

Cuore e Salute

N. 1-2 gennaio-febbraio 2020

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

CUORE E SALUTE • N. 1-2 GENNAIO-FEBBRAIO 2020

ANNO XXXVIII • 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

Non baciare il paziente

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



Centro per la Lotta contro l'Infarto
Fondazione Onlus

Capire per prevenire

5X1000

LA NOSTRA RICERCA HA BISOGNO DEL TUO AIUTO!

Una scelta che fa bene al cuore

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

COME DESTINARE IL TUO 5 X1000

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

Firma per la prevenzione

oppure

Firma per la ricerca

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

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

FIRMA

Mario Rossi

Codice fiscale del beneficiario (eventuale)

97020090581

Finanziamento della ricerca scientifica e della università

FIRMA

Mario Rossi

Codice fiscale del beneficiario (eventuale)

97020090581

SEGUICI SU: www.centrolottainfarto.it



Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Presidente
Francesco Prati

Presidente onorario
Mario Motolese

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

EDUCAZIONE SANITARIA

Il CLI promuove l'educazione sanitaria attraverso:

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

CULTURA MEDICA

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

RICERCA SCIENTIFICA

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

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

S O M M A R I O

N. 1-2/2020

- 4 • **Senectus, ipsa morbus** Eligio Piccolo
- 7 • **Non baciare il paziente** Filippo Stazi
- 11 • *I rischi della "Guerra elettronica" [E.P.]*
- 12 • **Chi è il papà della "Sindrome di Pickwick"? (e qualche altra storia poco amena)** Salvatore Milito



- 17 • **Vita di medico**
Tako-Tsubo, il lutto e le cartelle cliniche Bruno Domenichelli



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

- 25 • **Medicina e Società**
Unità coronarica e unità cerebrale Eligio Piccolo

- 27 • **I nuovi fattori di rischio**
La gravidanza predice il destino del cuore della mamma Filippo Stazi

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

- 30 • **Ecologia della mente**
Messaggio nella bottiglia: la gioia dentro di te
Bruno Domenichelli

- 32 • *Bambini di corsa a lavare i denti 2.o [F.S.]*

- 34 • **Francisco Chico Mendes. Un eroe per l'Amazzonia**
Alberto Dolara



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

Direttore Responsabile
Filippo Stazi

Vice Direttori
Elegio Piccolo
Francesco Prati

Coordinamento Editoriale
Marina Andreani

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

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

Ufficio abbonamenti e pubblicità
Maria Teresa Bianchi

Progetto grafico e impaginazione
Valentina Girola

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

Anno XXXVIII
n. 1-2 Gennaio-Febrero
*Poste Italiane SpA - Spedizione
in abbonamento postale - D.L.
353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art 1, comma 1,
Aut.C/RM/07//2013
Pubblicazione registrata al Tribunale
di Roma il 3 giugno 1983 n. 199*
Associata Unione Stampa Periodica
Italiana



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

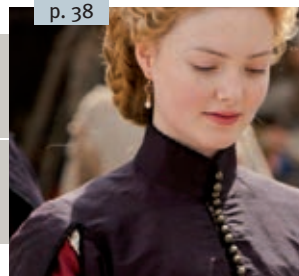
**Direzione, Coordinamento
Editoriale, Redazione di Cuore e
Salute**
Tel. 06.6570867
E-mail: cuoreesalute@centrolottainfarto.it

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



- 37 • **La vignetta di Cip** Giovanni Ciprotti
- 38 • **La Palla di Tiche**
Lucrezia Borgia Paola Giovetti
- 44 • **Ecologia dello spirito**
Ideali B.D.
- 45 • **La mia giornata mondiale senza tabacco** Eligio Piccolo
- 47 • **Aneddoti Romani. Il sacrificio di Braghettone [F.S.]**
- 48 • **Quaderno a Quadretti** Franco Fontanini
- 51 • **Il cartaceo [E.P.]**
- 52 • **Lettere a Cuore e Salute**
- *Allergia all'aspirina? Ahì, ahì, ahì!!!*, Salvatore Milito
- *La solitudine*, Filippo Stazi
- 55 • **Conoscere e Curare il Cuore 2020**
- 60 • **Un cane contro l'infarto [E.P.]**
- 61 • **Il cuore in cucina**
Involtini di verza con patate al forno Marina Andreani
- 62 • **Aforismi**

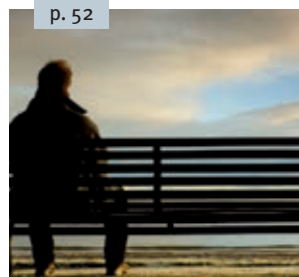
p. 38



p. 48



p. 52



Preghiera di Sir Robert Hutchinson

“Dalla smania di voler far troppo;
dall'eccessivo entusiasmo per le novità
e dal disprezzo per ciò che è vecchio;
dall'anteporre le nozioni alla saggezza,
la scienza all'arte e l'intelligenza al buon senso;
dal trattare i pazienti come casi
e dal rendere la cura più penosa della stessa malattia,
guardaci, o Signore!”

LA COLLABORAZIONE A CUORE E SALUTE È GRADITA E APERTA A TUTTI. LA DIREZIONE SI RISERVA IL DIRITTO DI APPORTARE TAGLI E MODIFICHE CHE VERRANNO CONCORDATE CON L'AUTORE. I TESTI E LE ILLUSTRAZIONI ANCHE NON PUBBLICATI, NON VERRANNO RESTITUITI.

L'Editore si scusa per eventuali omissioni o inesattezze delle fonti delle immagini, dovute a difficoltà di comunicazione con gli autori.



di **Eligio Piccolo**

Senectus, ipsa morbus

La vecchiaia è di per sé stessa una malattia, diceva il commediografo Publio Terenzio, e non certo per esperienza personale poiché lui dell'inesorabile decadenza fisica e psicologica non ne sentì nemmeno i presupposti essendo deceduto a soli 26 anni per naufragio. Evidentemente la sua iuventus si era scontrata con qualche intransigenza di altri seniores. Lo vediamo anche nei giovani d'oggi, che, forse con meno pietas dello scrittore latino, vanno subito sul matusa o sul rincoglionito. Prima di tutto con le persone che vivono loro accanto, genitori e insegnanti; su un piano tuttavia ancora affettuoso o timidamente burlesco. Dove invece la realtà senile si è fatta dura per tutti, medici, pazienti e familiari, è quella generata dall'attuale allungamento della vita, quando sempre più acciacchi hanno l'opportunità di affiorare, l'impegno sanitario deve adeguarsi e coloro che vivono accanto al vecchio ("dove lo metto?") ne sono coinvolti. Niente di drammatico, si capisce, finché il cervello comanda e l'assistenza è facilmente gestibile. Finché il vivere non fa pensare al non vivere.

Anni fa con gli amici Gigi Prati e Franco Fontanini, in uno degli incontri per dirigere questa rivista ci erava-

SENECTUS
IPSA EST
MORBUS



Terenzio
(Cartagine 190, Grecia 159 a.C.)



mo posti il problema del “capolinea”, che viene per tutti e in noi era già incombente. Gigi, con la franchezza che gli era abituale quando non offendeva nessuno, disse, papale, “per me la vecchiaia è una catastrofe”, non si dilungò in precisazioni, come succede nella convinzione di dire pane al pane e vino al vino. Franco, che forse non ci voleva pensare, fresco di nozze dopo la vedovanza, ammiccò e ci mise sull’avviso di non fare programmi oltre i dodici mesi. La mia tentò di essere una conciliazione con la vita, con le sue fasi fisiologiche, ognuna delle quali ha il pro e il contro; ogni frutto ha la sua stagione dissi e per scusarmi della banalità citai una considerazione del biblista Gianfranco Ravasi: “La vecchiaia è triste non perché cessano le gioie, ma perché mancano le speranze”. Dovet-

ti però convenire con entrambi le amarezze delle malattie che ci ridimensionano e quasi ci castigano, ma di più con le involuzioni cerebrali, in alcuni più precoci e debilitanti. Riandando ai nostri padri antichi, Cicerone scrisse un aulico libretto “De senectute”, sull’arte di invecchiare, vista da lui come un bicchiere mezzo pieno dove ci versava convertendole in senso positivo le quattro considerazioni negative che lo scrittore metteva in bocca a Catone: 1) la vecchiaia, diceva, non distoglie affatto dalla vita attiva se riusciamo a mantenerci impegnati con il nostro cervello e appassionati anche ai problemi più semplici, come l’agricoltura (Cincinnato aveva lasciato il segno); 2) non toglieva le forze fisiche se uno le sapeva conservare e misurare, adattandole alle nuove circostanze; 3) non privava di tutte

le gioie della vita se si sapeva guardare allo spegnimento delle passioni, non come il piacere negato, ma piuttosto la liberazione da una schiavitù; e infine 4) se sapevamo dare alla sensazione dell’avvicinarsi sempre più al fine vita il giusto significato di un ritorno alle origini, ci sarebbe parso come il rientro nel porto dopo una lunga navigazione.

Aveva un bel dire il grande oratore romano, che non sapeva cosa fossero le malattie cardiovascolari, i bypass, i tumori e l’Alzheimer, problemi che allora non si ponevano, né si dovevano gestire. Catone arrivò fino agli 85 anni lucido e impegnato a ripetere, non come una fissazione demenziale ma un dovere imperativo, che Cartagine andava distrutta. Altri esempi di lunga vita però erano difficili da trovare allora, perché chi non mo-



valle come devono fare oggi la Sanità e anche le famiglie. Gli Stati Uniti poi, che non hanno la nostra assistenza sociale, ne sono talmente coinvolti da dover dedicare nelle loro riviste mediche specifiche valutazioni sulla sopravvivenza, sulle cure e soprattutto sulla spesa per le persone che raggiungono i 75 e gli 85 anni. Vi si riportano risultati interessanti, ma anche abbastanza prevedibili, come il fatto che la mortalità è direttamente proporzionale al grado di invalidità e che peggio di tutti vanno coloro che sono ricoverati nelle istituzioni tipo case di riposo o simili anziché in famiglia. La spesa sanitaria invece non varia fra chi ha minore invalidità con migliore previsione di vita e coloro che sono meno fortunati. Anche questo non sorprende perché oggi si fa molto sia per aggiustare i guasti delle malattie dell'età che per prevenirli. Vi è un aspetto della senilità, che già Cicerone aveva rilevato quando raccomandava di affrontare con spirito positivo quelle proble-

riva di malattie, oggi curabili, o di assassinio, come lo stesso Cicerone, raramente superava la sesta decade. Il problema dell'assistenza all'anziano invalido e non autosufficiente si risolveva a monte, non a

matiche: è la depressione che può insinuarsi in chi non ha reagito nel modo giusto alle avversità e agli acciacchi.

Tutti forse nel segreto del loro cuore temono di lasciarsi coinvolgere dallo sconforto che il domani è sempre meno domani, mentre cercano di evitare, questo sì, quell'inerzia ottusa, quel sonno della ragione che non si accetta, così bene descritti da Italo Svevo nel suo romanzo "Senilità".



di **Filippo Stazi**

Non bacciate il paziente

La prima classe costa mille lire, la seconda cento, la terza dolore e spavento (*Titanic, Francesco De Gregori*)

L'emigrazione verso il continente americano è stato il più massiccio spostamento di individui nella storia moderna: più di venti milioni di persone sono arrivate negli Stati Uniti tra il 1892 e il 1924, dodici milioni nella sola New York. Dall'Italia arrivarono ogni anno decine di migliaia di contadini: tra il 1876 e il 1988 furono quasi ventisette milioni i nostri connazionali emigrati nel nuovo continente. Il sogno americano si alimentava delle immagini dei bastimenti proposte dalle numerose compagnie di navigazione. La pubblicità dell'epoca fece centro nell'alimentare i "sogni" degli aspiranti migranti. Il transatlantico imponente e leggero, sicuro sui mari in tempesta, nutriva la speranza del sogno americano: chi avesse raggiunto la Statua della Libertà avrebbe avuto una vita dignito-



Ellis Island

sa, lontana dalla miseria, dalla fame e dalle malattie.

A partire sono i poveri, in cerca di danaro e fortuna. Emigrare è l'unica risorsa che resta loro, non sanno né leggere né scrivere, non hanno la prospettiva di un lavoro sicuro, a volte sono malati, tanti sono minorenni o bambini. Molti di loro non hanno mai visto nient'altro se non il paese dove sono nati.

Tanti sono lavoratori occasionali, alla ricerca di un impiego che consenta loro di guadagnare un po' di soldi e tornare a casa prima possibile. Sono persone che non si integreranno mai con il resto della popolazione americana e a

stento parleranno l'inglese. Il tipico emigrante dell'epoca è un uomo, spesso giovane, che di solito viaggia con un gruppo di compaesani, è di origine contadina e per lo più al seguito di qualcuno che ha già compiuto il viaggio.

Le navi a vapore, dopo traversate spesso difficili, arrivavano nel porto di New York dove si svolgevano le procedure di accettazione o meno degli immigrati. La stazione federale per il controllo dell'immigrazione si trovava a Ellis Island, un isolotto posto nella baia di New York, alla foce del fiume Hudson, a due miglia da Manhattan, da cui è ben visibile la Statua della Libertà. Fino

al 1954 ha rappresentato la "porta d'ingresso per l'America". Il suo nome originario era "Kioshk" o isola delle Ostriche, nel tempo l'isola divenne un rifugio per pirati, poi un deposito di munizioni e prese altri nomi (isola di Bucking, isola di Anderson) tra cui quello di un suo proprietario, Samuel Ellis, cui deve la denominazione attuale. L'originaria superficie (poco più di un ettaro) fu incrementata fra il 1890 e il 1930 con i detriti derivanti dagli scavi della metropolitana di New York, fino a raggiungere gli attuali 11 ettari. La scelta di un'isola non fu casuale: le fughe erano meno facili e la popolazione americana non rischiava il contagio di qualche malattia portata dallo "straniero".

La Legge Federale (Federal Act) del 1891 sull'immigrazione prevedeva l'esclusione degli "idioti", delle persone insane, dei poveri e di coloro che potevano rappresentare un carico per la società, nonché le persone che soffrivano di una malattia contagiosa pericolosa. Altre categorie da escludere erano rappresentate da criminali, poligamici e lavoratori a contratto. Per l'America di allora non si trattava solo



Immigrati in fila a Ellis Island

di tutelare i cittadini americani dalle malattie infettive, ma soprattutto di fare entrare solo immigrati in grado di lavorare. Per questo venivano respinti vecchi, malati contagiosi, menomati fisici e mentali, zoppi, gobbi. L'America era spietata con chi poteva diventare un peso e ad Ellis Island applicava con rigore la legge federale del 1891.

Una volta arrivati in America i passeggeri di prima e seconda classe erano esaminati a bordo dei piroscafi. Quelli di terza, "passeggeri di stiva", erano invece traghettati ad Ellis Island per essere sottoposti al controllo medico e legale. Sbarcati sull'isola gli immigrati, con in mano i documenti di viaggio con le informazioni della nave che li aveva portati a New York, formavano un'interminabile coda lungo le scale che conducevano alla cosiddetta sala dei Registri. I medici ispezionavano i nuovi arrivati mentre erano in coda, avendo a disposizione in media solo 6 secondi per ognuno di loro per individuare quelli potenzialmente affetti da patologie e pertanto da respingere o sottoporre ad ulteriori approfondimenti. A volte erano i controlli stessi causa di malat-

tie. Per esaminare gli occhi degli immigrati, ad esempio, i medici usavano una specie di uncino per rivoltare la palpebra, uncino che però non sterilizzavano tra una visita e un'altra e che diveniva quindi strumento di possibile contagio. Se una patologia veniva trovata o sospettata i medici segnavano col gesso la lettera corrispondente (Fig. 1), traevano fuori della coda il malato e lo avviavano agli ulteriori controlli.

X	.....	SOSPETTO DISTURBO MENTALE
X	col cerchio intorno	DISTURBO MENTALE ACCERTATO
B	.....	GOBBA
C	.....	CONGIUNTIVITE
CT	.....	TRACOMA
E	.....	OCCHI
F	.....	FACCIA
FT	.....	PIEDI
G	.....	GOZZO
H	.....	CUORE
K	.....	ERNIA
L	.....	ZOPPIA
N	.....	COLLO
P	.....	POLMONI
PG	.....	GRAVIDANZA
SC	.....	CUOIO CAPELLUTO
S	.....	VECCHIAIA

Fig. 1

Le persone valutate in salute venivano accompagnate nella Sala dei Registri, dove gli ispettori prendevano nota di nome, luogo di nascita, stato civile, luogo di destinazione, disponibilità di denaro, professione ed eventuali precedenti penali. Una volta ricevuto il permesso di sbarcare, gli immigrati venivano accompagnati al molo del traghetto per Manhattan. Per i ritenuti non idonei, invece, c'era l'immediato reimbarco sulla stessa nave che li aveva portati negli Stati Uniti, la quale, in base alla legislazione americana, aveva l'obbligo di riportarli al porto di provenienza. Risulta comunque che solo il due per cento degli immigrati sia stato respinto.

Presso il centro di accoglienza, durante il boom migratorio, arrivarono il doppio delle persone previste e per cui era stato progettato. Il complesso comprendeva pertanto diversi edi-

fici realizzati in più tempi per sopperire alla grande quantità di persone che continuavano ad arrivare nell'isola ogni anno. Il carico di lavoro per il servizio sanitario fu enorme. Durante gli anni di maggiore immigrazione, dal 1892 al 1924, l'U.S. Public Health Service ispezionò e curò più di 12 milioni di immigrati. A Ellis Island uno staff di 40 medici gestiva ogni tipo di problemi medici, dai traumi lievi alle rare malattie tropicali. A partire dal 1911 più di 15 fabbricati sull'isola erano dedicati alle cure mediche. Oltre all'ospedale principale di 275 letti vi erano infatti vari reparti di malattie infettive per una capienza totale di 450 ricoverati. Sull'isola si trovavano poi laboratori, un reparto psichiatrico, sale operatorie, un gabinetto radiologico ed una sala mortuaria. L'ospedale per le malattie infettive, aperto nel 1911, curò prevalentemente bambini affetti dalle tipiche malattie dell'infanzia (morbillo, difterite, scarlattina) in genere contratte durante il viaggio transatlantico. A causa delle promiscue condizioni di ricovero, però, i bambini spesso si

contagiavano vicendevolmente e presentavano quindi più di una malattia infettiva. Fortunatamente la maggior parte dei malati si riprendeva e poteva essere riunita alla famiglia dopo un ricovero ospedaliero che durava mediamente una o due settimane. Periodo che per i piccoli malati, allontanati dall'affetto dei familiari, non doveva essere facile considerato anche il tipo di trattamento che ricevevano, ben sintetizzato dal monito sanitario rivolto alle infermiere che operavano nei reparti infettivi: "non baciate il paziente".

