fisica è un buon preventivo, e sia perché la legislazione italiana prevede gli accertamenti medico sportivi anche per i ragazzi. Quindi, cara signora, Lei ha tutto il tempo e le opportunità di seguire per il meglio lo sviluppo e l’educazione sanitaria dei suoi figlioli. Con i più cordiali saluti.

Eligio Piccolo

D. Statine

70 anni, colesterolo, trigliceridi e pressione alta. Diabete ai limiti, sotto controllo senza medicine. Il medico oltre medicamento per pressione mi ha dato atorvastatina. Vorrei sapere che differenza c'è con le altre statine. Grazie e complimenti per la rivista, molto interessante.

Gianluigi R., Roma

R.

Gentile Sig. Gianluigi, immagino che ai fattori rischio elencati se ne debba aggiungere un altro: il sovrappeso. La chiamiamo sindrome metabolica quella situazione clinica caratterizzata da obesità addominale, ipertrigliceridemia, ipertensione, intolleranza glicidica e bassi valori di colesterolo buono (il colesterolo HDL).



Giusto impiegare statine e farmaci antipertensivi. Ancora più importante combattere l'obesità a tavola e con una regolare attività fisica. Può sembrare strano ma perdere peso significa anche controllare meglio i valori pressori e la glicemia.

E veniamo ora alla statina. L'atorvastatina è un ottimo farmaco, da molti anni disponibile sul mercato. Viene considerata, insieme alla rosuvastatina, una statina potente, in grado di ridurre in modo marcato il colesterolo cattivo (LDL). La assuma con regolarità e senza timori. Si limiti a controllare ogni sei mesi, insieme alla colesterolemia, gli enzimi epatici e il CPK. Le statine in alcuni casi causano una piccola sofferenza, sempre reversibile, del fegato e dei muscoli. Cordialmente.

Francesco Prati

Parole come anima

di Bruno Domenichelli

- Parole: suoni misteriosamente appresi dalle labbra del padre e della madre, che come primo senso hanno quello di un sorriso scambiato, di un seme d'amore trasmesso fra generazioni, che diverranno poi codici cifrati della conoscenza e della creatività.
- Parole: graffiti elementari della comunicazione. Tessere policrome del mosaico della vita, mani tese per attraversare insieme i torrenti impetuosi dell'esistenza, per fare luce lungo la via del dubbio.
- Parole: strumenti per possedere il mondo. "Il Signore Iddio formò dalla terra tutti gli animali della campagna e tutti gli uccelli del cielo e li condusse ad Adamo per vedere con quale nome li avrebbe chiamati, poiché il nome che egli avrebbe loro imposto sarebbe stato il loro nome. Adamo dette un nome a tutti gli animali." (Gen 2,19-20)
- Amo le parole consegnate a un foglio bianco. Consonanze magiche di neuroni, strumenti per comunicare con l'anima e farla giungere imprevedibilmente lontano.
- Amo le parole, sintonie con l'universo, memorie di canti di popoli che attraversano i millenni o preghiere di anime solitarie; alfabeto del linguaggio di Dio. Parole per costruire parabole e metafore come cattedrali. Per entrare nel cuore di un'idea e per farne comune terreno del vivere.
- Parole scambiate sottovoce fra medico e paziente nei momenti della verità: ponti sacri gettati fra la disperazione e la speranza, che la memoria spesso a lungo accarezza.

Pier Augusto Breccia.
Equazione a due incognite (1998)

Parole:
strumenti per creare sintonie con l'universo. Per fare luce, insieme, lungo le vie del dubbio.



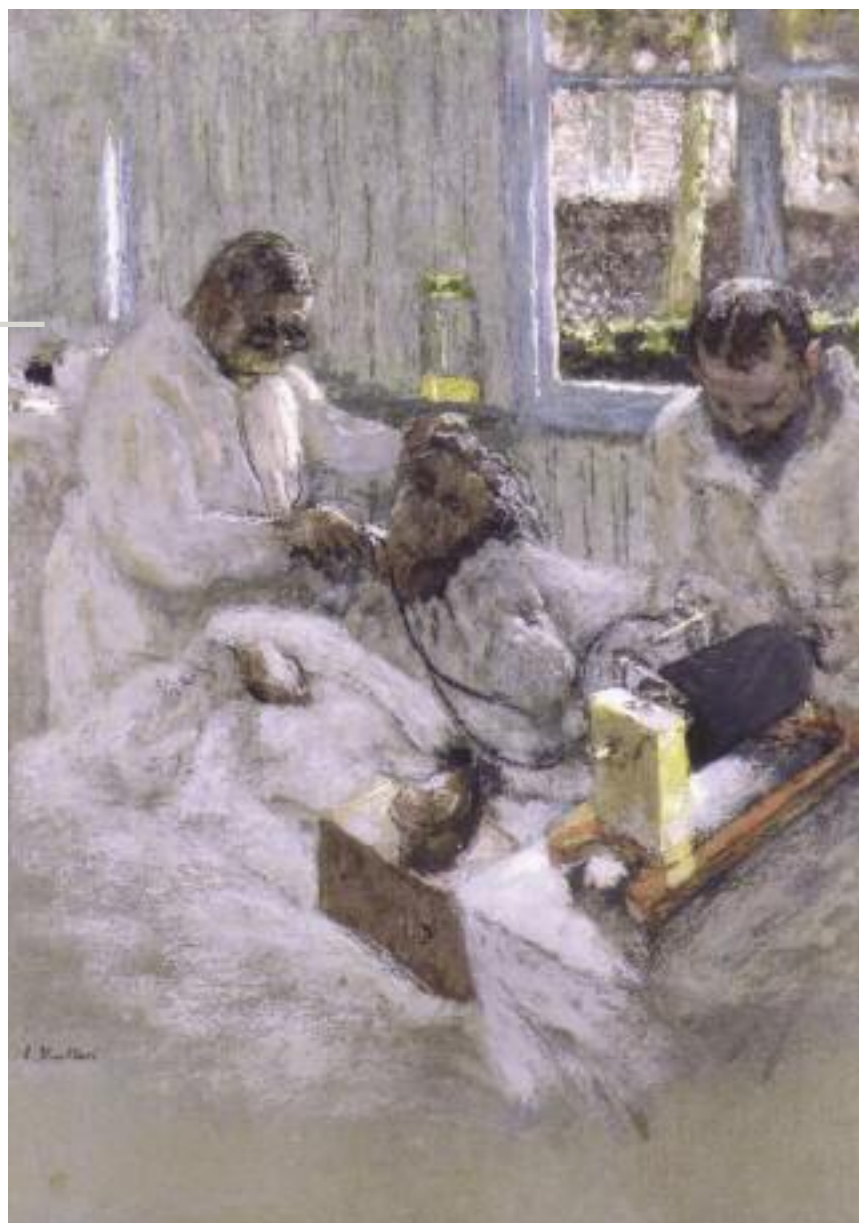
W. Kandinskij. *Successione di segni* (1931)