La meccanicità con cui avvenivano le visite mediche è resa bene nel film *Nuovomondo* (2006), di Emanuele Crialese, che racconta la storia di un'emigrazione familiare nei primi anni del '900. Dal piccolo paese siciliano di Petralia Sottana, Salvatore Mancuso parte con i figli Angelo e Pietro, e con l'anziana madre Fortunata, alla volta di New York. Dopo la traversata oceanica la famiglia di Salvatore è sottoposta agli umilianti controlli sanitari. La madre di Salvatore è subito segnata con una "X", in realtà non ha al-

cun disturbo mentale, è semplicemente non collaborativa perché è una donna anziana, che ha alle spalle un viaggio transoceanico di settimane, disorientata dal carnaio di Ellis Island, confusa dalle domande dei medici, spaventata da visite mediche (anche quella degli occhi) che fanno male. Lei che quel viaggio non l'aveva mai approvato: "Le animuzze dei morti non vogliono che ce ne andiamo". Lei che in terra straniera avverte gli ispettori come gente strana, straniera, estranea. Per lei ci sarà il rimpatrio.

La prima immigrata passò da Ellis Island il 1 gennaio 1892: era Annie Moore, una ragazzina di 15 anni che arrivava dall'Irlanda. Il 12 novembre 1954 Ellis Island fu chiusa, e gli edifici andarono in rovina per il disuso. Nel 1990 fu avviato un programma di interventi per restaurare i vecchi edifici e oggi Ellis Island è aperta al pubblico, con un museo e un centro per i visitatori. Quasi la metà della popolazione americana attuale ha almeno un antenato che è arrivato negli Stati Uniti attraverso Ellis Island.

“

I rischi della “guerra elettronica”

Sono quelli che corrono i ragazzi mentre la combattono nella PlayStation, magari costretti perché una sana competizione fisica con i compagni o lo sport agonistico

sono stati loro vietati a causa di una qualche malformazione. Lo segnalano alcuni ricercatori, capeggiati da Claire Lawley dell'Università di Sydney, sul *New England Journal of Medicine* del 19 settembre 2019. Essi riportano l'avventura, per fortuna finita bene, di tre ragazzi, ovviamente maschi, i quali a causa del riposo forzato si divertivano a mettere in competizione bellica sé stessi nella PlayStation, e mentre stavano vincendo svenivano, perdevano conoscenza. La causa, documentata poi, era un'aritmia ventricolare, degenerata in fibrillazione, che si risolveva spontaneamente e quindi non esitava nell'irreparabile. Le ricerche diagnostiche successive dimostrarono i presupposti, o genetici o di pregressa cardiopatia congenita operata, sui quali l'aumento dell'adrenalina dovuto all'emozione “bellica” aveva fatto da ponte per scatenare l'aritmia potenzialmente maligna. Insomma, non c'è mai pace con questi ragazzi: se corrono sui campi sportivi rischiano la morte improvvisa, se lo fanno con i moderni giocattoli, l'electronic gaming, pure.

Cerchiamo però di essere un po' più razionali in questo guazzabuglio che è il nostro fisico, senza gli allarmi esagerati cui si è ricorso in passato. Per prima cosa nel giovane non ci sono ancora le malattie dell'età, quelle che a seguito di pressione alta, fumo o colesterolo portano all'arteriosclerosi. In loro i problemi si spostano quindi su difetti congeniti, evidenti o nascosti, o su infezioni che abbiano danneggiato il cuore, quando non sia coinvolta la droga pesante. A questi però aggiungerei anche un fattore, diciamo così, costituzionale, quello che fa di uno un atleta, robusto, resistente ad ogni fatica; ma anche uno cagionevole, nel quale, detto alla toscana, “ogni guazza lo bagna”. Un fattore che va attentamente seguito, sia nel robusto che può nascondere qualche lesione subdola, come il capitano della Fiorentina recentemente scomparso, e sia nel riformato alla leva, il quale se evita di cimentarsi può superare i 90 in buone condizioni, vedi il molto citato Andreotti.

Il racconto dei tre casi australiani è di grande insegnamento poiché mette l'accento sul fattore emotivo che stimola le ghiandole surrenali a produrre l'adrenalina, ormone indispensabile per tante nostre reazioni fisiologiche, ma pericolosa se si combina con un cuore che per vari motivi non tollera questa interferenza o gli si aggiunge la droga. L'aveva annunciato molti anni fa Hans Selye, che non sapendo come definire tale reazione pericolosa e le lesioni che egli otteneva nell'animale la chiamò “stress”. Alla fine degli anni 50, quando lo incontrai a un congresso americano, gli chiesi se le lesioni che ci aveva presentato, da lui ottenute nel cuore dei topi a seguito dello stress, si sarebbero potute verificare nell'uomo. Non lo escluse, ma mi fece capire che c'era ancora molto cammino da fare, sia sperimentale che clinico. La storia medica successiva gli ha dato molte conferme, che ci hanno portato oggi a comprendere il ruolo dello stress, sia come momento acuto della spremitura delle ghiandole surrenali, che, forse, come azione cronica, nel generare quei “locus minoris resistentiae” che poi troviamo nel cuore vivente o conservato.

Le conoscenze ottenute in quei giovani sono certamente utili, come tutte le osservazioni mediche, ma speriamo non vengano tramutate in legge per la prevenzione di quelle situazioni; rischieremo infatti un inghippo burocratico peggiore dei precedenti, come il famoso “tacôn” è peggio del “buso”. Scusate il sottofondo polemico, ma talvolta sono portato a pensare che i criteri grossolani e di praticaccia vissuta, con cui gli addetti alla visita di leva discriminavano l'abile dall'inabile, il marinaio dal bersagliere, ci ‘chiappavano meglio di tante visite sportive. Sorvegliamo, ci mancherebbe, i nostri figli e nipoti con le nozioni precise che abbiamo in abbondanza, ma cerchiamo di non voler fare di un brocco un cavallo di razza, perderemmo l'uno e l'altro. Perfino nelle guerre “stellari”.



E.P.

”



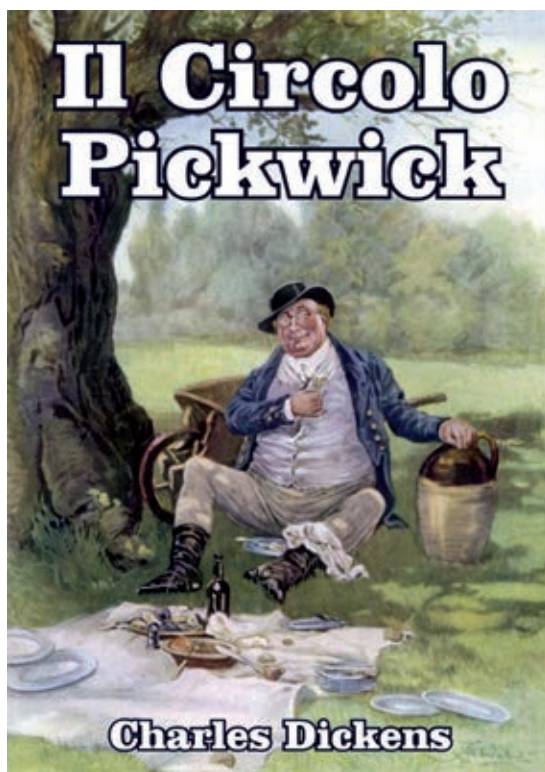
di Salvatore Milito

Chi è il papà della “Sindrome di Pickwick”?

(e qualche altra storia poco amena)

L'eponimo

In medicina il termine eponimo (dal greco *epónimos*, epí -“sopra”- e *ónyma* -nome-) designa il personaggio, perlopiù medico, che ha dato il proprio nome a una malattia, una sindrome, un sintomo, un segno clinico, un organo anatomico o una procedura diagnostica o terapeutica. La medicina pullula di eponimi. Noti al grande pubblico sono, per esempio, la malattia di Parkinson, la malattia di Alzheimer, la Sindrome di Down, la tromba di Eustachio. L'attribuzione dell'eponimo avviene per una giusta riconoscenza del merito ma la prassi è in via di scomparsa e vengono sempre più preferiti acronimi o denominazioni basati sulle caratteristiche più salienti della malattia (ad esempio: Spondilite Anchilosante anziché Malattia di Bechterew, Sarcoidosi al posto di Malattia di Besnier-Schaumann-Boeck). Il motivo di queste progressive cadute in desuetudine risiede nel proposito di dare all'appellativo della malattia doti di immediatezza e sintesi descrittiva.



Il codice di Norimberga e la tutela della persona

In caso di indegnità o comportamento gravemente antideontologico dell'autore della scoperta, da molte parti si propone di bandire il relativo eponimo dalla nomenclatura medica. Tra i tanti, Julius Reiter, ex-medico nazista autore di esperimenti disumani sugli internati di Buchenwald e il cui nome si tende a rimuovere (sebbene con molte resistenze) dal trinomio dell'Artrite Reattiva di Reiter-Fiesinger-Leroy; Friedrich Wegener, il cui nome si vuol dissociare dalla Poliangiote Granulomatosa (della quale per primo diede la descrizione) perché da medico nazista fu implicato nella selezione degli ebrei da mandare nelle camere a gas; Hans Eppinger, autore di esperimenti letali su cavie umane a Dachau, al quale si deve peraltro la descrizione (indipendentemente da Cesare Frugoni) della splenomegalia congestizia da trombosi della vena splenica o malattia di Eppinger-Cauchois-Frugoni. Anche il pediatra austriaco e sostenitore del nazional-socialismo Hans Asperger, che ha dato il suo nome all'omonima sindrome dello spettro au-



Hans Asperger

tistico, avrebbe, secondo lo storico della medicina Herwig Czech (*"Molecular Autism"*, aprile 2018), collaborato attivamente con le politiche naziste di eugenetica mediante sterilizzazioni forzate e programmi di eutanasia di bambini disabili, molti dei quali ebrei. Nel tribunale di Norimberga del 1946, questi ed altri atroci reati commessi nei campi di sterminio nazisti vennero pesantemente condannati e resi imprescrittibili nell'articolo 6 dell'apposito Codice sotto la voce "Crimini contro l'umanità". Ciononostante alcuni eponimi sono rimasti in uso nella terminologia medica ben dopo essere stati marchiati dall'ignominia. Tra i nomi più tristemente noti per la loro nefandezza è ancora vivo quello di Joseph Mengele, medico SS i cui esperimenti sui gemelli ad Auschwitz-Birkenau miravano a rafforzare la dottrina del Terzo Reich sulla superiorità della razza ariana. Di questo zelante archetipo dell'estrema crudeltà applicata alla medicina non ci è pervenuto alcun eponimo ma è entrato nella memoria collettiva con il soprannome infamante di "Angelo della Morte".

Contese e aspettative frustrate

L'eponimo malattia di Behçet (vasculite multisistemica con aftosi orale e genitale, uveite, lesioni cutanee e articolari), è in vigore in Turchia (patria di Behçet) e non solo. In Grecia la stessa patologia prende invece il nome di Adamantiades, medico ellenico che, in modo indipendente, ha descritto l'affezione. Questa avrebbe forse portato i due nomi abbinati se fra i paesi d'origine dei due autori non vi fossero stati i noti, storici dissapori. Venendo ai nostri patri lidi, nel 1873 il medico ascolano Luigi Luciani fu lo scopritore riconosciuto di una particolare alterazione periodica del ritmo cardiaco sul cuore di rana. Venticinque anni dopo, nel 1898, il cardiologo olandese Karel Wenckebach descrisse la stessa aritmia nell'uomo. Da allora il fenomeno (che si osserva frequentemente nel corso di un blocco atrioventricolare di secondo grado tipo Mobitz I) viene detto, almeno da noi, Periodismo di Luciani-Wenckebach. Ma, nonostante l'italiano sia stato incontestabilmente il primo ad aver identificato il peculiare disturbo di conduzione dell'impulso cardiaco, sempre di più si tende ad associarvi, soprattutto nei paesi anglosassoni, il solo nome di Wenckebach. Ora, se per qualche ragione si ritiene ancora opportuno, in determinati casi, designare una malattia con il suo eponimo, a chi di dovere spetterebbe il compito di difendere alcuni nomi nostrani illustri, come quello di Luciani ed altri, minacciati di perenne oblio o già ingiustamente dimenticati. Nazionalismo démodé? Fatuo atto notarile? No, doveroso tributo.

Eponimi d'Arte

All'opposto degli eponimi che ricordano le già menzionate abiezioni naziste ve n'è uno per niente fosco ma che, anzi, per la carica umana del personaggio che ne è all'origine, può suscitare qualche sorriso. Si tratta della sindrome di Pickwick, la quale non porta il nome di un medico bensì quello di un famoso romanzo di Charles Dickens (1812-1870): "The posthumous pa-



Karel Wenckebach

pers of Pickwick club", poi abbreviato in "The Pickwick papers" (in Italiano tradotto in "Il circolo Pickwick"). Il genio satirico inglese, appena ventiquattrenne, pubblica la spassosa novella tra il 1836 e il 1837. L'affresco picaresco, uno dei massimi capolavori della letteratura d'oltremarina, dipinge una certa Inghilterra popolata da imbroglioni e individui stravaganti ancorché ricca di umanità.

Oltre ad aver creato alcuni personaggi tra i più famosi e popolari della letteratura del XIX secolo (Oliver Twist, David Copperfield, Scrooge, ecc.), Dickens ebbe altri meriti: con i suoi scritti diede impulso alla na-

sciente pediatria britannica della sua epoca, segnalando l'alto tasso di mortalità infantile (un terzo della popolazione londinese) e i nefasti effetti della povertà sui bambini; denunciò la vita grama di ragazzini sfruttati e maltrattati, la cui infanzia venne sacrificata alle esigenze della rivoluzione industriale in atto; contribuì alla creazione del primo "Ospedale Ortopedico per la Cura degli Storpi"; diede nei suoi racconti precise raffigurazioni di personaggi affetti da asma, tubercolosi, epilessia, ictus. Nel suo "Circolo Pickwick" c'è un ragazzo, detto Joe the Fat Boy, insaziabile ghiottone, tuttofare e cocchiere del suo padrone, "così meravigliosamente grasso" ed incline ad addormentarsi e a russare in qualsiasi ora del giorno che perfino durante la simulazione di una battaglia militare rimbombante di colpi di arma da fuoco "se la dormiva saporitamente come se il tuonar del cannone fosse una ninna nanna".

**Assodato: esorbitante
grassezza e respiro
sofferto vanno a braccetto**

Nel 1956, più di cento anni dopo l'uscita del romanzo di Dickens, il tratto distintivo di Fat Joe viene citato dal dottor

Sidney Burwell et al. in un lavoro dal titolo "Extreme obesity associated with alveolar hypoventilation; a Pickwickian syndrome" [*Am J Med* 1956;21(5):811-8]. L'articolo descrive il caso di un paziente cinquantenne alto poco più di un metro e sessanta e del peso di centoventi chili (cioè avente, in termini odierni, un BMI -Body Mass Index- pari a 43, equivalente a obesità grave). L'obesità descritta è di tipo centrale, "a mela", cioè a distribuzione prevalentemente toraco-addominale, dunque viscerale. Il collo del soggetto è corto ed ha una circonferenza di quasi 50 cm. L'uomo venne ricoverato perché, oltre ad

essere affetto da intensa stanchezza, sprofondava ogni pochi minuti, durante il giorno, in un sonno irresistibile dal quale era difficile risvegliarlo. Essendo un giocatore abituale di poker, un recente, sventurato episodio lo aveva convinto a ricorrere alle cure mediche: a causa di un pesante colpo di sonno durante una partita con una ricca posta in gioco gli era sfuggita la possibilità di far fruttare il full d'assi che aveva in mano. Nell'articolo di Burwell di cui sopra si fa riferimento a Pickwick ma sembra si debba invece, secondo alcuni, attribuire a Sir William Osler (1849-1919), grande medico canadese, bibliofilo



Charles Dickens

e appassionato lettore di Charles Dickens, la paternità dell'eponimo. Ma i pareri al proposito sono discordanti.

Il busillis intriga un medico italiano

Francesco Sgambato et al. (Ospedale Fatebenefratelli, Benevento) scrivono [*Italian Journal of Medicine* (2010) 4, 74-80] che dopo aver tentato di individuare su più fonti chi per primo avesse utilizzato il nome di Pickwick per descrivere la sindrome con l'eponimo del personaggio dickensiano, ebbero una dritta decisiva dal prof. Vito Cagli: la risposta l'avrebbero avuta dalla consultazione della VI edizione del 1906 del libro di Osler "The Principles and Practice of Medicine". Letto il testo, Sgambato scrive: "Qui, a pag. 431 ab-

biamo avuto il piacere di veder confermato che William Osler [...] aveva aggiunto le poche parole che correlavano il quadro clinico al personaggio di Joe: "A remarkable phenomenon associated with excessive fat in young persons is an uncontrollable tendency to sleep, like the fat boy in Pickwick I have seen one instance of it" (Un sorprendente fenomeno associato all'eccesso di grasso nei giovani è una tendenza incontrollabile a dormire, come il ragazzo grasso di Pickwick, di cui ho visto un caso)". Aggiunge però Sgambato che prima ancora, nel 1899, Christopher Heath, presidente della Società Clinica di Londra, avrebbe messo in relazione, ma solo verbalmente, la sindrome obesità-eccesso di sonnolenza diurna con il nome di Pickwick.

Letteratura, musa della medicina

Joe il grassone è dunque il paradigma dell'affezione succitata e della quale Dickens, nel suo romanzo, ha tratteggiato i contorni con tale precisione da non sfigurare di fronte alla più puntigliosa anamnesi medica. In seguito Burwell e molti altri, precedenti, pare, da William Osler, hanno raccolto sotto il nome di Pickwick la sindrome dominata da obesità estrema, ipopnea, sonnolenza incontrollabile nelle ore diurne, apnea notturna di tipo ostruttivo. Il tutto su una base di ridotta escursione del diaframma per l'aumentato volume del grasso e dei visceri addominali, ipossiemia, ipercapnia, sovraccarico di lavoro, "antieconomico", dei muscoli ausiliari del respiro, ridotta sensibilità dei centri respiratori bulbari all'anidride carbonica, ridotta mobilità globale del soggetto con decondizionamento fisico. Nel 1983, in una lettera al *New England Journal of Medicine*, J.J. Adler proponeva di etichettare il problema come Sindrome di Falstaff, celebre personaggio obeso che Shakespeare dipinse come una "enorme collina di carne" sonnolenta ("Russa come un cavallo e respira penosamente"). Tuttavia il bardo non diede una descrizione del quadro così accurata come quella data secoli più tardi da Dickens. Altro precedente, narrato da Diodoro Siculo, fu quello del grassone e panciuto tiranno di Bitinia, Dionisio di Eraclea (III° secolo A.C.), che alcuni schiavi erano addirittura incaricati di tirar fuori dal suo profondo sonno pungendolo con lunghi aghi di rame.



Vito Cagli

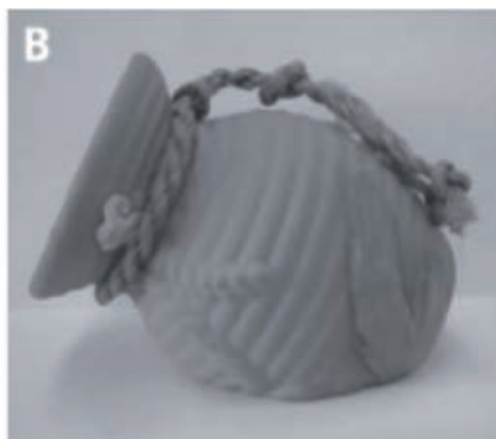
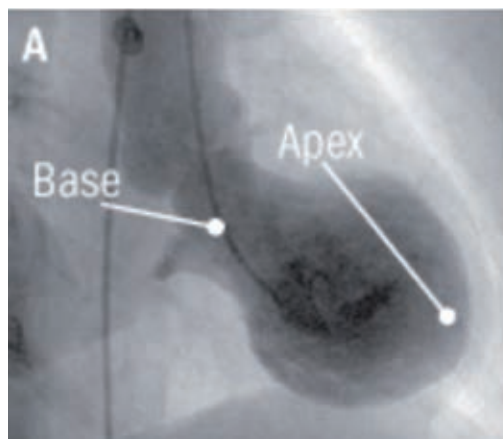


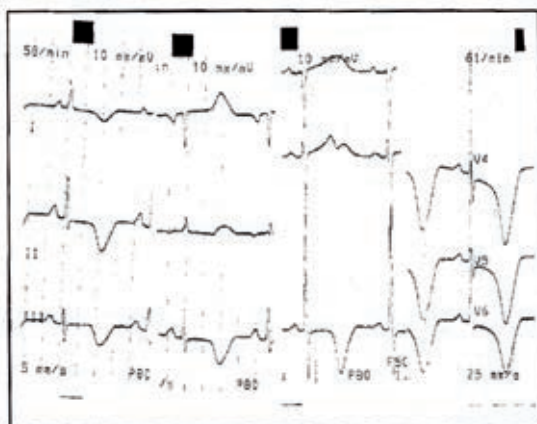
di Bruno Domenichelli

Tako-Tsubo, il lutto e le cartelle cliniche

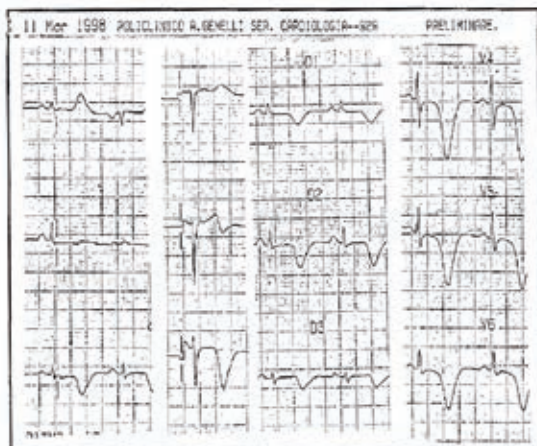
Tako-tsubo: può sembrare il nome dell'ultimo samurai, ma, in Giappone è una tradizionale trappola per catturare i polpi: una specie di cestello (tsubo), in cui si infila il polpo (tako) che non riesce più ad uscire. Ha un aspetto innocente, ma può anche essere mortale. E non solo per i polpi! Durante la crisi ischemica la parte apicale del ventricolo sinistro assume appunto la forma rigonfia di questo cestello.

La sindrome, o cardiomiopatia tako-tsubo, detta anche “del cuore infranto” è una cardiopatia “giovane”, in quanto individuata per la prima volta da un medico giapponese (Sato e coll.) solo nel 1990. È simile ad un infarto e colpisce nella grande maggioranza dei casi donne intorno ai 70 anni. Ha in genere una buona prognosi e guarisce spesso senza complicanze. Spesso, nelle prime ore dall'insorgenza dei sintomi si osserva un lieve aumento degli enzimi





A. 30 maggio 2019 - Tracciato ECG ambulatoriale



B. 11 marzo 1998 - Tracciato in corso di ricovero

di necrosi, a rapida risoluzione, e in genere si risolve senza lasciare conseguenze, salvo rari casi ad esito letale. La causa della sindrome tako-tsubo non è stata ancora del tutto chiarita. È verosimile l'esistenza di qualche alterazione del microcircolo coronarico alle stimolazioni adrenergiche, spesso scatenate da cause psicogene. I sintomi iniziali sono spesso quelli di una sindrome co-

ronarica acuta con dolori di tipo infartuale, ma non sono rari i casi del tutto asintomatici diagnosticati occasionalmente. Insorge tipicamente dopo un intenso stress fisico o psichico, come un terremoto o un'aggressione. Ma l'evento che si rileva più spesso nella storia clinica di queste donne è un recente, grave lutto familiare, che precede di poche ore o giorni il manifestarsi della cardiopatia acuta. Il detto popolare "morire di crepacuore" esprime in questi casi una specifica realtà!

A sorprendere, in tutti questi casi, è la tipica caratteristica che la coronarografia dimostra la completa assenza di lesioni organiche delle arterie coronariche!

Nell'epoca dell'"onnipotenza della scienza", il medico deve ancora talora rassegnarsi a non conoscere le cause di una malattia! Come può verificarsi, ad esempio, un infarto miocardico, se le arterie coronariche sono normali?

Caso clinico

La signora O. Giuseppina, di anni 75, si presenta al mio studio nel mese di maggio 2019. È venuta accompagnata da una figlia, ma ha voluto guidare da sola la macchina. La seguo da oltre 30 anni perché affetta da un ispessimento circoscritto del setto interventricolare, del tutto asintomatico. Una cardiomiopatia ipertrofica distrettuale non ostruttiva, visibile solo all'ecografia.

La vita del medico è spesso ritmata da queste periodiche frequentazioni del malato che spesso si concludono con una piacevole chiacchierata con pazienti che godono per decenni di una salute migliore di quella del proprio medico!

La paziente si siede di fronte alla mia scrivania. La guardo e le leggo nello sguardo un velo di tristezza. Niente di più. Ma la storia prende d'improvviso una piega drammatica. Comincio a registrare l'ECG, ma a prima vista qualcosa mi sfugge. Per scrupolo spengo allora l'ECG e controllo di aver effettuato esattamente tutte le connessioni. Ma tutto è in ordine e l'ECG conferma la presenza di macroscopiche alterazioni suggestive per la presenza di un'estesissima ischemia miocardica. Profonde T giganti negati-

ve in quasi tutte le 12 derivazioni, un allungamento del QTc ben oltre il normale.

L'anticamera di un esteso infarto che stava evolvendo silenziosamente sotto i miei occhi?

Osservo il volto della paziente. Mi guarda senza parole, con lo stesso sorriso spento che avevo notato all'inizio della visita.

- E adesso, come faccio a dirglielo? Nel migliore dei casi dovrà rinunciare alla vacanza già prenotata! Simulando una tranquillità che non provo, la sorveglio di sottocchi mentre si riveste e si siede di fronte a me. - Dovrò ben dirglielo in qualche modo! Giro intorno al problema con parole e toni velutati e indifferenti. - Avrei piacere di controllarla con un breve ricovero. - Non pronuncio la parola "ospedale". Mi fissa, incredula, più che spaventata. - Ho un infarto? - Le rispondo evasivamente che lo scopo del medico è proprio quello di prevenirli, gli infarti, e che questo ci riesce meglio in ospedale. E aggiungo: - Solo per prudenza, naturalmente.

Ma qualcosa, in quell'ECG mi sfuggiva. A dire la verità, a sfuggirmi era tutto il quadro clinico! Quelle onde T erano diffuse a tutte le derivazioni e ciò rendeva difficile la lo-

calizzazione della lesione. E poi la paziente continuava ad essere completamente asintomatica, come se quell'ECG non fosse il suo! Nell'espressione amimica del suo volto persisteva la stessa distaccata tristezza. Nel guardarla mi venne alla mente la frase "il naufragio dell'essere", che avevo letto non ricordavo dove. Era come se quello che le stava accadendo non la riguardasse.

Fu a questo punto che si accese la prima lampadina. - Ma lei ha avuto qualche stress, qualcosa di grave, fra ieri ed oggi? - Sì. - e si asciugò una lacrima senza guardarmi negli occhi - questa mattina è improvvisamente morto mio fratello.

Le cartelle cliniche

Fu allora che la lampadina di una lontana memoria che mi si era accesa nella mente, si attivò ulteriormente, portando con sé la catena delle associazioni di idee. Ma mi serviva una conferma! Scorrendo febbrilmente nel mio archivio, cercai le vecchie cartelle cliniche della paziente. Mi ricordai allora di quando raccomandavo ai miei studenti: - Scrivete tutto! Prima o poi vi ser-



E. Munch, *Al capezzale di un defunto* (1985)

Accanto al letto i parenti, a mani giunte, sfogano silenziosamente nel pianto il loro dolore. Per loro la naturale elaborazione del lutto è già cominciata. In primo piano, gli occhi sbarrati di una donna non trovano lenimento nelle lacrime. L'angoscia paralizzante del suo volto prelude all'incomunicabilità dei sentimenti, a un lutto, alimentato dalla solitudine esistenziale, che non troverà mai la sua naturale risoluzione. È facile leggere nei suoi pensieri "la terribile presenza dell'assenza".

virà .- A me sarebbe servita entro pochi minuti!
1997..., 1998... Qui mi fermai e lessi il referto dell'ECG del 1998: "Profonde onde T negative in tutte le derivazioni. QT allungato. Paziente asintomatica". E, due righe più sotto, l'annotazione più illuminante: "lutto in famiglia (padre) due giorni fa". Nella settimana successiva il tracciato si era normalizzato e tale era rimasto per vent'anni!

Tutto fu allora chiaro. Tako-tsubo aveva colpito ancora, anche questa volta dopo un grave lutto familiare. Questo mi tranquillizzò circa la prognosi della paziente. Le vecchie stigmate psicosomatiche si erano evidentemente riattivate dopo il secondo lutto. Pensai che se, grazie ad una buona elaborazione del lutto, la malata aveva potuto godere di un'ottima salute cardiaca per vent'anni, era presumibile che anche l'episodio di cui stavo osservando con preoccupazione l'evoluzione potesse avere una prognosi benigna come nel primo episodio.

La prudenza imponeva comunque un immediato ricovero. Le scrissi una breve relazione clinica nella quale raccontavo ai colleghi le peculiarità dei trascorsi anamnestici desunte dalla mia cartella clinica. E nel contempo potei ragionevolmente tranquillizzare la paziente.

All'Unità Coronarica del Policlinico Gemelli, la coronarografia escluse infatti ogni lesione delle arterie coronariche. Solo l'ECG

e un lieve movimento enzimatico erano la traccia persistente che qualcosa era comunque accaduto nel cuore di O. Giuseppina, per un'oscura sintonia fra mente e cuore e che il suo cuore si era affacciato, indugiando a lungo, sull'orlo dell'infarto.

Fu confermata la diagnosi di cardiomiopatia tako-tsubo e la paziente fu dimessa dopo una settimana, con la raccomandazione di farsi seguire da uno psicologo per poter essere aiutata ad elaborare positivamente il suo improvviso secondo lutto. Durante la degenza, pressoché asintomatica, fu possibile recuperare dall'archivio la cartella clinica ospedaliera di vent'anni prima, relativa al primo episodio ischemico, che permise di confermare, con maggiori particolari, la diagnosi attuale e quella retrospettiva di tako-tsubo. In particolare, pur nella sua estrema atipicità, risultò straordinariamente sovrapponibile l'evoluzione dell'ECG!

Il cuore era stato protagonista silenzioso sul palcoscenico doloroso di un lutto psicologicamente "rifiutato". Fra corteccia cerebrale e nuclei della base, in cui hanno sede i centri della regolazione vago-simpatica del cuore, si era innescato il



circolo vizioso di una perdita esistenziale insopportabile che, come in un mare in tempesta, aveva sollevato una vera e propria “tempesta catecolaminica”, che aveva agito su un microcircolo coronarico e su recettori adrenergici delle fibre miocardiche apicali, probabilmente sensibilizzati dall’ipertrofia settale di cui la paziente era portatrice asintomatica da decenni. Un insieme di reazioni psico-neuro-endocrinologiche che aveva messo temporaneamente knock out il miocardio delle aree apicali, facendole prima contrarre e poi dilatare (apical balloning), dando luogo a un quadro che i cardiologi definiscono come stunning miocardico, una condizione di “stordimento” del miocardio, come conseguenza di una prolungata ischemia.

Vita di medico ed elaborazione del lutto

Vita di medico: un intreccio di mestiere, di esperienza e di abilità nell’approccio scientifico alla clinica. Ma anche di empatia e di “ars curandi”. Un’arte che richiede spirito di osservazione e capacità di penetrare nel soggetto. Nel proprio e in quello del pa-



ziente. Sensibilità nel cogliere nell’espressione mimica del malato il segno di qualche malessere esistenziale in grado di interferire, spesso in maniera decisiva, sul suo destino di malato. Capacità, ad esempio, di percepire nella tristezza di uno sguardo, l’intensità potenzialmente fatale di uno sconvolgimento psicosomatico a causa di un lutto familiare, spesso mascherato da fattori caratteriali o da una forte capacità di autocontrollo. Di cogliere sul nascere un latente squilibrio simpato-vagale solo apparentemente subclinico, ma in grado di interferire sulla sopravvivenza stessa del paziente. Tako-tsubo insegna!

Vita di medico è anche la capacità di intuire nello sguardo del paziente la traccia di un lutto non elaborato e di cercare il modo per aiutarlo a superarlo.

Psico-neuro-endocrinologia. Una scienza complessa, talora trascurata perché al limite di “saperi” diversi, anche se profondamente integrati. Una scienza che ha come obiettivo lo studio clinico dei rapporti fra mente e apparati neuroendocrini e che esprime l’esigenza “filosofica” degli antichi clinici greci e dei pensatori orientali, di considerare l’uomo, sano o malato, come un’entità globale indissolubile e di ricercare nel complesso fenomeno della malattia, un denominatore comune che ci permetta di valutare, di ogni malattia, le possibili radici psicosomatiche.

Freud e l’elaborazione del lutto

Fin dall’inizio del ‘900, Sigmund Freud aveva spalancato nuove prospettive di conoscenza, scandagliando la profondità dell’ani-

mo umano, colmando gli abissi fra l'Io e l'Inconscio e gettando indispensabili ponti per la comprensione dei rapporti fra psiche e soma. In particolare nel suo saggio del 1915-1917 su "Lutto e malinconia", Freud aveva descritto le ripercussioni psicologiche di un grave lutto familiare prefigurandone inconsapevolmente la virulenza psicosomatica come precursore patogenetico della sindrome tako-tsubo. Freud valuta infatti queste evenienze di perdita come uno shock emotivo che può lasciare nella mente e nel corpo ferite inguaribili e "aree di paralisi" nel tessuto emotivo di una persona, togliendo senso alla vita e configurandosi come "terribile presenza dell'assenza".

Freud analizza anche le diverse fasi dell'elaborazione del lutto: fase di rifiuto, di accettazione e di distacco. L'elaborazione del lutto sarà completa solo quando "la nostra libido ridiventa libera, per sostituire gli oggetti perduti con altri altrettanto validi e preziosi" (Precarietà, 1915).

Sulla falsariga delle concezioni freudiane, allo psicoterapeuta la conoscenza di queste psicodinamiche potrà essere di aiuto nel supporto psicologico ai soggetti predisposti alla recidiva di una sindrome tako-tsubo, come nella paziente de-

Selye e il concetto di stress

Elaborando il concetto di stress fra gli anni '30 e '40 del '900, il fisiologo Hans Selye individuava i correlati neuroendocrini, che possiamo considerare come naturali espansioni cliniche dei concetti dalla psicanalisi freudiana. Paradigmatico degli squilibri neuroendocrini descritti da Selye negli stress psicosomatici, è il caso descritto di sindrome tako-tsubo, in cui si percepisce in tutta la sua virulenza psicosomatica la **"terribile presenza dell'assenza"** descritta da Freud nelle deviazioni patologiche del processo di elaborazione del lutto. In questo caso il supporto dello psicoterapeuta e del medico curante potrà contribuire a svirulentare la latente disreattività adrenergi-



Hans Selye

scritta, aiutandoli a realizzare la prospettiva di convivere col ricordo della persona amata e dei momenti trascorsi insieme, facendogli accettare come naturale il dolore e il vuoto creati dalla perdita e proponendo loro nuovi investimenti libidici.

ca miocardica che si ritiene possa costituire la base delle recidive della malattia in occasione di analoghi ulteriori eventi di lutto familiare.

Siamo di fronte a un ennesimo esempio di come l'empatia, per essere veramente efficace an-

che sul decorso della malattia, debba essere “scientificamente informata”.

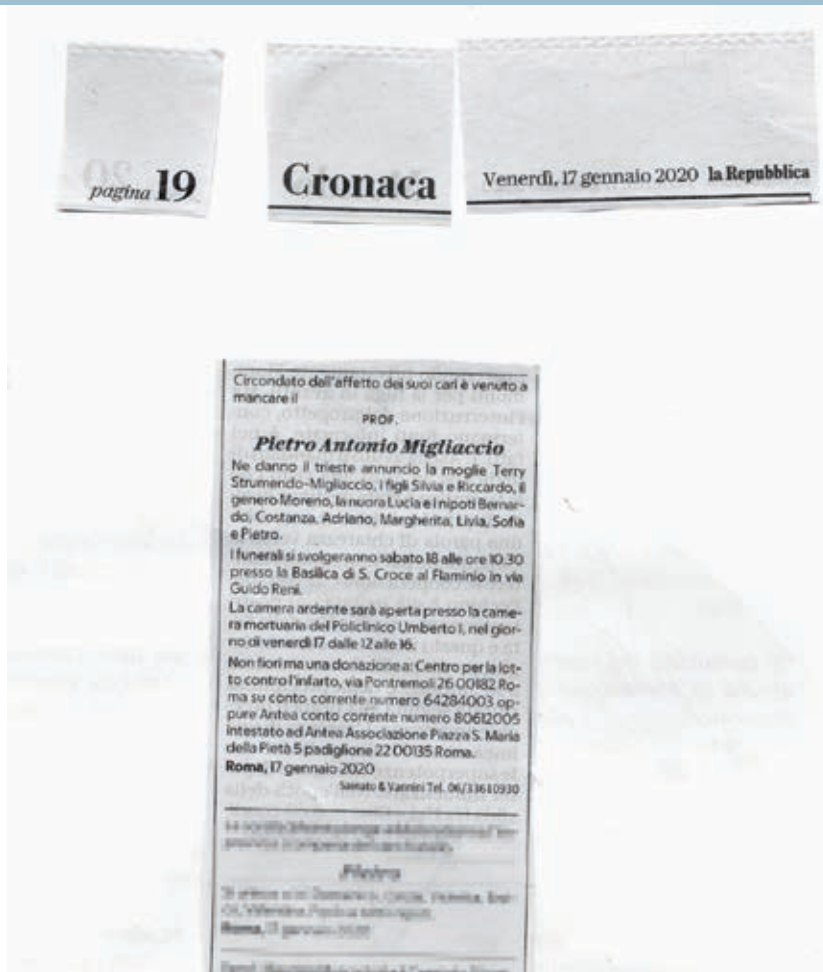
Conclusioni

Una storia complessa, fra trappole per polpi ed elaborazione

del lutto, fra Freud e Selye, con l'aiuto di cartelle cliniche recuperate dall'oblio degli archivi. La vita del medico è spesso (fortunatamente) costellata di sfide e di sorprese. Riflettere sugli aspetti paradigmatici del caso

di tako-tsubo presentato, ci insegna ancora una volta che una buona pratica medica si deve fondare su un'attenta osservazione clinica e su un illuminato approccio fisiopatologico ai delicati equilibri fra psiche e soma.