Parole: codici cifrati della conoscenza e della creatività; graffiti elementari della comunicazione. Chiavi per entrare nel cuore di un'idea e per farne comune terreno del vivere.

QUADRI & SALUTE

di Filippo Stazi

Il dottor Vaquez e il suo
assistente dottor Parvu,
Édouard Vuillard



Édouard Vuillard nacque nel 1868 a Cui-seaux ma crebbe a Parigi dove la famiglia si era trasferita. Minore di tre figli di un ex ufficiale delle truppe coloniali iniziò a frequentare il Louvre e si decise ben presto a seguire la carriera artistica, rompendo così la tradizione familiare che lo destinava alla carriera militare. Durante i suoi studi, Vuillard sviluppò una propensione per le nature morte e per gli interni domestici. Nel 1889 aderì al piccolo gruppo artistico che si era autoproclamato “confraternita dei Nabis” e che sosteneva un approccio al colore più simbolico che naturalistico. Assiduo lettore di Verlaine, Vuillard fu un intimista e un raffinato ricercatore di sfumature fuse in un’unica armonia. Fu autore di ritratti generalmente rappresentati in interni, in cui piccole pennellate divisioniste creano una morbida atmosfera.

Nell’ultimo decennio del XIX secolo, l’artista affrontò i temi che lo avrebbero reso famoso: case dove sua madre, sua sorella e le operaie di una corsetteria, circondate da carta da parati a macchie, sono intente a sbrigare le loro faccende domestiche. Negli ultimi venti anni della sua vita, il pittore raggiunse l’apice della sua carriera ma

nel 1940 fu costretto a lasciare Parigi a seguito dell’avanzata tedesca e, nel corso del viaggio, morì a La Baule.

Vuillard fu amico di alcuni medici amanti dell’arte e li ritrasse spesso sia nell’esercizio della loro professione che in posa all’interno dei loro studi. Uno di questi dipinti è “Il dottor Vaquez e il suo assistente dottor Parvu”, realizzato tra il 1918 ed il 1921 e conservato al Musée de l’Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. Nel quadro il cardiologo dottor Vaquez, posizionato accanto al paziente, manovra con una mano la sonda dell’elettrocardiografo mentre appoggia l’altra, con un gesto rassicurante, sulla fronte del degente. Nella parte destra della tela l’assistente dottor Parvu è invece intento al controllo dell’apparecchio. Il messaggio principale trasmesso dall’opera è il mettere sullo stesso piano l’aspetto tecnologico (l’elettrocardiografo) della cura ed il rapporto umano (la mano del medico sul capo del malato) e nell’insieme, anche grazie alla finestra che lascia filtrare la luce del sole e da cui si intravede il paesaggio di un giardino, trasmette un approccio positivo alla triste realtà della malattia.

Il pesce migliora anche il cervello

Con il passare degli anni e delle ricerche le nostre nozioni medico-dietetiche sembrano sempre più evidenziare i vantaggi dell'alimentazione ittica in contrapposizione a quella carnea. Addirittura con un supporto scientifico perché gli esperti indicherebbero i buoni uffici degli acidi grassi del pesce, gli omega 3, nel proteggere le nostre arterie e perfino la membrana delle cellule cerebrali. Ho detto sembrano perché in realtà le numerose osservazioni non sono così dirette



come quelle, ad esempio, che ci fanno vedere la rottura di una placca quale causa dell'infarto o il gonococco causa della blenorragia, ma sono piuttosto tendenziali,