Il Centro per la Lotta contro l'Infarto si stringe alla famiglia del Prof. **Pietro Antonio Migliaccio** recentemente scomparso.



Qualche secondo di buonumore

ANNUNCI LETTI SULLE BACHECHE DELLE PARROCCHIE!!! SONO TUTTI VERI!!!

Per tutti quanti, tra voi, hanno figli e non lo sanno, abbiamo un'area attrezzata per i bambini!

Giovedì alle 5 del pomeriggio ci sarà un raduno del Gruppo Mamme. Tutte coloro che vogliono entrare a far parte delle mamme sono pregate di rivolgersi al parroco nel suo ufficio.

Il gruppo di recupero della "fiducia in sè stessi" si riunisce giovedì sera alle 7. Per cortesia usate le porte sul retro.

Venerdì sera alle 7 i bambini dell'oratorio presenteranno l'"Amleto" di Shakespeare nel salone della chiesa.

La comunità è invitata a prendere parte a questa tragedia.

Care signore, non dimenticate la vendita di beneficenza! È un buon modo per liberarvi di quelle cose inutili che vi ingombrano la casa. Portate i vostri mariti.

Tema della catechesi di oggi:
"Gesù cammina sulle acque".
Catechesi di domani:
"In cerca di Gesù".

Il coro degli ultrasessantenni verrà sciolto per tutta l'estate, con i ringraziamenti di tutta la parrocchia.

Ricordate nella preghiera tutti quanti sono stanchi e sfiduciati della nostra Parrocchia.

Il torneo di basket delle parrocchie prosegue con la partita di mercoledì sera: venite a fare il tifo per noi mentre cercheremo di sconfiggere il Cristo Re!

Il costo per la partecipazione al convegno su "preghiera e digiuno" è comprensivo dei pasti.

Per favore mettete le vostre offerte nella busta, assieme ai defunti che volete far ricordare.

Il parroco accenderà la sua candela da quella dell'altare. Il diacono accenderà la sua candela da quella del parroco, e voltandosi accenderà uno a uno tutti i fedeli della prima fila.

Martedì sera, cena a base di fagioli nel salone parrocchiale.
Seguirà concerto.

di **Eligio Piccolo**

Unità coronarica e unità cerebrale

La prima nasce negli anni '60 del secolo scorso per curare meglio l'infarto. Non ebbe un avvio facile perché sembrò un lusso dedicare un reparto di 4-8 letti dove i pazienti erano monitorati da macchine costose e seguiti 24 ore su 24 da infermieri e medici addetti solo a loro. Gli anni seguenti dimostreranno invece che l'iniziativa realizzata per la prima volta nel 1962 nel Bethany Hospital di Kansas City era un vero salvavita, poiché gli interventi immediati in caso di aritmie pericolose, la somministrazione di farmaci per sciogliere la causa dell'infarto e soprattutto raggiungere con cateteri la coronaria malata per riaprirla, necessitavano di personale ben addestrato e davano risultati sorprendenti sia nel salvare le vite che nel ridurre il danno nel cuore. Oggi l'UTIC (unità di terapia intensiva coronarica) è una realtà insostituibile per quasi tutti gli ospedali. In Italia attualmente sono circa 400 e distribuite in modo agibile in tutto il territorio nazionale.

La seconda, quella cerebrale, oramai etichettata anche da noi con Stroke Unit, è venuta in mente cammin facendo, poiché la stragrande maggioranza degli ictus ha la stessa genesi dell'infarto cardiaco: è un infarto del cervello dovuto all'occlusione di una delle sue arterie. La differenza fra le due è purtroppo la diversa resistenza delle cellule dei due organi all'improvvisa sottrazione di ossige-





pubblicata nel trial del 2015 con l'acronimo di SWIFT PRIME ha precisato che nel gruppo di pazienti trattati nella stroke unit si otteneva una buona ripresa nel 60%, mentre nel gruppo di quelli seguiti in modo classico essa era solo del 35%. Risultati analoghi sono stati poi ottenuti anche in studi più recenti. L'intervento cerebrale ha già una sua sigla internazionale, EVT (endovascular thrombectomy), che significa appunto sondare l'arteria cerebrale colpita tentando di liberarla

no, che in quelle cerebrali è di pochi minuti mentre nei miocardici supera la mezz'ora. Raggiungere i centri specializzati prima che sia troppo tardi, già difficile per salvare il cuore, sembrava quindi un'impresa impossibile negli ictus. Tentar non nuoce hanno pensato gli interventisti, sempre fiduciosi nell'imponderabile, i quali dapprima con i farmaci per sciogliere il trombo, come si fece inizialmente per il cuore, e poi con un catetere tra i meandri del cervello per aspirare l'ostacolo e inserire uno stent, hanno ottenuto risultati incoraggianti. Non come quelli per l'infarto, si capisce, ma a misura che la selezione dei pazienti, il tempo per raggiungere la stroke unit e la perizia nello sfruculiare tra quei delicatissimi vasi si sono perfezionati, s'è potuto constatare che ne vale la pena. L'esperienza

dal "tappo", e i risultati sono relativi ai pochi centri in cui è stato possibile organizzarsi con tanta perizia. Tuttavia le percentuali di coloro che si salvano e hanno una ripresa parziale o totale dell'infermità sono ancora, come ho riferito, non eclatanti e il loro costo-beneficio è certamente in perdita rispetto a quello ottenuto nelle coronarie. Sicché oggi negli USA, dove le distanze rispetto a noi sono moltiplicabili per trentuno con una densità di popolazione sei volte inferiore, si discute molto sul fattore tempo per raggiungere l'ospedale attrezzato. Tempo gravato spesso dal frequente trasferimento del malato dall'ospedale senza a quello con la stroke unit.

Quando il problema era solo per soccorrere l'infarto si coniò una dizione alla Bruno Vespa, "door to balloon", ossia l'intervallo di tempo intercorrente dalla porta dell'ospedale a quella dell'emodinamica dove la coronaria tappata viene dilatata. Ora per il cervello si dice "door to EVT", tempo che non dovrebbe superare le due ore. I neurologi più pignoli hanno anche calcolato quanta invalidità fisica e psichica non si recupera in rapporto ai minuti di ritardo per raggiungere quelle specialistiche unità. Sono però disquisizioni difficili da quantificare con esattezza matematica in medicina, dove i fattori legati al ritardo e quelli dovuti alle prerogative di ciascun organo variano da caso a caso.

Questo lungo travaglio della ricerca e della fantasia del pensiero medico, che continua a premiare tante imprese, merita l'intelligente riflessione del nostro imprenditore Urbano Cairo, secondo cui "nulla accade se non lo avete sognato prima e nulla è impossibile se ci mettete grande impegno".

di Filippo Stazi

La gravidanza predice il destino del cuore della mamma

La giornata, come al solito era stata dura: il lavoro, il traffico, gli oneri vari lo avevano messo a dura prova. Finalmente adesso stava aprendo la porta di casa, pregustando il conforto ed il senso di protezione che quelle mura gli davano. Appena entrato intuì subito che c'era qualcosa di diverso dal solito. Stranamente c'era della musica jazz in sottofondo, la tavola era già apparecchiata e con più cura dell'usuale, il suo bicchiere preferito faceva bella mostra di sé con all'interno un bel vino rosso granata. La moglie lo accolse con aria allusiva, lui provò a porre qualche domanda ma lei, evasiva, le eluse, esortandolo a sedersi celermente a tavola: "dai Francesco... sbrigati... è tutto pronto. Sarebbe un peccato se il cibo si dovesse raffreddare". Sedutosi a tavola l'uomo prese il tovagliolo e lo vide. Un rettangolino di plastica bianca. Non realizzò immediatamente, ma poi, a distanza di qualche secondo, la lampadina si accese: era un test di gravidanza! Guardò la moglie che con gli occhi pieni di lacrime per la commozione si limitò a dire soltanto: "sì, ci siamo riusciti... aspettiamo".



Per loro era cominciata la gravidanza, nove mesi di gioie, speranze, illusioni, progetti, ansie, paure e possibili complicanze. I medici più anziani lamentano l'eccessiva medicalizzazione che oggi caratterizza questi nove mesi e forse non hanno torto. È però indubbio che questo sia un tempo particolare per la donna



e quanto succede in questo periodo si ripercuote non solo sulla successiva vita del figlio, come è noto da molto, ma anche sul destino futuro della madre. L'occorrenza di alcune delle più comuni complicanze della gestazione, aumenta infatti la probabilità di futuri eventi cardiovascolari avversi.

La comparsa di diabete gestazionale, complicanza in notevole aumento negli ultimi anni, ad esempio, si associa con un significativo aumento di ipertensione, angina ed infarto nei 7 anni successivi al parto oltre che di iperlipidemia e sindrome metabolica. Allo stesso modo la preeclampsia, caratterizzata da ipertensione e perdita di proteine con le urine, oltre ad essere una delle principali cause di morbidità materna e perinatale, determina nel lungo periodo un'incrementata probabilità di ictus, malat-

tia delle coronarie, ipertensione e tromboembolismo venoso e, conseguentemente, di morte cardiovascolare, come documentato da una metaanalisi su oltre due milioni di partorienti. Per tale motivo alcune linee guida prescrivono, al fine di prevenire gli eventi cardiovascolari, la terapia cronica con aspirina nelle donne che hanno sperimentato tale complicanza. È forse più sorprendente che anche il basso peso (meno di 2,5 kg) del nascituro si associ a un aumento da 7 a 10 volte del rischio materno di morte cardiovascolare con sembra, un raddoppio del rischio per ogni kilogrammo di riduzione del peso alla nascita. Infine anche il parto prematuro, ossia prima della trentasettesima settimana di gestazione, in alcuni studi si è accompagnato ad un aumento di due volte della comparsa di proble-

mi alle coronarie.

Non sono chiari i meccanismi precisi con cui queste condizioni inducono un aumentato rischio cardiovascolare ed è anche possibile che in realtà esse siano a loro volta espressione di condizioni sottostanti responsabili sia delle une che dei successivi problemi cardiaci. Indubbiamente in tutte queste complicanze sono però rinvenibili quei fenomeni di infiammazione, ipercoagulabilità e disfunzione endoteliale che sono noti responsabili dell'insorgenza dell'aterosclerosi e che sono i mediatori finali attraverso cui si esplicano gli effetti negativi della maggioranza dei fattori di rischio conosciuti.

La consapevolezza del significato prognostico negativo delle complicanze della gestazione non è fine a se stessa ma deve invece essere utilizzata per personalizzare il più pos-

sibile il profilo di rischio. Il riscontro di un problema durante la gravidanza individua infatti una persona a maggiore rischio cardiovascolare e deve spingere sia il medico che la paziente ad una più decisa correzione degli eventuali altri fattori di rischio presenti (sedentarietà, sovrappeso, abitudine tabagica, ipertensione, ipercolesterolemia, diabete ecc), all'esecuzione di regolari controlli cardiologici ed ad una maggiore "aggressività" diagnostica e terapeutica in caso di comparsa di sintomi. Per molte donne la gravidanza è una memoria piacevole da portarsi dietro per il resto della vita, per altre è un ricordo meno positivo. Per tutte, comunque, è un periodo ad alto contenuto passionale le cui ripercussioni sul cuore, però, sembrano andare ben oltre il semplice aspetto emotivo.



Pillole di romanesca saggezza

La farfalla tanto gira intorno a'lume, finchè s'abbrucia l'ale
L'acqua der mare è tanta, che c'è chi ce s'affoga e chi ce canta
Er rospo indove nun ciariva ce piscia
Chi s'arripa sotto le foje intratanto, che piove, se fracica du'vorte

F.S.



di Bruno Domenichelli

Messaggio nella bottiglia: la gioia dentro di te

Fare “ecologia della mente” significa anche creare intorno alla mente quotidiana, spazi più ampi per farla respirare più liberamente, affinché ognuno possa coltivare nel cuore la ricerca della gioia di vivere. Con la suggestione delle sue metafore e delle analogie, che rivelano nessi insospettati nella realtà, il linguaggio poetico (poiesis=creazione) costituisce la via privilegiata per compiere il percorso alla conoscenza di noi stessi e del prossimo. Ci aiuterà, forse a scoprire comuni spazi in cui, a nostra insaputa, può abitare la felicità.

Il messaggio rivelatore ci può giungere imprevedibilmente e da ogni parte. Anche dal mare, attraverso le nostre parole affidate ad un foglio chiuso in una bottiglia e lette da qualcuno che, non si sa né dove né quando, potrà dialogare con la nostra anima, pur senza averci mai conosciuti.

Leggiamole allora anche noi queste parole. Potranno forse costituire un antidoto all’indifferenza del vivere e al rifiuto del prossimo che caratterizzano il nostro tempo. Ed essere fonte di stupore e di gioia interiore.

Ci aiuteranno ad entrare in risonanza magica con la natura che ci circonda e col cuore immutabile dell’uomo di ogni tempo.

H. Matisse, *La joie de vivre* (1905)
Ecologia della mente: ancora una volta le parole e le immagini dell’arte si fanno apportatrici di stupore e di gioia di vivere.





H. Matisse, *La danza*
Sintonie di fratelli, che danzano nell'azzurro del Tempo. Anime che si sfiorano, nel corso dei secoli, nell'ansia di una reciproca rivelazione.

Riflettere sulle sensazioni provate da un ipotetico uomo del futuro nel leggere il nostro messaggio e nello scoprire in noi una comune matrice, ci aiuterà forse ad aprire uno spiraglio sulla nostra natura e sull'Altro che misteriosamente ci sovrasta.

Un riconoscersi simili, in una continuità che potrà regalarci la gioia di un dialogo attraverso il Tempo e lo stupore della conoscenza di uno sconosciuto fratello, mediante la reciproca scoperta delle misteriose analogie del pensiero.

“Per te, amico che abiterai il futuro, che esisti o esisterai, non so quando né dove, ma con cui sento di condividere la mente e il cuore. Sono disceso anche per te in luoghi dentro di me che non conoscevo e vi ho colto messaggi scritti con parole del tuo stesso linguaggio. Ho ceduto alla presunzione (o alla Speranza?) di poterti un giorno parlare, attraversando impunemente il Tempo, come Icaro inebriato di sole.

Con le parole di una vita, allora, ho attraversato anche per te, nel tuo cielo, le stesse spirali di nebulose assiderate.

Anche per te, sconosciuto amico, ho esplorato dimensioni inconsapevoli dentro di me, e nel corso di una vita ho raccontato di solitudini dell'anima e di allegrezza del cuore, di amore e di morte, di abissi di cielo e di mare, di distese di prati, dove insieme poter seminare pensieri di umanità condivisa, densi di desiderio di vivere.

Ho percorso spazi d'erba giovane, dove cogliere fiori e parole, nella speranza di farli vivere oltre il Tempo.

Sono trascorsi giorni, da quando ho sigillato il mio messaggio

nella bottiglia e l'ho affidato al mare. Secoli, forse. Ed ora, in questo giorno di sole, apri con dita tremanti la bottiglia che hai appena raccolto sulla riva sabbiosa del Tempo. E con stupore, leggendo, riconosci, nelle mie parole scritte sul foglio, lo stesso senso dei tuoi pensieri, dei tuoi sogni e dei tuoi ideali: sintonie immutabili che hanno attraversato i secoli; le stesse vertigini di azzurro, le allegrie di naufraghi scampati a una comune tempesta e il battere all'unisono del cuore. E gli analoghi turbamenti dell'anima per un Eterno forse solo sognato, intravisto nella luce delle stesse nebulose.

Abbiamo affrontato insieme prove di eternità: alla ricerca della possibile realtà della condivisione sacra dell'immutabilità dell'anima attraverso gli abissi dei millenni, sigillo di primigenie memorie, di bibliche *somiglianze* e di comuni origini.

Nel silenzio trasparente della clessidra del Tempo i miei pensieri si sono rimescolati con i tuoi, mentre leggi le mie parole, casualmente scoperte in una bottiglia trasportata dal mare. Parole che non sono più né tue né mie, ma nostre, perché in sintonia segreta con l'Eterno,

trasportate dalle correnti e dal caso, uguali oggi e nel futuro. Ancora una volta, attraversando imprevedibili spazi e tempi, le parole saranno allora per

noi apportatrici di stupore e di gioia di vivere, consapevoli del miracolo della consonanza dei nostri cuori, solo apparentemente estranei.

Sintonie di fratelli che danzano nell'azzurro del Tempo. Anime che, nel corso dei secoli, si sfiorano, nell'ansia inconsapevole di una reciproca rivelazione”.

“

Bambini di corsa a lavare i denti 2.0

Nello scorso numero di Cuore e Salute abbiamo parlato della relazione tra la paradontopatia e le malattie cardiovascolari. Un nuovo studio recentemente pubblicato rafforza l'ipotesi di un nesso causale tra tale patologia odontoiatrica e l'ipertensione.

Centouno pazienti ipertesi e con paradontopatia di grado moderato-severo sono stati randomizzati ad un trattamento paradontale conservativo o intensivo. Nel primo caso i soggetti venivano sottoposti ad una singola sessione di pulizia dei denti solo sopragengivale (la comune pulizia dei denti), nel secondo, invece, la pulizia era anche sottogengivale, nella sede, cioè, dove si formano spesso delle tasche contenenti tartaro che non vengono aggredite dalla normale pulizia dei denti sopragengivale.

A distanza di due mesi i soggetti la cui paradontopatia era stata trattata in maniera intensiva presentavano, al monitoraggio per 24 ore, una riduzione media di 7,5 mmHg della pressione

arteriosa sistolica e di 5,8 mmHg della diastolica. Il trattamento intensivo produceva inoltre un sostanziale miglioramento della salute paradontale che era proporzionale all'effetto sulla pressione, ossia tanto maggiore era il miglioramento dentale tanto maggiore era la riduzione pressoria. Il calo pressorio ottenuto è rimarchevole dato che si stima che una discesa di 10 mmHg della sistolica o di 5 mmHg della diastolica si associ ad un decremento del 25-30% degli eventi cardiovascolari.