sia pure con qualche punta più o meno convincente. Ai tempi della mia giovinezza, quando si cantava anche l'inno, le nozioni erano ancora più disinvolute: si raccomandava il pesce quale apportatore di fosforo, sostanza ritenuta indispensabile allo sviluppo dell'intelligenza. Lo dicevano non solo le sartine ma anche i medici curanti e i primari. Nessuno però aveva mai chiarito su quali basi scientifiche il fosforo contenuto nella farina di pesce entrasse nel nostro cervello e lo qualificasse. Solo decenni dopo, Angel Keys, il grande epidemiologo nordamericano che propose la dieta mediterranea per prevenire le malattie cardiovascolari e allungare la vita, ha indirettamente evidenziato l'importanza del pesce quale apporto proteico e lipidico migliore della carne. Recentemente uno studio di metanalisi, ossia la rivalutazione di varie ricerche eseguite in molte nazioni dal 2001 al 2014, coordinata dal dottor Zhang dell'Università cinese di Qingdao, ha concluso che la dieta a base di pesce negli oltre 1500 pazienti analizzati proteggeva la mente dalla depressione. La malattia che è sempre più all'attenzione medica da quando se n'è constatata la maggiore incidenza con l'avanzare dell'età ma non rara nemmeno tra i più giovani. Si tratta di risultati che pur non avendo il conforto di un estremo rigore scientifico sono tuttavia ricchi di suggestione e invitano a spaziare con la fantasia verso altre considerazioni, un tantino filosofiche se vogliamo, sull'evoluzione del pensiero umano. Questo avrebbe trovato migliore humus tra i popoli rivieraschi o isolani, grandi consumatori di pesce, come i greci, i mediterranei in genere ma anche quelli del nord-Europa, della costiera cinese e giapponese e tanti altri; in contrapposizione a quei popoli che hanno scorrazzato per secoli nelle immense praterie e nelle valli montagnose mangiando bisonti e selvaggina. Una dieta che, come per gli animali carnivori, li avrebbe resi più bellicosi e irrequieti, incapaci di fermarsi a pensare e a costruire, proiettati invece alla conquista di nuove terre e delle altrui civiltà. Insomma i barbari con il destino al "Grecia capta". E chissà quante altre considerazioni si potrebbero fare oggi sulle tante popolazioni non pescatrici e sempre in guerra tra loro, sulla loro ferocia e sulle migrazioni ma le lasciamo volentieri ai sociologi, ai giornalisti in affannosa elaborazione di commenti e agli esegeti dei nostri poveri cervelli.

E. P.

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



- **Vincenzo Aguglia** di Palermo
- **Silvia Albertucci** di Roma
- **Filippo Altilia** di Ascoli Piceno
- **Giovanni Ambrosi** di La Spezia
- **Roberto Andreoli** di Carpi
- **Alberto Antinucci** di Roma
- **Vittorio Argo** di Napoli
- **Giuseppe Armeli** di Roma
- **Emilio Asproni** di Nuoro
- **Santo Autelitano** di Roma
- **Lino Beber** di Pergine Valsugana
- **Paolo Berardini** di Roma
- **Ascanio Bernardelli** di Agnosine
- **Silvano Bernasconi** di Varese
- **Graziano Biondi** di Buti
- **Pietro Braga** di Gavardo
- **Michele Bucci** di Treviso
- **Umberto Bugatti** di Roma
- **Paolo Calderan** di Venezia
- **Egle Cameroni** di Cornaredo
- **Mario Capiati** di Roma
- **Anna Maria Capponi** di Roma
- **Armando Carlini** di Ceprano
- **Graziano Caroni** di Empoli
- **Giacomella Carotenuto** di Napoli
- **Gabriella Casillo** di Roma
- **M. Letizia Cassinelli** di Roma
- **Paolo Cavalieri D'Oro** di Roma
- **Giuseppe Ciampanelli** di Novara
- **Marco Cini** di Roma
- **Giorgio Colletto** di Crema
- **Enrico Conte** di Milano
- **Giovanni Coppi** di Roma
- **Giovanni Antonio Dalu** di Torpé
- **Mario De Vita** di Roma
- **Rino Defilippi** di Voghera
- **Aldo Del Monaco** di Roma
- **Luigi e Gemma D'Elia** di Roma
- **Zita Fabris** di Laveno
- **Luigia Fabrizzi** di Roma
- **Demetrio Festa** di Castiglione Cosentino
- **Giansalvatore Filorizzo** di Sarzana
- **Vincenzo Finocchiaro** di Roma
- **Giuseppe Francesconi** di Roma
- **Giuseppe Frazzini** di Toscolano Maderno
- **Marcella Fuglieni** di Roma
- **Walter Funtò** di Roma
- **Salvatore Gambardella** di Sorrento
- **Aldo Gobbato** di Vicenza
- **Mario Greco** di Frassinoro
- **Valter Guelfo** di Val della Torre
- **Maria Inghirami** di Roma
- **Vincenzo Janna** di Eraclea
- **Domenico Lalli** di Venezia
- **Caterina Latela** di Roma
- **Mario Levoni** di Mantova
- **Paolo Levoni** di Castellucchio
- **Gabriele Liuzzo** di Roma
- **Francesco Maggiore** di Napoli
- **Anna Maria Mancini** di Roma
- **Antonio Manganelli** di Avellino
- **Giuseppe Mannatrizio** di Bari
- **Paolo Renato Marchetti** di Genova
- **Alberto Margrit** di Gravere
- **Francesco Martini** di Roma
- **Alvaro Mazzarini** di Jesi
- **Carlo Menichelli** di Roma
- **Emmanuel Miraglia** di Roma
- **Ornella Mode** di Porto Mantovano
- **Marina Molinari** di Roma
- **Roberto Montoresi** di Roma
- **Bruno Moser** di Roma
- **A. Maria Nannini Regis** di Varese
- **Anna Maria Narici** di Roma
- **Giuseppe Narici** di Anguillara Sabazia
- **Vittorio Paliotti** di Napoli
- **Sandro Paolucci** di Roma
- **Bruno Pasqualoni** di Roma
- **Francesco Peruzzi** di Torino
- **Eugenio Petz** di Trieste
- **Primo Picchi** di Roma
- **Alessandro Rayneri** di Torino
- **Enrico Resegotti** di Pavia
- **Giovanni Rizza** di Viagrande
- **Francesco Romeo** di Catania
- **Alessandro Rossi** di Roma
- **Antonio Sacchetti** di Roma
- **Venanzio Santucci** di Civitella Casanova
- **Giancarlo Scibona** di Roma
- **Sergio Spagnoli** di Roma
- **Ubaldo Stazi** di Galliciano nel Lazio
- **Saverio Tedesco** di Torrecuso
- **Pierino Zardini** di Verona
- **Martino e Sandra Zubiani** di Roma



CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2016

Programma avanzato



XXXIII Congresso di Cardiologia
del Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus
Firenze, Palazzo dei Congressi 11-12-13 marzo 2016

Coordinamento: Francesco Prati

VENERDÌ 11 MARZO

I Sessione Moderatori: **Mario Motolese, Roma**
Francesco Versaci, Campobasso

- 8.45 **Stenosi aortica importante a basso gradiente e contrattilità conservata. Siamo certi che si debba intervenire?**
Giuseppe Di Pasquale, *Bologna*
- 9.00 **Cardiopatía aritmogena del ventricolo destro. Ruolo della genetica e RMN per un moderno inquadramento.**
Claudio Rapezzi, *Bologna*
- 9.15 **Nuove frontiere della cardiologia interventistica. Il trattamento dell'insufficienza tricuspídalica di grado importante.**
Antonio Colombo, *Milano*
- 9.30 **Lo studio PEGASUS: chi può beneficiare di una duplice terapia antiaggregante protratta?**
Leonardo De Luca, *Roma*
- 9.45 **Discussione**
- 10.15 **Intervallo**

II Sessione Moderatori: **Enrico Agabiti Rosei, Brescia**
Gian Francesco Mureddu, Roma

- 10.45 **Va impiegata la terapia antitrombotica in presenza di episodi di fibrillazione atriale brevi ed autolimitanti?**
Filippo Stazi, *Roma*
- 11.00 **Trattamento dello stroke con imaging precoce e rivascolarizzazione. Quando essere aggressivi?**
Danilo Toni, *Roma*
- 11.15 **La variabilità nei livelli di colesterolo LDL aumenta il rischio di eventi: l'importanza di mantenere il colesterolo stabilmente basso.**
Alberto Corsini, *Milano*
- 11.30 **Che rischio comporta "ipertrattare" l'iperteso?**
Bruno Trimarco, *Napoli*
- 11.45 **Prevenzione primaria e secondaria nel diabetico. Siamo ancora poco aggressivi?**
Claudio Cavallini, *Perugia*
- 12.00 **Discussione**

III Sessione Moderatori: **Fernando Maria Picchio, Bologna**
Massimo Volpe, Roma

- 14.30 **L'adulto con cardiopatía congenita.**
Giancarlo Piovaccari, *Rimini*
- 14.45 **Gli eventi cardiovascolari nel broncopneumopatico cronico.**
Claudio Ferri, *Coppito - AQ*
- 15.00 **Trattamento ibrido: al chirurgo la discendente anteriore, al cardiologo interventista il resto.**
Massimo Massetti, *Roma*
- 15.15 **La cardiologia interventistica sta cambiando: considerazioni demografiche, cliniche ed economiche.**
Leonardo Bolognese, *Arezzo*
- 15.30 **Discussione**
- 16.00 **Intervallo**

IV Sessione Moderatori: **Pietro Delise, Conegliano - TV**
Luigi Tavazzi, Cotignola - RA

- 16.30 **La chiusura del PFO. Quando le metanalisi rendono giustizia.**
Achille Gaspardone, *Roma*
- 16.45 **La tachicardia ventricolare come prima manifestazione. Un elemento che sottende piú scenari clinici.**
Riccardo Cappato, *Rozzano - MI*
- 17.00 **Tachicardiomiopatia: cosa nasce prima l'aritmia o la cardiomiopatia?**
Marco Metra, *Brescia*
- 17.15 **Quanto contano i trigliceridi come fattore di rischio?**
Claudio Borghi, *Bologna*
- 17.30 **Discussione**

CASI CLINICI E VOI COSA FARESTE?

Moderatori: **Giulio Nati, Roma**
Francesco Prati, Roma

18.00 - 18.40 **Presentazione e discussione di 3 casi clinici.**

SABATO 12 MARZO

V Sessione Moderatori: **Francesco Musumeci, Roma**
Gian Franco Pasini, Gavardo - BS

- 8.45** **Le apnee notturne: epidemiologia in crescita, come individuarle e trattarle.**
Enrico Natale, *Roma*
- 9.00** **Quando il cardiocirurgo rifiuta il by-pass per ragioni anatomiche o cliniche.**
Ottavio Alfieri, *Milano*
- 9.15** **Malfunzionamento della protesi aortica biologica. Spazio alla terapia percutanea con TAVI?**
Corrado Tamburino, *Catania*
- 9.30** **Impiego a lungo termine dei NAO nelle sindromi coronariche acute: razionale e dati clinici.**
Maddalena Lettino, *Rozzano - MI*
- 9.45** *Discussione*
- 10.15** *Intervallo*

10.45 - 11.15 LETTURA MAGISTRALE

I due anni di presidenza italiana all'ESC: ricordi, traguardi e prospettive future

Roberto Ferrari, *Ferrara* - Luigi Tavazzi, *Cotignola - RA*
Introduzione di Francesco Prati, *Roma*

SIMPOSIO CAUSE E TERAPIA DELL'INFARTO

Moderatori: **Filippo Crea, Roma**
Maria Teresa Mallus, Roma

- 11.15** **L'aterosclerosi predice gli eventi cardiaci. Dove e come cercarla.**
Francesco Prati, *Roma*
- 11.30** **"Precision and personalized medicine" un sogno che diventa realtà?**
Eloisa Arbustini, *Pavia*
- 11.45** **Abbassare la colesterolemia per ridurre gli eventi cardiovascolari: il ruolo dei nuovi PCSK9.**
Alberto Zambon, *Padova*
- 12.00** *Discussione*

VI Sessione Moderatori: **Stefano Savonitto, Lecco**
Massimo Uguccione, Roma

- 14.30** **L'anticoagulazione nella fibrillazione atriale parossistica a basso CHADS2VASC score.**
Raffaele De Caterina, *Chieti*
- 14.45** **La cardiomiopatia da stress: è sempre benigna?**
Francesco Bovenzi, *Lucca*
- 15.00** **Terapia percutanea della mitrale: riparazione o sostituzione valvolare?**
Francesco Maisano, *Zurich - Switzerland*
- 15.15** **Jogging e mortalità. Esiste una curva ad U?**
Pier Luigi Temporelli, *Veruno - NO*
- 15.30** *Discussione*
- 16.00** *Intervallo*