I risultati di questo studio sono molto interessanti ma debbono

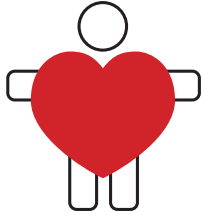


ovviamente essere confermati da analisi di maggiore numerosità e durata. Essi stimolano comunque un nuovo filone di ricerca facendo ipotizzare una possibile strategia innovativa di trattamento non farmacologico dell'ipertensione arteriosa. Soprattutto, però, questi dati ricordano ancora una volta l'importanza di considerare sempre l'individuo come un'entità unica e indivisibile in cui ogni aspetto della salute si ripercuote sul benessere generale e, inoltre, sottolineano come il mantenimento di uno stile di vita adeguato abbia ripercussioni positive che spesso non siamo neanche in grado di prevedere.

Bambini, quindi, di corsa a lavare i denti!

F.S.

”



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

- **Giuseppe Abbenante** di Apricena
- **Marcello Abita** di Roma
- **Pompeo Abruzzini** di Roma
- **Vincenzo Alessi** di Roma
- **Biagio Alfano** di Mondragone
- **Giovanni Ambrosi** di La Spezia
- **Associazione Amici del Cuore Onlus** di Motta di Livenza
- **Sandra Antonelli** di Venafro
- **Luciano Arcari** di Roma
- **Emilio Asproni** di Nuoro
- **Carla Bagliani** di Milano
- **Angela Bariselli - Vettorato** di Alteto di Malalbergo
- **Anna Bartolini** di Domagnano (Rsm)
- **Antonio Bassan** di Vigodarzere
- **Claudio Bay Rossi** di Arezzo
- **Lino Beber** di Pergine Valsugana
- **Grazia Bosisio** di Roncadelle
- **Antonio Bove** di Roma
- **Michele Bucci** di Treviso
- **Umberto Bugatti** di Roma
- **Guglielmo Buglioni** di Roma
- **Michele Cacucci** di Bari
- **Farmacia Calvani** di Roma
- **Antonio e Anna Caponio** di Cassano delle Murge
- **Graziano Caroni** di Empoli
- **Gianfranco Ceccarini** di Roma
- **Piero Emilio Cerutti** di Pavia
- **Lanfranco Chiodetti** di Monza
- **Maria Teresa Chiofalo** di Roma
- **Marco Cini** di Roma
- **Giovanni Coppi** di Roma
- **Massimo Corradighini** di Sarzana
- **Riccardo Corradi** di Roma
- **Felice D'Amato** di Pistoia
- **Mario De Leonardis** di Pescara
- **Emilia De Rensis** di Roma
- **Iolanda Deantoni** di Roma
- **Paola Del Din Carnielli** di Udine
- **Aldo Del Monaco** di Roma
- **Paolo Della Porta** di Milano
- **Felice Di Francesco** di Borgomanero
- **Fernando Di Maio** di Roma
- **Ubaldo Stazi Farmacia** di Galliciano nel Lazio
- **Demetrio Festa** di Castiglione Cosentino
- **Francesco Frazzini** di Roma
- **Walter Funtò** di Roma
- **Gabriella Galeotti** di Firenze
- **Antonio Gennari** di Marigliano
- **Francesco Gervasi** di Roma
- **Aldo Giusti** di L'Aquila
- **Aldo Gobbato** di Vicenza
- **Maria Grilli Caiola** di Roma
- **Vittorio Grossi** di Esperia
- **Massimo La Gioia** di Roma
- **Mario Levoni** di Mantova
- **Luigi Lista** di Roma
- **Stefano Lo Faso** di Roma
- **Elisa Lo Pinto** di Roma
- **Antonio Manganelli** di Avellino
- **Luigi Mannucci** di Roma
- **Franca Marani** di Rimini
- **Giuseppe Marinotti** di Francavilla Fontana
- **Osvaldo Maronati** di Milano
- **Antonio Mastrolitti** di Bari
- **Francesco Medi** di Viareggio
- **Elio Meloni** di Oristano
- **Carmen Giulia Morandi - Guidetti** di Correggio
- **Giovanni Moretti** di Milano
- **Laura Nannini** di Ravenna
- **Anna Maria Narici** di Roma
- **Giuseppe Narici** di Anguillara Sabazia
- **Giorgio e Nada Nidoli** di Varese
- **Augusto Pasqualini** di Barasso
- **Bruno Pasqualoni** di Roma
- **Silvia Pellegrini** di San Donato Val di Comino
- **Emma Piccione** di Roma
- **Francesco Piras** di Cagliari
- **Giorgio Pozzi** di Roma
- **Fernanda e Gino Riva** di Varese
- **Angela Rossetto** di Motta di Livenza
- **Alessandro Rossi** di Desenzano
- **Michele Russo** di Bari
- **Armando Sabbatini** di Falconara M.
- **Isotta Scandaliato Ciciani** di Roma
- **Antonino Scolaro** di Trecastagni
- **Fernando Sensidoni** di Roma
- **Franco Taglia** di Rubiera
- **Domenico Tarantini** di Trani
- **Mario Tecce** di Moricone
- **Italo Testa** di Campobasso
- **Lucio Trodella** di Roma
- **Roberto Vannucci** di Sestri Levante
- **Maria Grazia Vanzin** di Roma
- **Giovanni Verga** di Pavia
- **Antonio Virdis** di Sassari
- **Renato Zampieri** di Verona
- **Bruno Zandarin** di Cadoneghe
- **Martino Zubiani** di Roma



di Alberto Dolara

Francisco Chico Mendes. Un eroe per l'Amazzonia.

“Non voglio fiori sulla mia tomba, perché io so che andranno a estirparli nella selva. Voglio solo che la mia morte serva per porre fine all'impunità degli assassini che contano sulla protezione della polizia di Acre e che dal 1975 hanno ucciso nella zona rurale più di 50 persone come me, leader seringueiros impegnati a salvare la foresta amazzonica e a dimostrare che il progresso senza distruzione è possibile”

È la conclusione del discorso che Chico Mendes pronuncia il 6 dicembre 1988 al seminario organizzato dall'Università titolato “l'Amazzonia brucia” e nel



Murales dedicato a Chico Mendes

quale aveva denunciato ancora una volta il modello di sviluppo insostenibile portato avanti dai grandi latifondisti. Viene assassinato due settimane dopo, a Natale, davanti a casa. Raccoglitore di caucciù (*seringueiro*) di Xapurì, nello Stato brasiliano dell'Acre, cresce in un ambiente dove predominano analfabetismo, abbandono, isolamento e povertà. Dal 1975 è segretario generale del Sindacato dei lavoratori rurali di Brasília e promotore della nascita del sindacato a Xapurì. Diventa leader dei *seringueiros*, legando il proprio nome alla lotta contro il disboscamento della foresta amazzonica. Guida le manifestazioni pacifiche davanti ai bulldozer per impedire la deforestazione ed entra in conflitto con gli interessi dei latifondisti (*fazendeiros*). Nel 1985 dirige il primo congresso nazionale dei *seringueiros* e lancia l'idea che le foreste debbano restare proprietà comune in mano allo Stato. Riesce a portare le rivendicazioni dei contadini e delle popolazioni indigene dell'Amazzonia all'attenzione dei media internazionali. È fra i promotori della creazione delle cosiddette "riserve estrattive", un programma di utilizzo delle risorse senza distruggerle: elabora, negli



incontri con i *seringueiros*, l'idea di creare zone della foresta pluviale dove poter raccogliere non solo il caucciù, ma anche frutti selvatici e medicinali naturali; dimostra che un ettaro di foresta produce (solo in gomma, noci, resine e frutta) molto di più di un ettaro dedicato al bestiame. Le "riserve estrattive", diversamente dalla creazione di pascoli, garantiscono la conservazione delle foreste e delle popolazioni indigene. La distruzione dell'Amazzonia inizia negli anni quaranta del secolo scorso e prosegue ininterrottamente fino ai giorni nostri con un crescendo impressionante: la vendita e l'esportazione del legname, il disbo-

scamento per l'allevamento del bestiame, lo sfruttamento delle risorse minerarie suscitano grandi interessi economici. Nel 1975 tutto lo stato di Acre dove viveva Mendes era praticamente coperto dalla foresta nativa e le zone disboscate erano poco meno dell'1%. Nel 1998 queste erano divenute il 12.8%, l'equivalente di 19.500 chilometri quadrati di foresta sacrificati in 13 anni. Nel 1987 il satellite NOAA-9 rileva grandi incendi e in quella stagione se ne registrano più di 200.000 coinvolgenti un'area pari al doppio della superficie della Svizzera. L'Istituto nazionale per la ricerca spaziale brasiliana stima che gli incendi immetto-

no nell'atmosfera oltre 500 milioni di tonnellate di carbonio ogni anno, pari al 10% dell'apporto mondiale dei gas serra. Il tasso annuale di deforestazione aumenta drammaticamente tra il 1991 ed il 2000. In questi 9 anni l'area totale disboscata rispetto al 1970 passa da 419.010 a 575.903 km². La maggior parte di questa foresta perduta è sostituita da pascoli per il bestiame.

È noto come la foresta pluviale amazzonica sia un enorme "polmone" terrestre che permette un grande irraggiamento del sole e assorbe elevate quantità di anidride carbonica generando ossigeno grazie all'elevata densità della vegetazione e alla sua posizione equatoriale. La deforestazione, spesso eseguita con incendi incontrollati, diminuisce questo effetto con importanti implicazioni nell'effetto serra e

costituisce uno dei principali parametri su cui si costruiscono i modelli per il riscaldamento globale del pianeta. Vi è inoltre un'enorme perdita della biodiversità. Il modello di produzione agricola ottenuto è insostenibile: quando piove il terreno fragile, indifeso, si erode rapidamente. In pochi anni le fattorie abbandonate somigliano ad un semi-deserto. Le popolazioni locali sono costrette ad emigrare e a stabilirsi nei ghetti delle baraccopoli e nelle favelas, senza radici e senza lavoro. Tra il 2005 e il 2015 la costruzione degli impianti estrattivi ha comportato la distruzione del 9% della foresta. Anche le numerose autostrade che collegano le grandi città, sono fonti primarie di deforestazione con la creazione di piccoli insediamenti urbani lungo il loro percorso.

La deforestazione prosegue nel

nuovo millennio raggiungendo nel 2004 un tasso annuo di 27.423 km² (maggiore della superficie della Lombardia).

Dall'inizio del 2018 un'area grande quanto metà della Giamaica, pari a 7.900 chilometri quadrati, sarebbe stata disboscata in soli 7 mesi. I dati forniti dall'Istituto Nazionale di Ricerche spaziali per il 2019 sono drammatici: l'ondata d'incendi che devasta l'Amazzonia dal gennaio all'agosto ha avuto un aumento dell'82% rispetto all'anno precedente.

Il pronunciamento di Jair Bolsonaro, presidente del Brasile *"Dobbiamo liberare il Brasile dall'ambientalismo che lo soffoca e aprire le riserve amazzoniche a chi è in grado di sfruttarne le immense ricchezze"*, e l'intesa con Trump, negatore dei cambiamenti climatici, suscitano oggi proteste in tutto il mondo. Chico Mendes non è più solo.

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

Mariano Bianchi di Roma

Vito Cagli di Roma

Maria Luisa Coen di Roma

Paolo De Vivo di Matera

Francesco Frazzini di Roma

Antonio Giovanzana di Roma

Andrea Gobbo di Besana

Dario Indovina di Torino

Margherita Occhipinti di Modica

Enzo Zotti di Padova



LA VIGNETTA DI CIP

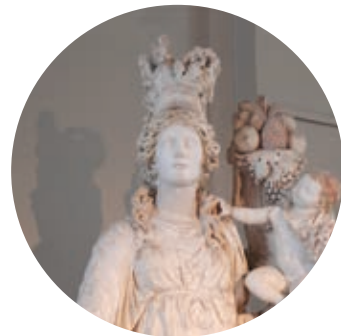


di Giovanni Ciprotti

CRISI USA - IRAN TRUMP PARTECIPA ALLE ESERCITAZIONI MILITARI



La palla di Tiche



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

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

Lucrezia Borgia

di Paola Giovetti

Nel 2019 sono trascorsi 500 anni dalla morte di Lucrezia Borgia (1480-1519), figlia del cardinale spagnolo Rodrigo Borgia, divenuto poi papa col nome di Alessandro VI: di lei è stato detto tutto e di più. La “leggenda nera” della famiglia Borgia ha coinvolto anche lei, non risparmiandole nulla: si è parlato addirittura di incesto tra lei e il padre e tra lei e il fratello Cesare. Leggende sfovnite di prove, con ogni probabilità voci messe in giro ad arte dal primo marito di Lucrezia per screditare una famiglia dalla quale era stato maltrattato e calunniato.

Lucrezia fu coinvolta prestissimo nella politica paterna e usata come pedina per stringere accordi matrimoniali a fini politici. Tre matrimoni, il primo ad appena tredici anni, annullato; il secondo finito molto presto per l'uccisione dell'amato marito di cui fu mandante – sembra – il fratello Cesare; il terzo con Alfonso d'Este, duca di Ferrara, che durò 17 anni, fino alla precoce morte di lei. Una vita complessa e travagliata, vissuta tutta nell'ambito della grande storia dell'Italia del tempo, con legami strettissimi con la famiglia d'origine, amicizie importanti, amori, interessi politici, culturali e negli ultimi anni anche religiosi. Seppe essere inoltre donna di governo quando durante le assenze del marito Alfonso dovette occuparsi degli affari di Stato. Ebbe molti figli e morì dando





alla luce una bambina che le sopravvisse di pochi anni. Le lettere di Lucrezia, scritte durante il periodo estense e custodite all'Archivio di Stato di Modena, consentono di tracciare un quadro della figlia del papa Borgia assai diverso da quello tramandato nei secoli. Praticamente due vite: non per nulla la mostra che le fu dedicata a Ferrara nel 2002 per celebrare i 500 anni del suo matrimonio con Alfonso d'Este portava il titolo: *Da Borgia a Este: due vite in quarant'anni*. Titolo che sintetizza molto bene le due vite di Lucrezia: quella romana sotto le ali del potentissimo padre e quella a Ferrara come duchessa d'Este.

Lucrezia nacque a Subiaco il 18 aprile 1480 ed ebbe la vita segnata, in positivo e negativo, dalla sua nascita particolare, per altro non rara ai suoi tempi: Rodrigo Borgia non fu certo l'unico ecclesiastico ad avere dei figli, legittimati e non. Rodrigo Borgia (1431-1503), il cui nome è divenuto sinonimo di nepotismo e dissolutezza; fu personalità di notevole rilievo, certamente un papa importante. Nativo della regione di Valencia, era venuto in Italia molto giovane e si era laureato a Bologna in diritto canonico. Suo zio, il cardinale Alonso Borgia, divenuto poi papa Callisto III, l'aveva fatto cardinale a soli 25 anni e l'anno dopo vicecancelliere della Santa Romana Chiesa. Il papa successivo, Pio II, pur criticandolo per la sua condotta libertina, non lo spogliò dei privilegi ottenuti dallo zio. E Rodrigo si comporta da principe rinascimentale, tiene una splendida corte, gestisce con abilità gli affari dello Stato, è dotato di fine istinto politico. A testimonianza della sua grande abilità politica e diplomatica, i due pontefici che vennero dopo, Paolo II e Sisto IV, gli conservarono la sua posizione, anzi Rodrigo fu nominato legato pontificio in Spagna per promuovere la crociata contro i mori di Granada (1471); fu lui che rese possibile con una speciale bolla pontificia il matrimonio tra Ferdinando di Aragona e Isabella di Castiglia, che essendo cugini non avrebbero potuto sposarsi. Il matrimonio favorì l'unione della Spagna sotto un unico regno. Alla morte di Sisto IV Rodrigo Borgia fu al servizio di Innocenzo VIII e alla sua morte, con un difficile conclave, fu eletto papa. Nel frattempo aveva coltivato anche la sua vita privata e avuto da Vannozza Cattanei, locandiera di Roma che fu sua amante

per lunghi anni, quattro figli: Cesare (1475), Juan (1476), Lucrezia (1480) e Jofré (1481). E, prima e dopo di questi, ne ebbe almeno altri cinque da donne sconosciute. Rodrigo Borgia fu uomo passionale, amò molto le donne e amò molto i suoi figli. Di lui i contemporanei dissero: "Mai si vide il più carnale homo". Il Borgia fu molto abile nel governo politico dello Stato della Chiesa in quei difficili tempi. Lo storico fiorentino Francesco Guicciardini, che non fu certo amico dei Borgia, scrisse che possedeva "... solerzia e sagacità singolare, consiglio eccellente, efficacia a persuadere maravigliosa e a tutte le faccende gravi sollecitudine e destrezza". Aggiunge poi però che il papa era di "costu-

mi oscenissimi”, avidissimo, crudele, bugiardo, ambiziosissimo per se e per i figlioli.

Dal padre Lucrezia ereditò certamente l'intelligenza, la duttilità, la capacità di piacere e di muoversi nella vita adattandosi alle situazioni più diverse. L'educazione che ricevette fu ampia e accurata e la frequentazione del convento di San Sisto le rese familiari e care le pratiche religiose. Lucrezia è descritta dai contemporanei come una giovane donna molto graziosa, minuta, lunghi capelli biondi, con una gran passione per gli abiti eleganti e i gioielli; ma anche per la musica, la poesia, la danza.

Vivace, forte, gentile; in una parola: piacevole, simpatica.

Ben presto Lucrezia diviene una pedina importante nelle mani del padre e a soli tredici anni va sposa a Giovanni Sforza, 27 anni, duca di Pesaro, feudo papale, vedovo di una Gonzaga dalla quale aveva avuto un figlio. Ma poi il gioco delle alleanze cambia e nel 1497 il papa decide di annullare il matrimonio di Lucrezia, da cui non sono nati figli, per “impotenza” dello Sforza; il quale, infuriato, lancerà accuse infamanti all'ex suocero e all'ex moglie.

L'anno dopo Lucrezia viene data in sposa al diciassettenne Alfonso

di Aragona, duca di Bisceglie,

figlio illegittimo di Alfonso II di Napoli. Il matrimonio è felice e allietato nel 1499 dalla nascita di un bambino, che viene chiamato Rodrigo. La giovane coppia tiene una corte sua che col tempo finisce per impensierire Cesare Borgia. Una serenità breve: per i progetti dei Borgia è opportuno che Lucrezia sia di nuovo libera, e così nell'estate del 1500 Alfonso viene ucciso, a quanto risulta, dai sicari di Cesare. A vent'anni Lucrezia è vedova. Ben presto cominciarono ad arrivare per lei proposte di un nuovo matrimonio, segno evidente che l'alleanza con i Borgia era considerata importante. Lei intanto stava valutando l'opportunità di lasciare l'ambiente di Roma che era ormai per lei opprimente, e con esso i suoi familiari, che amava ma di cui soffriva il peso, e di scegliersi quindi un marito che le consentisse di realizzare questo progetto e che fosse abbastanza potente da controbilanciare la forza dei Borgia. In altre parole, Lucrezia sta prendendo in mano il proprio destino.