VII Sessione Moderatori: **Alessandro Boccanelli, Roma**
Alessandro Distante, Mesagne - BR

- 16.30** **Indicazione al defibrillatore e all'ablazione nella sindrome di Brugada.**
Carlo Pappone, *San Donato Milanese - MI*
- 16.45** **Una placca carotidea del 30-40% richiede sempre l'antiaggregazione?**
Pompilio Faggiano, *Brescia*
- 17.00** **Un problema insolito: la disfunzione del ventricolo destro con contrattilità sinistra conservata.**
Pierfranco Terrosu, *Sassari*
- 17.15** **La RM nella diagnosi differenziale della miocardite in cardiologia.**
Chiara Bucciarelli Ducci, *Bristol - UK*
- 17.30** *Discussione*

CASI CLINICI E VOI COSA FARESTE?

Moderatori: **Claudio Ferri, Coppito - AQ**
Giancarlo Piovaccari, Rimini

- 18.00-18.40** **Presentazione e discussione di 3 casi clinici.**

DOMENICA 13 MARZO

VIII Sessione Moderatori: **Fulvio Camerini, Trieste**
Eligio Piccolo, Mestre - VE

9.15 FANS e rischio di eventi cardiovascolari.

Pasquale Perrone Filardi, *Napoli*

9.30 È vero che l'extrasistolia sopraventricolare individua i pazienti a rischio di fibrillazione atriale?

Fiorenzo Gaita, *Torino*

9.45 Quanto conta ridurre il sodio e aumentare il potassio nell'iperteso?

Paolo Verdecchia, *Assisi*

10.00 La genetica per predire il rischio di morte improvvisa.

Diego Ardissino, *Parma*

10.15 Triplice terapia con eventuale impiego di NAO nel paziente trattato con stent.

Cesare Greco, *Roma*

10.30 Com'è cambiata la storia naturale della cardiomiopatia dilatativa?

Gianfranco Sinagra, *Trieste*

10.45 Discussione

11.00 Premiazione "Caso clinico"

Per le modalità d'iscrizione vedi pagina accanto

Conoscere e Curare il Cuore 2016

SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CONGRESSO

Da compilare in stampatello ed inviare a:
Centro per la Lotta contro l'Infarto SRL, Via Pontremoli 26 - 00182 Roma
 Fax 06 3221068 - email: clicon@tin.it

COGNOME

NOME

CODICE FISCALE/P.IVA
(indispensabile per la fatturazione ed ai fini ECM)

DATA DI NASCITA

LUOGO DI NASCITA PROV

VIA

CAP CITTÀ PROV

Tel. (.....) Cell

e-mail
(obbligatoria per ricevere conferma iscrizione)

QUOTE DI ISCRIZIONE AL CONGRESSO

Iscrizione (inclusa IVA) <i>(farà fede la data in cui viene effettuato il pagamento)</i>	Entro il 14/01/2016	Dal 15/01/2016
<input type="checkbox"/> Iscritti alla Fondazione (in regola con la quota 2016 di € 25,00)	<input type="checkbox"/> € 250,00	<input type="checkbox"/> € 300,00
<input type="checkbox"/> Non iscritti alla Fondazione	<input type="checkbox"/> € 300,00	<input type="checkbox"/> € 350,00
<input type="checkbox"/> Giovani medici iscritti e non alla Fondazione <i>(nati dopo il 01/01/1980, allegare fotocopia documento)</i>	€ 100,00	
<input type="checkbox"/> Studenti e specializzandi <i>(allegare fotocopia documento ed autocertificazione, reperibile sul sito www.centrolottainfarto.it)</i>	gratuito	
<input type="checkbox"/> One day admission: <input type="checkbox"/> venerdì oppure <input type="checkbox"/> sabato	€ 125,00	

LA PRESENTE SCHEDA NON VERRÀ CONSIDERATA SE NON ACCOMPAGNATA
 DAL RELATIVO PAGAMENTO



SCHEDA DI ISCRIZIONE O RINNOVO DI ISCRIZIONE ALLA FONDAZIONE (anno 2016)

Da compilare in stampatello ed inviare a:
Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus
 Via Pontremoli 26 - 00182 Roma - Fax 06 3221068 - email: clicon@tin.it

COGNOME

NOME

CODICE FISCALE

DATA DI NASCITA

LUOGO DI NASCITA PROV

VIA

CAP CITTÀ' PROV

Tel. (.....) Cell

e-mail

Quota di iscrizione per l'anno 2016 € 25,00

LA PRESENTE SCHEDA NON VERRÀ CONSIDERATA SE NON ACCOMPAGNATA
 DAL RELATIVO PAGAMENTO

MODALITÀ DI PAGAMENTO

(Valide esclusivamente per l'iscrizione al Congresso)

- bonifico bancario IBAN IT94J035000320100000017897, intestato al Centro per la Lotta contro l'Infarto SRL, c/o UBI Banco di Brescia sede di Roma, Via Ferdinando di Savoia, 8 - 00196 Roma.
- assegno allegato non trasferibile intestato al Centro per la Lotta contro l'Infarto SRL
- carta di credito circuito VISA.

Carta N°

Scadenza

Nome e cognome del titolare della carta

.....

A ricevimento della quota di iscrizione al congresso verrà inviata regolare fattura.

Il Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus è titolare del trattamento dei dati ed informa che i dati da Lei forniti verranno trattati esclusivamente per le procedure anche contabili necessarie alla Sua partecipazione al congresso, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali di cui al D.L. 196/2003 (codice sulla privacy).

Data

Firma

.....

.....

MODALITÀ DI PAGAMENTO

(Valide esclusivamente per l'iscrizione alla Fondazione)

- versamento su c/c postale n. 64284003, intestato al Centro per la Lotta contro l'Infarto Fondazione Onlus, Roma;
- bonifico bancario IBAN IT56Y010050321300000012506, intestato al Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus, c/o Banca Nazionale del Lavoro, Agenzia n. 13, Viale Bruno Buozzi 54 - 00197 Roma;
- assegno allegato non trasferibile, intestato al Centro per la Lotta contro l'Infarto Fondazione Onlus;
- carta di credito circuito VISA.

Carta N° Scadenza

Nome e cognome del titolare della carta

.....

A ricevimento della quota destinata alla Fondazione verranno inviate regolare ricevuta e tessera.

Il Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus è titolare del trattamento dei dati ed informa che i dati da Lei forniti verranno trattati esclusivamente per le procedure anche contabili necessarie alla Sua adesione, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali di cui al D.L. 196/2003 (codice sulla privacy).

Data

Firma

.....

.....

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA, E PRENOTAZIONI ALBERGHIERE:

Centro per la Lotta contro l'Infarto s.r.l. - Via Pontremoli, 26 - 00182 Roma Tel. 063218205 - 063230178 Fax: 063221068 - email: clicon@tin.it - www.centrolottainfarto.it
 Per informazioni e modalità di iscrizione consultare il sito www.centrolottainfarto.it e cliccare su "Congresso Conoscere e Curare il Cuore"

Aggiornamenti cardiologici

di Filippo Stazi



La triplice terapia nell'anziano: La migliore terapia antitrombotica nei pazienti anziani con sia infarto miocardico che fibrillazione atriale non è ancora ben definita. Lo studio ha arruolato 4.959 pazienti di almeno 65 anni di età, affetti da infarto e fibrillazione atriale e sottoposti a posizionamento di stent coronarico. Il 27,6% dei soggetti è stato dimesso in triplice terapia (doppio antiaggregante e anticoagulante) e presentava, rispetto a coloro che erano solo in doppia terapia antiaggregante, lo stesso rischio (HR 0,99) di eventi avversi cardiaci (morte, reinfarto o stroke) ma una significativamente maggiore probabilità di sanguinamenti richiedenti il ricovero ospedaliero (HR 1,61) e di emorragie intracraniche (HR 2,04). Lo studio purtroppo non è randomizzato e questo deve essere tenuto nella giusta considerazione nell'interpretarne i risultati, ciò nonostante fornisce utili informazioni in un contesto clinico ancora alla ricerca di risposte definitive. (*J Am Coll Cardiol* 2015; 66: 616-627)

Sull'uso dei betabloccanti dopo il bypass: I risultati contrastanti di recenti studi osservazionali hanno sollevato dubbi sull'efficacia dei betabloccanti dopo bypass aortocoronarico. Per cercare di risolvere tale incertezza questo studio ha arruolato 5.926 pazienti consecutivi sottoposti a bypass. Dopo la dimissione il 49,3% di tali pazienti faceva regolare uso dei betabloccanti. Rispetto a questi soggetti coloro che assumevano tali farmaci in maniera non costante o non ne avevano mai fatto uso presentavano un rischio di morte da tutte le cause significativamente maggiore (HR rispettivamente 1,96 e 1,42). Tali dati erano sostanzialmente riproducibili sia nei soggetti senza (HR rispettivamente 1,7 e 1,23) che in quelli con storia di infarto (HR 2,14 e 1,59). Lo studio sembra quindi ribadire l'efficacia di tale classe farmacologica nei soggetti sottoposti a rivascolarizzazione chirurgica. (*Circulation* 2015; 131: 2194-2201)

Il pacemaker senza fili, risultati dello studio LEADLESS II: Le principali complicanze dei pacemaker tradizionali sono dovute alle infezioni, in genere connesse con la componente chirurgica dell'impianto, ed alle malfunzioni degli elettrocateretri. Per ovviare a tali problemi è stato progettato un dispositivo miniaturizzato che viene impiantato per via percutanea, quindi senza taglio chirurgico, direttamente all'interno del ventricolo destro senza l'uso di elettrocateretri. Lo studio LEADLESS II ha valutato 526 pazienti sottoposti all'impianto di tale dispositivo. Gli end point presi in considerazione erano due, uno di efficacia ed uno di sicurezza. Il primo prevedeva l'ottenimento dopo 6 mesi dalla procedura di una soglia di stimolazione $< 2 \text{ V}$ a $0,4 \text{ msec}$ (per soglia si intende il valore minimo di energia che il pacemaker deve erogare per indurre il battito cardiaco) e un sensing ventricolare $\geq 5 \text{ mV}$ (ossia il battito spontaneo del paziente deve essere sentito dal dispositivo con un'ampiezza di almeno 5 mV). L'end point di sicurezza, invece, era dato dall'assenza di eventi avversi connessi col pacemaker a distanza di 6 mesi dall'impianto. L'impianto è stato eseguito con successo in 504 dei 526 pazienti (95,8%); l'end point di efficacia è stato raggiunto nel 90% dei soggetti e quello di sicurezza nel 93,3%. L'1,3% dei malati ha presentato una perforazione cardiaca, l'1,7% ha presentato una dislocazione del dispositivo che ne ha richiesto la rimozione e, infine, l'1,3% ha avuto un'elevazione del valore di soglia tale da richiedere la rimozione del pacemaker e il successivo reimpianto di un nuovo dispositivo. Tali dati indicano che la strada imboccata è sicuramente promettente, anche se la performance complessiva del nuovo dispositivo è ancora inferiore a quella dei pacemaker tradizionali. (*New Engl J Med* 2015; 373; 1125-1135)