Occasione sono le trattative del papa con la famiglia d'Este, una delle casate più antiche e stimate d'Italia, per favorire e rafforzare la conquista della Romagna da parte di Cesare. E Lucrezia sceglie decisamente come sposo Alfonso d'Este, figlio ed erede di Ercole I° duca di Ferrara, il quale accoglie con riluttanza il progetto perché è innegabile che Lucrezia ha un passato burrascoso e appartiene a una famiglia a dir poco inquietante. Ma due elementi convincono gli Este ad accettare le nozze: le pressioni del re di Francia Luigi



Cesare Borgia

XII, amico dei Borgia, e la necessità di difendersi da Cesare Borgia e dalle sue mire espansionistiche in Romagna.

Il matrimonio di Lucrezia e Alfonso d'Este avvenne per procura in San Pietro, davanti al papa-padre. A nome dello sposo, suo fratello don Ferrante infila l'anello al dito della sposa, elegantissima in un

abito di broccato d'oro foderato di ermellino, mentre l'altro fratello, il cardinale Ippolito, le consegna uno scrigno colmo di gioielli. Segue una settimana di feste, tornei, sfilate. La partenza per la nuova patria è fissata per il 6 gennaio 1502: Lucrezia sale sulla sua mula bardata d'oro e, scortata dal fratello Cesare che l'accompagnerà per un lungo tratto, parte per il lungo viaggio che in poco meno di un mese la porterà a Ferrara dove darà inizio alla sua seconda vita.

L'accoglienza di Ferrara è spontanea ed entusiasta. Al ricevimento a Palazzo Ducale l'oratore ufficiale, l'umanista Pellegrino Prisciani, esalta in latino le doti e la genealogia della sposa, interpretando la sua poco ortodossa nascita dal papa come un evento misteriosamente voluto da una volontà superiore.

Conclusa la cerimonia, Lucrezia



Castello Estense di Ferrara

fu accompagnata dai familiari e dalla corte nell'appartamento nuziale. La prima notte di nozze fu spiata sia dai ferraresi che dagli inviati del papa: troppo importante era che il matrimonio riuscisse bene. A quanto risulta, quella notte il matrimonio fu consumato tre volte.

Lucrezia stabilì la sua dimora non a palazzo ducale, ma nel castello estense, dove creò una splendida corte di letterati. Già in primavera si accorge di essere incinta, ma in settembre dà alla luce prematuramente una bambina che nasce morta. Si impone una lunga convalescenza che viene trascorsa al monastero del Corpus Domini, che le fu poi sempre molto caro. Intanto per Lucrezia si preparano tempi difficili. L'8 agosto 1503 muore improvvisamente papa Borgia, e anche su questa morte aleggiavano sospetti e misteri. Si disse che si trattò di un

colpo apoplettico, ma si ventilò anche che si trattò invece di veleno, tesi tuttora sostenuta da molti. Ad essere avvelenato sarebbe stato anche Cesare, che però riuscì a sopravvivere. La notizia della morte del padre colpì dolorosamente Lucrezia, che veniva privata di chi l'aveva sempre protetta.

La morte di Alessandro VI fu fatale per il figlio Cesare: imprigionato da papa Giulio II, riuscì ad evadere rifugiandosi a Napoli, ma fu poi catturato di nuovo e fatto imprigionare in Spagna, dove morì pochi anni dopo, nel 1507. La fine della sua famiglia d'origine liberò Lucrezia del suo essere "Borgia" facendola divenire sempre più una Este.

Nel gennaio del 1505 morì anche il duca Ercole. Era stato un sovrano gradito al popolo: aveva promosso il rinnovamento urbanistico di Ferrara raddop-



La vita di Lucrezia Borgia, duchessa di Ferrara, fu complessa e travagliata, segnata da amori, amicizie, passioni, battaglie: vissuta in un tempo difficile e duro, per molti aspetti addirittura sanguinario e crudele. In più le malattie e le epidemie, che periodicamente colpivano la popolazione e che non risparmiarono neppure Lucrezia.

Non mancarono le guerre. A partire dal 1510, per oltre tre anni, Lucrezia governò di fatto Ferrara, con l'aiuto del cognato cardinale Ippolito, in quanto Alfonso era quasi sempre lontano a combattere nel complicato scacchiere italiano del tempo, dove Stato pontificio e Francia si confrontavano e con i principi italiani a fianco dell'uno o dell'altro.

Gli ultimi anni di Lucrezia furono meno complessi e difficili. Alfonso poté essere più presente e dedicarsi alle cure del suo ducato e a lavori di abbellimento della città e degli appartamenti della corte. I rapporti con la cognata Isabella migliorarono, forse anche per la separazione di fatto tra i due coniugi. I figli crescevano bene e Lucrezia e Alfonso erano molto solidali nelle cure per loro. Alfonso era attento e sollecito nei confronti della moglie.

Nei suoi ultimi anni Lucrezia si

piando le dimensioni della città, edificando nuovi quartieri, innalzando bastioni e facendo aprire ampie strade fiancheggiate di palazzi e chiese. Con la sua morte Lucrezia divenne duchessa di Ferrara, Modena e Reggio Emilia a fianco del marito Alfonso. Nel settembre di quello stesso anno Lucrezia partorì un figlio maschio, che fu chiamato Alessandro in onore del nonno Borgia, ma che visse soltanto un mese. È di questi anni l'amicizia amorosa per il cognato Francesco Gonzaga, marito di Isabella d'Este, sorella di Alfonso, che cercò senza riuscirci di aiutare Cesare, e poi si adoperò per consolare Lucrezia dopo la morte dell'adorato fratello. L'amicizia tra Lucrezia e Francesco inasprì i rapporti, che non erano mai stati sereni, tra le due cognate.

Il 1508 fu l'anno in cui trovò misteriosamente la morte Ercole Strozzi, devoto amico di Lucrezia, che il 6 giugno fu trovato morto in una strada di Ferrara, trafitto da più di venti coltellate: a quanto si sospettò, l'assassinio fu forse commissionato dallo stesso Alfonso che aveva scoperto che Ercole era il messaggero tra Lucrezia e il cognato Francesco II Gonzaga. Tanti, troppi "forse" nella vita di Lucrezia, che tuttavia da queste tragedie uscì a testa alta, mostrandosi sovrana colta e saggia, brava amministratrice e organizzatrice di feste e banchetti, devota al marito al quale da allora diede praticamente un figlio all'anno: il sospirato erede, il futuro Ercole II, nacque finalmente nel 1508, seguito l'anno dopo da un secondo maschio che fu chiamato Ippolito in onore dello zio cardinale, e poi un terzo cui fu posto il nome di Alessandro.

avvicinò molto alla religione e, a quanto si tramanda, portava un cilicio sotto le vesti. Aveva come confessore e guida spirituale il frate domenicano Tommaso Caiani, seguace di Gerolamo Savonarola, e aveva aderito al terzo ordine francescano. Nel marzo del 1519 Francesco Gonzaga morì per la sifilide che lo affliggeva da anni. Anche lui negli ultimi tempi si era avvicinato alla religione. La morte di Francesco adolorò profondamente Lucrezia che in quel periodo stava male: era di nuovo incinta e la gravidanza si presentava difficile. Il 14 giugno 1519 diede alla luce una bambina, battezzata Isabella Maria, ma si ammalò di febbri puerperali. Il 22 giugno dettò una lettera al papa chiedendo un'indulgenza plenaria: *Santissimo Padre, con ogni possibile reverentia d'animo basio li santi piedi di vostra Beatitudine et humilmente me raccomando in la sua santa gratia: havendo io per una difficile gravidanza patito gran*



Tomba di Lucrezia Borgia

mali più di duo mesi, come a Dio piacque al XIV del presente in aurora hebbi una figliola. E sparavo essendo scaricata del parto ch'el mal mio ancho si dovesse alleviare, ma è successo il contrario, in modo che mi è forza concedere alla natura... E così devotamente la prego: et in sua santa gratia raccomando il Signor Consorte et figlioli miei tutti servitori di predicta vostra Beatitudine.

In Ferrara ad' XXII di Zugno 1519 a hore XIV

De vostra Beatitudine humil serva, Lucretia da Este

Lucrezia Borgia morì il 24 giugno all'età di 39 anni. Nel corgoglio del marito e della città fu sepolta nel monastero del Corpus Domini, con indosso l'abito francescano.

Dal libro di Paola Giovetti *Donne di potere* (Edizioni Mediterranee 2019)

tra i libri ricevuti



Ecologia dello spirito

IDEALI

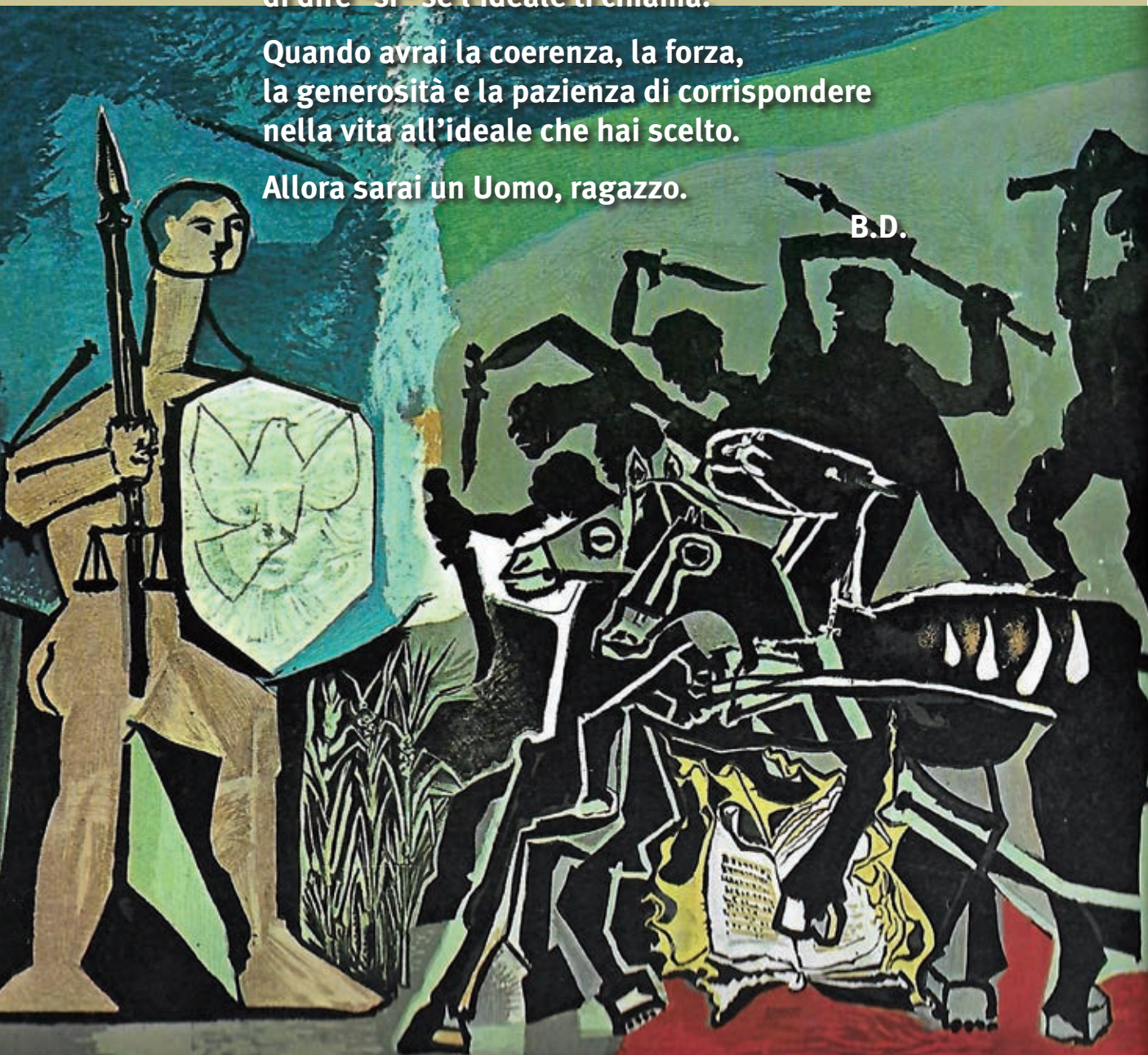
Quando avrai avuto la fortuna di sentire nel cuore un ideale.

Quando avrai il coraggio e l'entusiasmo di dire "sì" se l'ideale ti chiama.

Quando avrai la coerenza, la forza, la generosità e la pazienza di corrispondere nella vita all'ideale che hai scelto.

Allora sarai un Uomo, ragazzo.

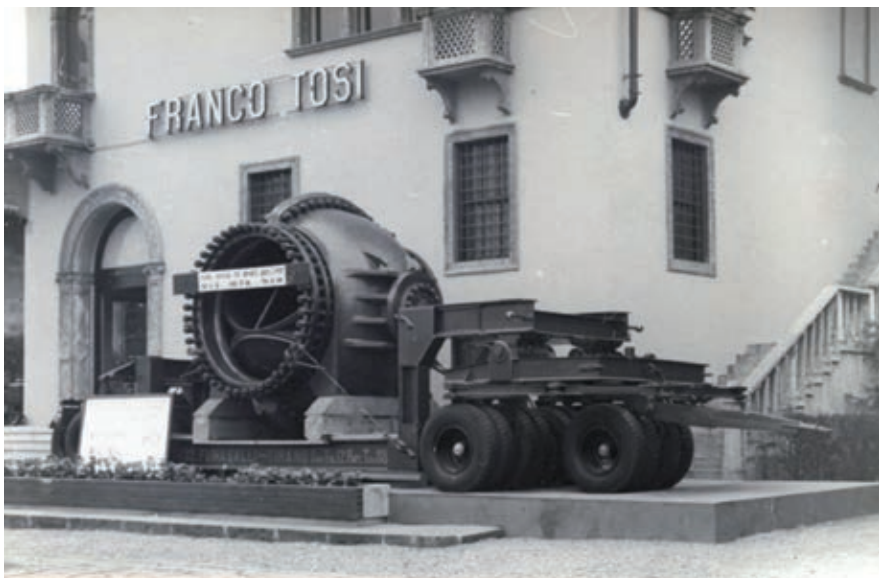
B.D.



di **Eligio Piccolo**

La mia giornata mondiale senza tabacco

Un nonagenario, qual sono, oculato ma ex fumatore, per sorte anche medico, che come dicono al mio paese: “el pol dir ‘na paroa in piasa”, può sentirsi autorizzato a dire la sua sia per il senso di contrizione del passato vizio che per quanto ha imparato dalle tante ricerche di colleghi e scienziati. Questi, va ricordato, solo da un secolo hanno cercato di capire perché gli indios precolombiani fumassero raramente il calumet e noi invece li avessimo quasi sbertucciati “scoprendo” i molti modi con cui godere le meravigliose proprietà “farmacologiche” delle foglie della *Nicotiana Tabacum*, appartenente alla famiglia delle solanacee, come le patate e i pomodori. Ho detto solo da cento anni perché pressapoco negli anni venti il patologo Leo Buerger, viennese naturalizzato statunitense, ebbe un primo barlume, osservò che la cosiddetta malattia delle vetrine, quella dei pazienti costretti a fermarsi facendo finta di ammirare la mercanzia, colpiva solamente i maschi, e sospettò che il fumo, allora praticato solo da questi, fosse la causa della malattia delle arterie, che per anni prese il suo nome. In quel tempo nessuno approfondì il problema, benché altri disturbi e malattie cominciassero a incriminare quel piacevole vizio e tentassero di vincere la sordità da mercante di fumatori e produttori. Si dovrà attendere lo





Vittorio Feltri

dava ristoro, e durante la guerra coltivava pure il tabacco per sé e gli amici. Anni dopo, ero già alle prime armi di medico, mi disse che le gambe lo stavano obbligando a fermarsi per i crampi che le attanagliavano; gli misi una mano sul dorso del piede e la diagnosi di mancato flusso di sangue non aveva alterna-

studio del 1964, il rapporto Terry degli USA, statisticamente incontestabile, ma che dovrà fare un'ulteriore lunga anticamera prima che molti paesi emanassero leggi di regolamentazione. Non potrò mai dimenticare quel mio parente, operaio forte e muscoloso, che ci portava senza fatica in bicicletta me e mia sorella bambini, io sul ferro e lei sul manubrio, per dieci chilometri fino a casa sua, dove egli gestiva da solo un bacino idrovolante, giorno e notte. Lo ricordo con quelle sue grandi mani unte di petrolio, in mezzo ai macchinari Franco Tosi, simili a quelli di un transatlantico, diceva, e poi nell'officina per gli aggiustamenti, o nei campi a coltivare l'uva o con il fucile a caccia, instancabile. Solo la sigaretta gli

va dall'aorta in giù. In seguito avvertì un breve dolore al petto, aveva superato senza ricovero un piccolo infarto. Dovette chiedere la pensione anticipata e di lì a poco la moglie mi telefonò che gli si era paralizzata la parte destra. Sopravvisse altri dieci anni quasi allettato, ma con una grande volontà di farcela. Quando andavo a trovarlo era felice come un bambino, ma gli era rimasta un'unica parola, Maria, la moglie.

Ogni 31 maggio si celebra la "Giornata mondiale senza tabacco". Ogni giorno la sorda umanità si è organizzata una rimembranza, acerba direbbe il poeta: per il cancro, la SLA, l'infarto, l'AIDS, della memoria, ecc., quasi a voler esorcizzare le nostre colpe, reali o supposte. Dopo 55 anni dal Rapporto Terry, che avrebbe dovuto farci ritornare rapidamente alla saggezza dei Maya, ci ritroviamo con un italiano su cinque ancora fumatore e con l'abitudine tra i giovani in crescita. Le percentuali delle varie età dei tabagisti, dei due sessi, dopo la legge Sirchia e del successivo riamamento; quelle sul numero di sigarette giornaliere, comprate dal tabaccaio o fatte a mano, dell'incidenza dei fumatori, nel nord, centro e sud, della sigaretta elettronica che ha praticamente fallito come metodo per smettere; tutte sono concordanti secondo le varie statistiche, ma ve le risparmio perché i numeri sono sempre noiosi. Rimane purtroppo la triste constatazione che la lotta contro la resistenza dei fumato-

ri e dei produttori è continua, deludente e scandalosa. Mentre, ragionando all'americana sul costo/beneficio, dobbiamo constatare che grande rimane la passività sia a carico di chi si compera il vizio che della sanità per curare bronchiti, tumori, infarti e ictus, nonché a scapito della produttività economica per le giornate di

lavoro perdute. È però sconcertante leggere Vittorio Feltri, peraltro scanzonato e piacevole giornalista, che scrive di non sapere cosa dire nella ricorrenza del 31 maggio perché suo nonno è giunto alle 88 primavere avendo fumato quintali di sigari toscani e bevuto ettolitri di vino. Come dire: chi ha un DNA gagliardo viva, gli altri s'arrangino. A conforto di Feltri, che non ha certo bisogno del mio, si potrebbe dire che chi non ha un vizio ne ha altri, come nella storiella di chi rimproverava l'amico perché con i soldi spesi per una vita da fumatore si sarebbe potuto comperare una casetta e che si sentì rispondere: "e tu che non fumi dov'è la tua?"