Lo studio BRIDGE: I pazienti in terapia anticoagulante orale per la presenza di fibrillazione atriale che devono essere sottoposti a procedure chirurgiche o invasive elettive devono temporaneamente sospendere tale terapia. La prassi comune è di utilizzare durante tale sospensione un bridge con eparina a basso peso molecolare fino alla ripresa della terapia orale. In questo interessante studio si è invece ipotizzato che l'astenersi da tale bridge sia non inferiore a quello che comunemente si fa in termini di eventi tromboembolici arteriosi ed al contempo superiore relativamente ai sanguinamenti maggiori. Sono stati quindi randomizzati 1.884 pazienti. La terapia anticoagulante orale veniva sospesa 5 giorni prima della procedura e la somministrazione dell'eparina (daltaparina 100 IU/Kg sottocute due volte al giorno in 934 pazienti) o del placebo (negli altri 950) era iniziata 3 giorni prima della procedura con l'ultima somministrazione 24 ore prima dell'intervento. La terapia anticoagulante orale veniva quindi ripresa la sera dell'intervento o il giorno successivo mentre la daltaparina o il placebo erano somministrati nuovamente dopo 12-24 o 48-72 ore a seconda del rischio emorragico connesso con la procedura eseguita. L'incidenza di tromboembolismo perioperatorio è risultata dello 0,4% nei soggetti senza bridge e dello 0,3% in quelli trattati con l'eparina ($p = 0.01$ per la non inferiorità). L'incidenza di sanguinamenti maggiori è stata 1,3% nel primo gruppo e 3,2% nel secondo ($p = 0.005$ per la superiorità). La scelta di non somministrare eparina a basso peso molecolare durante la fase di sospensione della terapia anticoagulante orale nei soggetti con fibrillazione atriale sottoposti a procedure elettive sembra quindi non esporre ad un maggior rischio tromboembolico mentre al contempo ridurrebbe il rischio di complicanze emorragiche. (*New Engl J Med* 2015; 373; 823-833)

aforismi

Davanti alla porta dell'indovino: "Toc,toc" "Chi è?", "Ah, cominciamo bene".

> **Anonimo**

Dai mani libere ad un uomo e te le ritroverai dappertutto.

> **M. West**

Il matrimonio è il coronamento del sogno di un uomo e di una donna. I genitori della sposa.

> **F. Ombri**

È un vero peccato che impariamo le lezioni della vita solo quando non ci servono più.

> **O. Wilde**

Il vino è una specie di riso interiore che per un istante rende bello il volto dei nostri pensieri.

> **H. de Regnier**

Si nasce e si muore soli. Certo che in mezzo c'è un bel traffico.

> **P. Conte**

Un donna nella sua vita ha bisogno di quattro animali: una jaguar in garage, una tigre a letto, un visone sulla pelle e un asino che paghi.

> **Zsa Zsa Gabor**

Chi si accontenta non gode.

> **G. Pontiggia**

Un uomo politico ha detto: "Siamo sull'orlo dell'abisso ma presto faremo un passo avanti".

> **B. Lauzi**

Il traffico ha reso impossibile l'adulterio nelle ore di punta.

> **E. Flaiano**

Gli uomini sono piccole nuvole che si formano, passano e si sciolgono senza alterare minimamente le condizioni meteorologiche.

> **F. Fischer**

Chi non crede di valere più di quel che vale, vale davvero poco.

> **R. Gervaso**

Quando ci si vergogna veramente di ciò che abbiamo fatto, diciamo che era nostro dovere.

> **C. Vermorel**

All'inferno il diavolo è un eroe positivo.

> **S. J. Lec**

L'egoismo non consiste nel vivere come ci pare ma nell'esigere che gli altri vivano come pare a noi.

> **O. Wilde**

Prevedi il peggio. Sarà comunque un'efficace esercitazione.

> **D. Basili**

Prendersi troppo sul serio, può nuocere gravemente alla salute.

> **Anonimo**

Non essere più ascoltati: questa è la cosa terribile quando si diventa vecchi.

> **A. Camus**

Con la ricchezza crescono le preoccupazioni. Con la povertà non diminuiscono.

> **Orazio**

Strano paese il nostro. Colpisce i venditori di sigarette ma premia i venditori di fumo.

> **I. Montanelli**

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

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

BILANCIO AL 31/12/2014

STATO PATRIMONIALE

ATTIVO	31.12.2014	31.12.2013
A) Cred.v/soci per vers.ti anc.dovuti	0,00	0,00
B) Immobilizzazioni		
I. Immateriali (al netto di ammort.ti)	34.872,00	34.538,00
II. Materiali (al netto di ammor.ti)	2.349,00	2.340,00
III. Finanziarie	0,00	0,00
TOTALE IMMOBILIZZAZIONI	37.221,00	36.878,00
C) Attivo Circolante		
I. Rimanenze	0,00	0,00
II. Crediti		
- entro 12 mesi	356.000,00	339.558,00
- oltre 12 mesi	46,00	46,00
III. Att.finanz.che non cost.immob.	0,00	0,00
	356.046,00	339.604,00
IV. Disponibilità liquide	122.198,00	102.248,00
TOTALE ATTIVO CIRCOLANTE	478.244,00	441.852,00
D) Ratei e Risconti	53.029,00	79.828,00
Totale attivo	568.494,00	558.558,00

STATO PATRIMONIALE

PASSIVO	31.12.2014	31.12.2013
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	337.000,00	297.000,00
VIII. Utili (perdite) portati a nuovo	(289.989,00)	(168.128,00)
IX. Utile (perdite) dell'esercizio	(46.113,00)	(121.861,00)
TOTALE	103.917,00	110.030,00
B) Fondi per rischi e oneri	0,00	0,00
C) Trattamento fine rapporto	92.347,00	134.572,00
D) Debiti		
- entro 12 mesi	274.715,00	146.441,00
- oltre 12 mesi	97.515,00	167.515,00
	372.230,00	313.956,00
TOTALE	464.577,00	448.528,00
E) Ratei e risconti	0,00	0,00
Totale passivo	568.494,00	558.558,00
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	1.497.036,00	893.226,00
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	1.497.036,00	893.226,00