“

ANEDDOTI ROMANI

Il sacrificio di Braghettone

Quante volte facciamo cose che non ci piace fare. Può succedere per molti motivi. La maggior parte delle volte vi siamo costretti, più raramente è una nostra scelta. In alcuni casi, infatti, ci sacrifichiamo volontariamente, pur consapevoli che il nostro comportamento ci arrecherà solo critiche e derisione, per salvaguardare un bene superiore. Accettiamo, cioè, un compromesso pur di salvare, almeno in parte, qualcosa in cui crediamo o che apprezziamo.

Non gradiamo l'accomodamento cui siamo obbligati, ci amareggiano le critiche altrui ma siamo convinti della bontà del nostro operato e confidiamo che prima o poi qualcuno ce ne renderà merito.

È quanto deve essere successo a Daniele da Volterra, l'affezionato discepolo di Michelangelo, che pur di evitare che Papa Paolo IV distruggesse "il giudizio universale" del suo maestro, a causa delle eccessive nudità che vi erano ritratte, si sobbarcò l'onere di coprire tali impudicizie con "panni sottili". Il suo intervento gli procurò il derisorio soprannome di "braghettone" ma permise al capolavoro michelangesco di sopravvivere, pur se mutilato, e di essere ininterrottamente ammirato nel corso dei secoli. Racconta infatti il Vasari che: "...tornato finalmente il Daniello a Roma, avendo Papa Paolo IV volontà di gettare in terra il Giudizio di Michelangelo per gl'ignudi, che gli pareva che mostrassero le parti vergognose troppo dionestamente, fu detto da' cardinali ed uomini di giudizio, che sarebbe un gran peccato guastarle; e trovarono modo che Daniello facesse loro certi panni sottili, e che le coprisse...". Un sacrificio ben speso!



Il Giudizio Universale

F. S.

”

Quaderno a Quadretti

di **Franco Fontanini**

Caffè

Luigi XV, passato alla storia, con scarsi meriti, con l'appellativo di Beneamato, era un timido, scettico e indolente, poco appassionato al suo mestiere di re, avido di piaceri e nevroticamente preoccupato di salvarsi l'anima. Iniziando giovanissimo, dette vita all'era delle grandi favorite. Cominciò con la contessa di Mailly seguita, in rapida successione, dalle sue tre sorelle, raggiungendo l'acme con la marchesa di Pompadour, per quasi vent'anni vera sovrana di Francia, sostituita nell'alcova regale dalla marchesa Du Barry, che fu certamente la favorita ideale per il Beneamato. Alienata, a differenza di tutte le altre, da ogni trama politica, incolta, scurrile, abilissima in tutti i segreti della seduzione appresi in un bordello da una maitresse d'alto bordo, la Guarden, che l'avviò alla professione in una casa di piacere per nobili libertini. Prima del Beneamato aveva avuto più di duecento amanti escludendo quelli occasionali.

Il re nell'intimità, amava le stranezze e gli piaceva molto essere insultato e maltrattato. La Du Barry non chiedeva altro, era padrona di un ricchissimo lessico da bassifondi e di tutte le più sofisticate raffinatezze masochistiche. Lo chiamava ironicamente "La France", e non gli risparmiava i brutti gesti né gli appellativi ignominiosi. Passavano a letto intere giornate.

Luigi XV, beveva innumerevoli caffè che amava farsi da solo, con estrema cura, con una napoletana che teneva presso il letto. Una volta il caffè bolliva e la du Barry apostrofò il re: "La France, merde, muoviti che il tuo caffè va a farsi fottere".

Consigli

Raccontava Arturo Toscanini che a vent'anni, nella stessa giornata, aveva baciato la prima ragazza e fumato la prima sigaretta.

"Da allora", diceva, "non ho più perso tempo con il fumo".



Arturo Toscanini

Mammismo

La condizione femminile è molto cambiata nel corso dell'ultimo secolo, ma resistente e im-



Enzo Ferrari e Gilles Villeneuve

mutabile è rimasto il mammi-
smo. Il lavoro, l'indipendenza
economica, il voto, la laurea,
la parità sessuale, non l'hanno
totalmente liberata.

Si racconta che Enzo Ferrari,
fino all'ultimo fu restìo a sce-
gliere piloti di casa perché, di-
ceva, in caso di incidente non
voleva avere a che fare con
una mamma italiana.

Medici

La gente, in particolare lettera-
ti e filosofi, si è sempre molto
divertita a deridere i medici.

In Francia ha duraturo successo
la storia di un medico di campa-

gna che dovendo andare a visitare un malato che abitava in un di-
sperso casolare di campagna, aveva preso con sé il fucile per cac-
ciare in strada, in modo da rendere meno noioso il tragitto.

Incontrò un contadino che, sorpreso, gli chiese dove andasse:

“A visitare un ammalato”, fu la
risposta.

“E il fucile? Avete paura di sba-
gliarlo?”

Molto più antica è la storia at-
tribuita ad Esopo che risale al
sesto secolo a. C.

Un medico domandò al malato
quali effetti risentisse dai far-
maci che gli aveva dato.

“Ho sudato molto” rispose.

“Questo è bene”, sentenziò il
medico.

Qualche giorno dopo il medico
chiese ancora come si era sen-
tito in seguito.

“Ho avuto un gran freddo”, rispose, “e ho tremato molto”.

“Questo è bene”, replicò il medico.

Alla terza visita, gli domandò di nuovo come si sentisse.

“Mi sento gonfiare, come per idropisia”.

“Ora va bene”, concluse il medico.

Andato via il medico, l'ammalato disse ai familiari: “ Ecco, a
forza di star bene, muoio”. E morì poco dopo.

Ha scritto La Bruyere: “Finché gli uomini potranno morire e
ameranno vivere, il medico sarà oggetto di ironia e pagato pro-
fumatamente”.

Carducci

Giosuè Carducci andava a passare le acque in estate a Madesi-
mo. Gli erano state ordinate da Augusto Murri, probabilmen-
te per l'iperuricemia. Aveva la pressione alta e portava male
gli anni: a cinquant'anni, al fianco di Annie Vivanti, sembra-
va suo padre.

All'acqua diuretica preferiva il Sassello, e non era indifferente

alle belle villeggianti della Valle Spluga che riuniva nella società culturale “L’Aconito”.

Vivaddio che c’era lui, perché i nostri letterati del secolo scorso escono piuttosto male da una recente disamina piuttosto maliziosa delle loro attitudini sessuali. Foscolo vi appare come un dongiovanni avventuriero, Leopardi un lamentoso impotente poco amante dell’igiene e incorreggibilmente goloso,

Manzoni un ipersessuale che si sforzava di nascondere i suoi ardori, Gozzano era ambiguo, Saba gay, Pascoli amante dei vizi solitari e forse dedito ad un amore incestuoso, D’Annunzio amante di ogni perversione.

Carducci ebbe numerosi brevi amori, prediligeva il sesso “usa e getta” che non lo distoglieva troppo dagli studi.

Ebbe una vera passione solo per Annie Vivanti.

La nipote Elvirina rimproverava al nonno che venerava, soprattutto l’amore per Lidia, “il lungo errore romantico della sua virilità”.

Attilio Momigliano disse che Carducci “è l’ultimo rappresen-



tante di quei letterati che conoscono e apprezzano i doni e i sentimenti essenziali della vita”.

Il poeta risorgimentale, il retorico fustigatore dei costumi nazionali, finché la pressione glielo consentì, apprezzò molto anche i piaceri della tavola. Da Bologna, una volta alla settimana andava in carrozza a Modena per mangiare lo zampone, che considerava il migliore, e bere lambrusco, vino a suo dire intrasportabile. Amava le maggioranze forti e solide: nonostante il “cerchio magico della sua solitudine” e l’attenta sorveglianza della moglie Elvira, sempre sospettosa e niente affatto disponibile al ruolo appartato di consorte del vate che Carducci avrebbe amato assegnarle, le sue evasioni erano frequentissime. Numerosi anche i litigi coniugali.

Quando vinse il Nobel, disse solennemente alla moglie: “vedi che non sono lo stupido puttaniere che tu pensi”.

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

- *La Famiglia Notari in ricordo di Adriano*

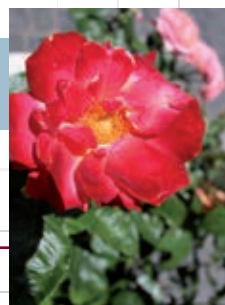


Foto di Giorgia Magnoni



Il cartaceo

Termine cacofonico, quasi volgare, che contrasta con la nostra bella rivista Cuore e Salute, consigliata in regalo a parenti, pazienti e amici, bella anche da toccare. E mentre stavo leggendo un articolo sull'impiego degli smartphone per diagnosticarsi la fibrillazione atriale, e riproporlo poi ai lettori, chissà perché, ho pensato ai nipoti e al loro uso continuo di cellulari e tablet, e fin da piccoli dei game boy. È quasi Natale, tempo di regali, un dono cibernetico per sei nipoti è al di fuori delle mie possibilità, così ho pensato a un libro di loro gradimento. Ma la telefonata a una figlia per consigli mi ha subito impedito di proseguire: "ma papà! I tuoi nipoti la carta scritta non la usano più, di cartaceo conoscono solo quello della toilette; oramai ottengono tutto con gli smartphone, tablet e PC, neanche la penna la vedo tra le loro cose; all'università i testi, le annotazioni le fanno soltanto sui loro schermi, scordatelo e, amorevolmente, fattene una ragione".

Mi sono arreso e ho continuato a leggere sul New England Journal of Medicine del 14 nov. 2019 i risultati della ricerca di Marco Perez e dei suoi oltre 20 collaboratori dello Stanford Center for Clinical Research sull'uso degli smartphone, che anche i vecchietti oggi adoperano, per registrarsi i battiti del cuore. Qualora avvertivano delle irregolarità potevano collegarsi a determinati centri per approfondire quell'aritmia soggettiva. La loro esperienza ci informa che le segnalazioni di irregolarità dei battiti nei pazienti da loro arruolati erano piuttosto rare, ma se venivano approfondite con le registrazioni più precise della moderna tecnologia rivelavano che il 34%, un terzo, erano fibrillazioni atriali. Aritmia che oramai tutti i nostri lettori hanno imparato a non prendere sottogamba.

Anche nell'Università Bicocca di Milano il cardiologo Gianfranco Parati si è attivato con i tecnici del gruppo di Enrico Caiani per utilizzare certe proprietà degli smartphone che, appoggiati sul petto, possono cogliere segnali oscillatori partenti dal cuore, indicatori della sua efficienza, nonché i battiti, regolari e aritmici. I moderni cellulari, per quanto ne so, sono già in grado di registrare la frequenza e le irregolarità, di cui gli Holter e le altre tecniche poi preciseranno se si tratti di banali extrasistoli o di fibrillazioni. Credo che a partire soprattutto dai 50 anni tutti dovrebbero imparare a utilizzare i loro cellulari qualora sentano che il cuore batte troppo svelto o irregolare. Sarebbe un aiuto notevole per il medico nel programmare gli accertamenti e nella diagnosi.

La moderna tecnologia sta già costruendo smartphone capaci di registrare addirittura l'elettrocardiogramma, solo appoggiandoli sul torace, e tra poco anche di cinematografare l'ecocardiogramma. La loro trasmissione al cardiologo accorcerebbe i tempi delle visite, degli accertamenti e dell'urgenza. L'importante è che il paziente si dia da fare nell'apprendere questi giochetti da bambini e di togliersi il timore del collaborare con la medicina che nonostante i suoi paroloni difficili spesso ci dà rassicurazioni o il modo per ottenerle.



E. P.



Lettere a Cuore e Salute

DOMANDA

Allergia all'aspirina? Ahi, ahì, ahì!!!

Buonasera,
desidero avere informazioni
su antiaggreganti efficaci
in sostituzione dell'aspirina visto che
sono allergico e che purtroppo ho
avuto due infarti.
Vi ringrazio anticipatamente e vi
porgo i miei saluti.

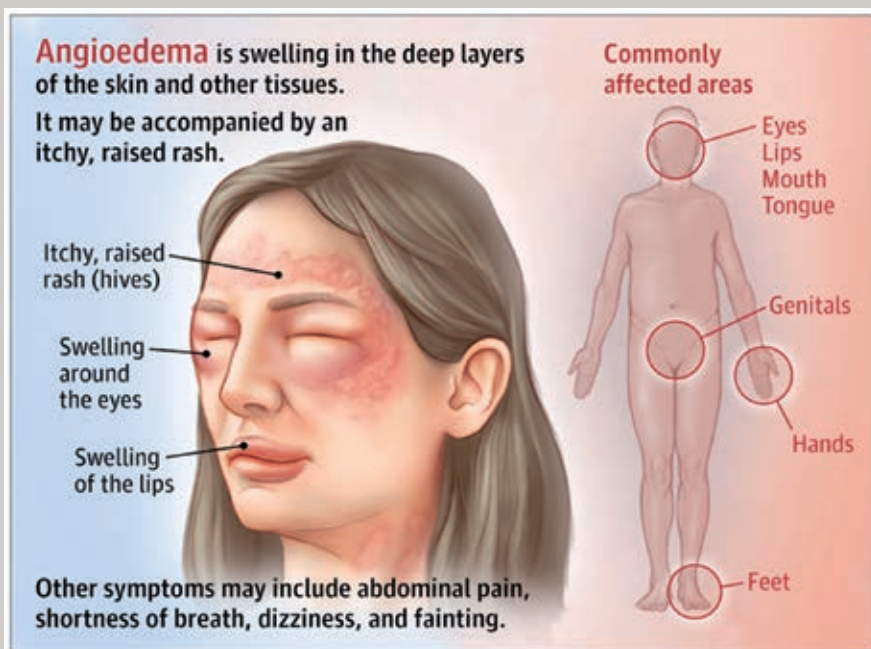
Antonio M., Pordenone

RISPOSTA

Gentile Sig. Antonio,
la sua domanda quasi telegrafica è tosta assai, anche perché, eccetto il riferimento ai due infarti, manca di altri dati sulla sua storia clinica. Ma facciamo come se alcune informazioni utili fossero implicite nello scarno quesito. Partiamo da alcune certezze: l'attivazione piastrinica è uno dei processi maggiormente implicati nello sviluppo dell'aterosclerosi e nella formazione del trombo. L'inibizione di questo processo con una terapia detta Doppia Antiaggregazione Piastrinica (o DAPT, Dual AntiPlatelet Therapy) rappresenta oggi la strategia più efficace per la prevenzione secondaria del rischio di trombosi dei vasi coronarici sottoposti ad angioplastica (o PCI, Percutaneous Coronary Intervention) o a bypass aortocoronarico (per prevenzione secondaria si intende l'insieme delle misure atte ad evitare recidive della malattia).

Nella DAPT l'aspirina (o ASA, Acetyl-Salicylic Acid) ha un ruolo chiave ed è

abbinata ad un inibitore del recettore piastrinico P2Y₁₂ (clopidogrel, prasugrel o ticagrelor). L'ASA ha i suoi meritori *pro* ma anche alcuni *contro*, tra cui il rischio di sanguinamenti o emorragie e di reazioni allergiche come l'orticaria, l'asma, l'angioedema, l'anafilassi. Gli effetti avversi su base allergica sono infrequenti ma la loro possibile evenienza va tenuta a mente. A quanto pare Lei, Sig. Antonio, è purtroppo incappato in una di queste ultime grane: una sfida per il suo cardiologo, costretto a fare a meno dell'aspirina e a cercare col lumicino qualche alternativa valida tra quelle esistenti, che sono davvero limitate. In uno studio (CAPRIE) è emer-



sa la possibilità di fare a meno della DAPT iniziale e di utilizzare il clopidogrel in monoterapia dopo la procedura interventistica, con risultati sovrapponibili a quelli dell'ASA, se non leggermente superiori, e con pari incidenza di sanguinamenti ma (e qui sta uno dei suoi punti deboli) con un'importante variabilità nella risposta da un individuo all'altro (circa 30% dei casi trattati). Altre molecole ad azione antiaggregante piastrinica (es: cilostazolo, indobufene) sono state testate e vengono talvolta usate (soprattutto la seconda) ma la loro efficacia non è stata validata da alcun trial randomizzato controllato.

Sicché, in assenza (o in attesa) di studi di validazione di una terapia anti-trombotica che escluda l'uso di ASA, spetta al cardiologo curante decidere il da farsi, in base al quadro clinico del suo paziente e ai dati disponibili sul tema 'DAPT e allergia all'aspirina' che oltre ad essere in numero esiguo sono spesso inconcludenti o controversi.

Infine, se per una qualche ragione l'ASA si rivela irrinunciabile, è disponibile un trattamento desensibilizzante per i soggetti allergici, i cui risultati sono, secondo alcuni protocolli, rapidi abbastanza da poter includere il farmaco in tempi brevi nella DAPT da dispensare al paziente appena sottoposto a rivascolarizzazione coronarica.

In conclusione la doppia terapia antiaggregante continua a dettar legge nella gestione dei pazienti trattati con PCI e impianto di stent (riassorbibile o meno) e l'aspirina ne è il primattore fisso. Se la DAPT non è attuabile a causa dell'allergia all'aspirina è possibile utilizzare in alternativa il clopidogrel in monoterapia o altre molecole succitate. La terapia desensibilizzante rapida all'ASA è un'altra opzione (da scartare nei casi di orticaria idiopatica cronica, nei quali è controindicata).

Dopo la doppia terapia antiaggregante, di durata variabile da caso a caso, ma non inferiore a trenta giorni (essendo il rischio di trombosi intrastent più alto nel primo mese dopo la procedura), si potrà passare all'uso di uno solo dei farmaci antiplastrinici summenzionati, per una durata prestabilita o a lungo termine.

Ma questa è un'altra storia.

Cordialmente.

Salvatore Milito

DOMANDA

La solitudine

Spettabile *Cuore e Salute*, sento sovente parlare degli effetti negativi della solitudine. Io però avverto sempre più spesso l'esigenza di momenti di isolata tranquillità. Faccio male?

Belardo T., Genova

RISPOSTA

Caro Sig. Belardo,

bisogna preliminarmente chiarire cosa si intende quando si parla di solitudine. Se questa è espressione di isolamento sociale, emarginazione, mancanza di relazioni umane è sicuramente negativa e rappresenta un fattore di rischio per la comparsa di eventi cardiovascolari. La solitudine intesa come momento di rigenerazione e di rilassamento ha invece un valore positivo, specie in un'epoca come la nostra, in cui siamo costantemente

bombardati da informazioni e in cui la spinta irrefrenabile alla condivisione sta sconfinando nel campo della psicopatologia.

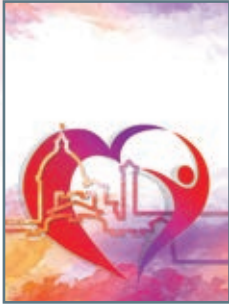
Numerosi studi dimostrano, infatti, che bastano anche solo 15 minuti al giorno in solitudine, a leggere o a meditare, per stare subito meglio, per sentirsi più calmi e rilassati e per ridurre la probabilità di provare successivamente emozioni negative quali irritabilità, sofferenza e agitazione.