B) Costi della produzione

6) Per materie prime, suss., di cons. e merci	0,00	0,00
7) Per servizi	939.806,00	457.875,00
8) Per godimento di beni di terzi	214.969,00	213.900,00
9) Per il personale		
a) Salari e stipendi	254.809,00	221.075,00
b) Oneri sociali	68.609,00	64.105,00
c) Trattamento di fine rapporto	19.323,00	19.688,00
e) Altri costi	1.554,00	1.491,00
	344.295,00	306.359,00
10) Ammortamenti e svalutazioni		
a) Amm.to delle immob.ni imm.li	83,00	1.160,00
b) Amm.to delle immob.ni mat.li	990,00	1.301,00
	1.073,00	2.461,00
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	23.687,00	22.276,00
TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE	1.523.830,00	1.002.871,00

DIFFERENZA TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)**(26.794,00)****(109.645,00)****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	433,00	754,00
	433,00	754,00
17) Altri oneri finanziari		
- altri	2.150,00	1.808,00
	2.150,00	1.808,00
TOTALE PROVENTI E ONERI FINANZIARI	(1.717,00)	(1.054,00)

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	7,00	2.301,00
	7,00	2.301,00
21) Oneri:		
- minusvalenze da alienazioni	0,00	0,00
- varie	0,00	0,00
	0,00	0,00
TOTALE DELLE PARTITE STRAORDINARIE	7,00	2.301,00
Risultato prima delle imposte (A-B±C±D±E)	(28.504,00)	(108.398,00)
22) Imposte sul reddito dell'esercizio		
Correnti:		
- Ires	0,00	0,00
- Irap	17.609,00	13.463,00
	17.609,00	13.463,00
Anticipate	0,00	0,00
Correnti	0,00	0,00
23) Utile (Perdita) dell'esercizio	(46.113,00)	(121.861,00)

IL RAPPRESENTANTE LEGALE

Motolese Mario

Il sottoscritto Amministratore, consapevole delle responsabilità penali previste in caso di falsa dichiarazione, attesta ai sensi dell'art.47 D.P.R. 445/2000 la corrispondenza del presente documento a quello conservato agli atti della società.

Imposta di bollo assolta in modo virtuale tramite la Camera di Commercio di Roma autorizzazione Prot.n. 204354/01 del 06/12/2001 del Ministero delle Finanze di Roma.

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 € 25.00.
- ☺ Con un contributo di € 30.00 gli *Aderenti* alla Fondazione, possono richiedere il volume degli Atti del Congresso *Conoscere e Curare il Cuore* o gli Atti online.
- ☺ Coloro che desiderano offrire **Cuore & Salute** ai loro amici, debbono fornire l'indirizzo del destinatario unitamente al versamento della quota d'iscrizione. Sarà cura della segreteria informare dell'avvenuto omaggio (*).



MODULO PER ISCRIVERSI ALLA FONDAZIONE O PER ISCRIVERE UN AMICO

DESIDERO: ISCRIVERMI RINNOVARE L'ISCRIZIONE ISCRIVERE UN AMICO AL

CENTRO PER LA LOTTA CONTRO L'INFARTO - FONDAZIONE ONLUS

COGNOME NOME

CODICE FISCALE

VIA CAP CITTÀ

PROV. NATO A IL

E-MAIL CELL

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

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

VERSAMENTO SU C/C POSTALE N°64284003

BONIFICO BANCARIO IBAN IT 56 Y 01005 03213 000000012506

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

ASSEGNO NON TRASFERIBILE

CARTA DI CREDITO CIRCUITO VISA (COMUNICANDO NUMERO E SCADENZA)

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

DIRETTAMENTE PRESSO LA NOSTRA SEDE

AI NOSTRI LETTORI

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

Tutela della Privacy: I suoi dati personali sono presenti nel database del *Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus*. Sono stati raccolti, gestiti manualmente ed elettronicamente con la massima riservatezza ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 per informarla sulle attività della Fondazione, istituzionali e connesse, anche attraverso altri qualificati soggetti. In ogni momento lei potrà chiederne la modifica e l'eventuale cancellazione scrivendo al nostro responsabile dati: *Centro per la Lotta contro l'Infarto Fondazione Onlus - Via Pontremoli, 26 - 00182 Roma*.

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

DONA ORA

DIVENTA
SOCIO DEL CLI

LA NOSTRA
RICERCA

SOSTIENI IL CLI
CON IL TUO 5X1000

ARCHIVIO
NEWSLETTER



Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

NEWSLETTER

Capire per prevenire

di Antonella Labellarte



LA TERAPIA CON STATINE E IL DOLORE MUSCOLARE

di Antonella Labellarte

Una review cerca di fare il punto su un documento di consenso degli esperti.



L'IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE: UNA PATOLOGIA POCO DIAGNOSTICATA E POCO TRATTATA

di Massimo Uguccioni

Molte sono le condizioni morbide ed i fattori di rischio che predispongono allo sviluppo delle malattie cardiovascolari ed aumentano il rischio di infarto in età precoce.



TACHICARDIE PAROSSISTICHE SOPRAVENTRICOLARI E MANOVRA DI VALSALVA. LO STUDIO REVERT

di Antonella Labellarte

La comparsa di una tachicardia improvvisa è causa frequente di accesso ai dipartimenti di emergenza.

PER RICEVERE LA NEWSLETTER OGNI MESE CLICCA QUI



INVIA AD UN AMICO



www.centrolottainfarto.org

*Buon
Natale*