La solitudine, quindi, quando voluta e non subita, quando non considerata alternativa alla socialità e alle relazioni umane, non deve essere qualcosa di cui aver paura, ma va anzi perseguita. Nel salutarla La esorto a rileggere il bell'articolo sull'argomento intitolato "Processo a solitudine", pubblicato da Bruno

Domenichelli su questa rivista nel numero di Luglio-Settembre del 2012. Buona lettura.

Filippo Stazi





CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2020

Programma definitivo

XXXVII Congresso di Cardiologia
del Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus
Firenze, Fortezza da Basso, 12-13-14-15 marzo 2020

Coordinamento: Francesco Prati

GIOVEDÌ 12 MARZO

I Sessione

Moderatori: Giuseppe Pajes, *Ariccia - RM*
Elisabetta Varani, *Ravenna*

- 15.00** **La nuova terapia del diabete mellito tipo 2: confronto tra le due classi di farmaci GLPR (Glucagon-Like Peptide Receptor) Agonists e SGLT2 (Sodium-Glucose Cotransporter 2) Inhibitors.**
Claudio Borghi, *Bologna*
- 15.15** **Nodi da sciogliere. La terapia anticoagulante ed antiaritmica dopo l'ablazione per la fibrillazione atriale.**
Filippo Stazi, *Roma*
- 15.30** **Come va impiegato il ticagrelor? Il punto dopo gli studi TWILIGHT e THEMIS-PCI.**
Laura Gatto, *Roma*
- 15.45** **Vecchi problemi irrisolti. Quando e come trattare l'ischemia silente.**
Ciro Indolfi, *Catanzaro*
- 16.00** **Discussione**
- 16.30 - 18.00** **Symposium
NOVELTIES IN CARDIOLOGY**
- Chairpersons:** Eloisa Arbustini, *Pavia - Italy*
Fernando Alfonso, *Madrid - Spain*
Francesco Prati, *Rome - Italy*
- 16.30** **Acute Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease. 2020: the state of the art.**
Liesl J. Zuhlke, *Cape Town, South Africa*
- 16.45** **Pathophysiology and management of ACS.**
Filippo Crea, *Rome - Italy*
- 17.00** **Chronic thromboembolic pulmonary hypertension: role of endoathrectomy**
Andrea Maria D'Armini, *Pavia - Italy*
- 17.15** **Innovations in coronary interventions**
Fernando Alfonso, *Madrid - Spain*
- 17.30** **Discussione**
- 17.50** **Premiazione "Il miglior curriculum"**

18.00 - 19.00

**Moderated Poster (non accreditata ai fini ECM)
THE YOUNG AND THE MASTER TOGETHER**
Presenters and our distinguished faculty

VENERDÌ 13 MARZO

8.30 Saluto ai partecipanti

II Sessione

Moderatori: Giancarlo Piovaccari, *Rimini*
Marino Scherillo, *Napoli*

- 8.45** **Che nesso c'è tra microbiota intestinale e malattie cardiache?**
Andrea Poli, *Milano*
- 9.00** **Scenari di medicina personalizzata: lo scompenso cardiaco a frazione d'eiezione preservata.**
Michele Senni, *Bergamo*
- 9.15** **Enigmi della cardiopatia ischemica: chi dorme poco, non si lava i denti e non fa colazione ha un rischio aumentato di infarto.**
Raffaele De Caterina, *Pisa*
- 9.30** **Time is brain. Tempistica della disostruzione delle arterie cerebrali nell'ICTUS.**
Danilo Toni, *Roma*

9.45 Discussione

III Sessione

Moderatori: Nazzareno Galiè, *Bologna*
Gian Paolo Ussia, *Roma*

- 10.15** **Concetti di cardio-oncologia.**
Irma Bisceglia, *Roma*
- 10.30** **Fibrillazione e cardiopatia ischemica: va impiegato l'acido acetilsalicilico in aggiunta all'anticoagulante?**
Massimo Volpe, *Roma*
- 10.45** **Colesterolo sempre più giù. Razionale, significato clinico e ripercussioni terapeutiche.**
Alberto Zambon, *Padova*
- 11.00** **Riflessioni sull'impiego della MitraClip nel trattamento dell'insufficienza mitralica.**
Giuseppe Musumeci, *Cuneo*
- 11.15** **Discussione**
- 11.45** **Intervallo**

12.10 - 12.40 PUNTI DI VISTA

La sigaretta elettronica: sì, no, forse.

Roberta Pacifici, *Roma* - Pier Luigi Temporelli, *Veruno - NO*
Moderatore: Luciano Onder, *Roma*

12.40 - 13.40

Simposio realizzato con il contributo non condizionante di Sanofi
GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE POST SCA: EVIDENZE
DAI TRIAL ALLE LINEE GUIDA

Moderatori: Leonardo Bolognese, *Arezzo*
 Claudio Rapezzi, *Ferrara*

12.40 Il paziente post SCA con comorbidità: evidenze dallo studio ODYSSEY OUTCOMES
 Raffaele De Caterina, *Pisa*

13.10 Percorsi di terapia antiaggregante nel paziente a rischio emorragico
 Claudio Cavallini, *Perugia*

13.30 Discussione

12.45 - 13.15 (Sala B Pad. Spadolini)
Luncheon Lecture realizzata con il contributo non condizionante di AstraZeneca
UN NUOVO PARADIGMA NELLA PREVENZIONE DELLO SCOMPENSO CARDIACO

Moderatore: Francesco Prati, *Roma*

12.45 Il beneficio cardiovascolare di Dapaglifozin
 Andrea Giaccari, *Roma*

13.00 Le nuove evidenze dai grandi trial nel trattamento dello scompenso cardiaco
 Roberto Valle, *Chioggia - VE*

12.45 - 14.15 (Sala A Pad. Spadolini)
Luncheon Panel realizzato con il contributo non condizionante di Bayer
RIVAROXABAN: LA PROTEZIONE DEL PAZIENTE AD ALTO RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Moderatori: Felicita Andreotti, *Roma*
 Ciro Mauro, *Napoli*

12.45 "Occhio al diabete" nella FA
 Massimo Uguccioni, *Roma*

13.15 Nuove linee guida ESC nel TEV ad alto rischio
 Claudio Cimminiello, *Milano*

13.45 COMPASS, dalle linee guida alla pratica clinica
 Leonardo De Luca, *Tivoli-RM*

14.00 Discussione

13.40 -14.40

Simposio realizzato con il contributo non condizionante di Boehringer-Ingelheim
PERSONALIZZAZIONE, LINEE GUIDA E VITA REALE:
DABIGATRAN

Moderatore: Giuseppe Tarantini, *Padova*

13.40 Fibrillazione e coronaropatia, cosa dicono le linee guida
 Giuseppe Tarantini, *Padova*

Discussione

13.55 La personalizzazione della terapia anticoagulante: dabigatran e i suoi due dosaggi
 Nicola Cosentino, *Milano*

14.10 La sicurezza di dabigatran nel paziente con insufficienza renale
 Roberto Pontremoli, *Genova*

14.25 Discussione

SIMPOSIO
SPUNTI DI CARDIOPATIA ISCHEMICA

Moderatori: Filippo Crea, *Roma*
 Carlo Di Mario, *Firenze*

14.40 Lesioni non culprit nelle sindromi coronariche acute. Come e quando trattarle.
 Giampaolo Niccoli, *Roma*

14.55 Il progetto Revolution: sostituire la coronarografia con la TAC coronarica con valutazione funzionale.
 Antonio Bartorelli, *Milano*

15.10 La SCA da dissezione coronarica: quali scelte terapeutiche per una fisiopatologia diversa?
 Davide Capodanno, *Catania*

15.25 Discussione

15.45 - 16.15 LECTURE
THE NEW CHALLENGES FOR PEDIATRIC CARDIAC SURGERY.
TREATMENT OF HEREDITARY CONNECTIVE TISSUE DISEASE
 Luca Vricella, *Chicago, IL - USA*

IV Sessione

Moderatori: Alessandro Boccanelli, *Roma*
 Rosanna Pes, *Olbia*

16.30 La denervazione delle arterie renali con i sistemi di seconda generazione. Un rimedio per l'ipertensione resistente?
 Francesco Versaci, *Latina*

VENERDÌ 13 MARZO

- 16.45** **Eventi cardiaci nella fibrillazione atriale di nuova insorgenza: occhio al primo mese.**
Giuseppe Patti, *Novara*
- 17.00** **Cardiopatía ischémica cronica e rivaroxaban: chi ha il maggior beneficio?**
Leonardo Bolognese, *Arezzo*
- 17.15** **Le omiche delle canalopatie e delle cardiomiopatie: cosa sappiamo e a cosa servono.**
Carlo Pappone, *San Donato Milanese - MI*
- 17.30** **Discussione**

18.00 - 19.00

CASI CLINICI. E VOI COSA FARESTE?

Moderatori: Gian Franco Pasini, *Gavardo - BS*
Angela Beatrice Scardovi, *Roma*

- 1. Uno studio in rosso**
Aldostefano Porcari, *Trieste*
- 2. Una diagnosi catastrofica**
Luca Paolucci, *Roma*
- 3. Quando le apparenze ingannano...**
Giulio Cacioli, *Roma*
- 4. La camera dei segreti**
Sergio Sorrentino, *Bologna*

SABATO 14 MARZO

- 8.15 - 8.45**
Letture realizzate con il contributo non condizionante di Bayer ASA NEL PAZIENTE DIABETICO: È ORA DI FARE CHIAREZZA
Felicità Andreotti, *Roma*
Moderatore: Francesco Prati, *Roma*
- V Sessione**
Moderatori: Francesco Bovenzi, *Lucca*
Maria Grazia Modena, *Modena*
- 8.45** **I farmaci SGLT2: siamo certi che servano solo per curare il diabete?**
Giuseppe Di Pasquale, *Bologna*
- 9.00** **Miti da sfatare: il miocardio non compatto.**
Eloisa Arbustini, *Pavia*
- 9.15** **Fino a che punto vanno seguite le linee guida?**
Claudio Rapezzi, *Ferrara*
- 9.30** **Il cammino della TAVI: dai casi compassionevoli al basso rischio.**
Corrado Tamburino, *Catania*
- 9.45** **Discussione**
- VI Sessione**
Moderatori: Francesco Grigioni, *Roma*
Pierluigi Stefano, *Firenze*
- 10.15** **Il punto sulla displasia aritmogena del ventricolo destro.**
Gianfranco Sinagra, *Trieste*
- 10.30** **Riacutizzazione tra BPCO e infarto: che nesso c'è?**
Pierfranco Terrosu, *Sassari*
- 10.45** **Il trattamento dell'insufficienza mitralica nello scompenso refrattario.**
Massimo Massetti, *Roma*
- 11.00** **Discussione**
- 11.30** **Intervallo**
- 11.50 - 12.40**
CONTROVERSIA
LA RICERCA DELL'ISCHEMIA CRONICA CON TEST FUNZIONALI PREVIENE GLI HARD END-POINT (MORTE O INFARTO)?
Moderatore: Gianni Casella, *Bologna*
- 11.50** **Contro**
Francesco Prati, *Roma*
- 12.05** **A favore**
Emanuele Barbato, *Napoli*
- 12.20** **Discussione**

SABATO 14 MARZO

12.40 - 13.10

Letture realizzate con il contributo non condizionante di Amgen

IL TRATTAMENTO DEL COLESTEROLO LDL NEL POST SCA: UNA CORSA VERSO IL BASSO

Davide Capodanno, *Catania*

Moderatore: Francesco Prati, *Roma*

12.45 - 13.15 (Sala B Pad. Spadolini)

Luncheon Lecture realizzata con il contributo non condizionante di Alfasigma

NOVITA' IN CARDIOLOGIA: LA NUTRACEUTICA PER RIDURRE LA COLESTEROLEMIA IN PREVENZIONE PRIMARIA

Matteo Pirro, *Perugia*

Moderatore: Claudio Borghi, *Bologna*

12.45 - 14.15 (Sala A Pad. Spadolini)

Luncheon Panel realizzato con il contributo non condizionante di Bristol Myers Squibb-Pfizer

LA GESTIONE DELLA TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE NELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE IN CONTESTI CLINICI COMPLESSI

Moderatori: Gianni Casella, *Bologna*
Niccolò Marchionni, *Firenze*

12.45 **Paziente anziano**

Giovambattista Desideri, *L'Aquila*

13.05 **Politerapia antitrombotica**

Leonardo Bolognese, *Arezzo*

13.25 **Il mondo reale**

Vincenzo Russo, *Napoli*

14.05 **Discussione**

13.10- 13.40

Letture realizzate con il contributo non condizionante di Daiichi-Sankyo

LA GESTIONE DEL PAZIENTE AD ALTO RISCHIO CARDIOVASCOLARE: NUOVI MECCANISMI DI AZIONE NELL'INIBIZIONE DELLA SINTESI DEL COLESTEROLO

Alberto Zambon, *Padova*

Moderatore: Alberto Corsini, *Milano*

SABATO 14 MARZO

13.40 - 14.40

Simposio realizzato con il contributo non condizionante di Novartis

ARNI NELLO SCOMPENSO CARDIACO: OTTIMIZZARE IL TRATTAMENTO PER CAMBIARE IL DECORSO DELLA MALATTIA

Moderatori: Marco Guazzi, *San Donato Milanese - MI*
Andrea Ungar, *Firenze*

13.40 **In reparto e in ambulatorio: la terapia giusta in ogni momento**

Michele Senni, *Bergamo*

13.55 **La "cardiocentricità" di sacubitril/valsartan: gli studi PROVE e EVALUATE HF**

Massimo Iacoviello, *Bari*

14.10 **Scompensamento cardiaco come sindrome cardiorenale**

Gian Piero Perna, *Ancona*

14.25 **Discussione**

VII Sessione

Moderatori: Cristina Basso, *Padova*
Iacopo Olivetto, *Firenze*

14.40 **Nuove soluzioni interventistiche nell'aterosclerosi coronarica calcifica: trapano, laser, onde d'urto.**

Antonio Colombo, *Milano*

14.55 **Il timing della cardioversione nella fibrillazione atriale: sempre più precoce?**

Piera Capranzano, *Catania*

15.10 **Storia naturale della cardiomiopatia ipertrofica.**

Camillo Autore, *Roma*

15.25 **La terapia farmacologica nell'iperteso uremico: così è se vi pare.**

Gennaro Cice, *Napoli*

15.40 **Discussione**

16.10 **Intervallo**

VIII Sessione

Moderatori: Alfredo Ruggero Galassi, *Palermo*
Fabio M. Turazza, *Milano*

16.30 **Vecchi e nuovi parametri ecocardiografici nello scompenso cardiaco.**

Giovanni La Canna, *Milano*

16.45 **Che nesso c'è tra valori pressori e demenza?**

Giovambattista Desideri, *L'Aquila*

17.00 **Le procedure di disostruzione delle occlusioni coronariche croniche (CTO): quando effettuarle e quando non.**

Giancarlo Piovaccari, *Rimini*

SABATO 14 MARZO

17.15 **Il progresso e l'incertezza clinica.**

Luigi Tavazzi, *Cotignola - RA*

17.30 **Discussione**

18.00 - 19.00 **CASI CLINICI E VOI COSA FARESTE?**

Moderatori: Marco Marini, *Ancona*
Italo Porto, *Genova*

- 1. O troveremo una strada... o ne costruiremo una...**
Andrea Picci, *Catania*
- 2. Il tempo degli eventi è diverso dal nostro**
Giuseppe Pio Piemontese, *Bologna*
- 3. Ogni cosa al suo posto**
Angelo Buscaglia, *Pietra Ligure - SV*
- 4. Un nodo da sciogliere**
Maria Rosaria Scigliano, *Firenze*

DOMENICA 15 MARZO

08.45 - 09.15

**Letture realizzate con il contributo non condizionante di A. Menarini
ISCHEMIA TRIAL**

Pier Luigi Temporelli, *Veruno - NO*

IX Sessione

Moderatori: Claudio Cavallini, *Perugia*
Niccolò Marchionni, *Firenze*

9.15 **La stenosi aortica severa del giovane con o senza bicuspidia. La TAVI è una prima scelta?**

Ottavio Alfieri, *Milano*

9.30 **Lipoproteina (a): un target terapeutico per gli inibitori PCSK9?**

Alberto Corsini, *Milano*

9.45 **L'ablazione della fibrillazione atriale riduce il rischio di ICTUS e la mortalità. Il CABANA trial.**

Riccardo Cappato, *Rozzano - MI*

10.00 **II PARAGON-HF trial: impiego del sacubitril/valsartan nello scompenso cardiaco con frazione d'eiezione conservata.**

Edoardo Gronda, *Milano*

10.15 **La sindrome coronarica acuta con alto carico trombotico: novità terapeutiche.**

Alberto Menozzi, *La Spezia*

10.30 **Insufficienza multiorgano, ventilazione assistita; cosa deve saper fare il cardiologo in UTIC?**

Serafina Valente, *Siena*

10.45 **Discussione**

11.15 **Premiazione "Comunicazioni Scientifiche"**

MINI CORSI

VENERDÌ 13 MARZO

9.00 - 10.30 Come interpretare uno studio clinico randomizzato
Davide Capodanno, *Catania*

11.00 - 12.30 Conoscere l'aterosclerosi: come leggere un vetrino
Eloisa Arbustini, *Pavia*

14.30 - 16.00 TAVI e MitraClip
Arturo Giordano, *Castel Volturno-CE*

16.30 - 18.00 Risonanza Magnetica in cardiologia
Gianluca Pontone, *Milano*

SABATO 14 MARZO

9.00 - 10.30 Come interpretare Calcium Score e TAC coronarica
Gian Piero Perna, *Ancona*

11.00 - 12.30 Il cardiologo e il diabete
Claudio Ferri, *L'Aquila*

14.30 - 16.00 Scompenso avanzato: supporti meccanici
Massimo Massetti, *Roma*

**16.30 - 18.00 Dal mappaggio all'ablazione delle
aritmie: fibrillazione atriale, tachicardie
sopraventricolari e tachicardie ventricolari.**
Giovanni Carreras, *Terni*

“ Un cane contro l'infarto

Ai tempi del Duce (scusate se ritorno su questo contestato termine di paragone che si riferisce però agli anni della mia gioventù, anzi giovinezza, e che piace tanto a coloro che vogliono mantenere il confronto politico con le successive “magnifiche sorti e progressive”) il cane era un animale meno presente nelle famiglie; lo dovevano tenere le case isolate, i cacciatori e le signore abbienti per la compagnia o l'esibizionismo. Oggi, dopo il “torna a casa Lessie!”, molte famiglie si sono arrese ai ragazzi che lo vogliono, salvo poi abbandonarlo quando diviene un intralcio alle vacanze o non si trova chi lo porta a spasso. In realtà tali animali domestici si sono in questi anni moltiplicati, di tutte le razze, alcuni vengono anche tosati e vestiti, tutti sporcano e costringono ad arrangiarsi. Spiagge, alberghi e ristoranti, fino a poco tempo fa



negazionisti, ora si stanno organizzando. Il lato positivo tuttavia prevale e, a parte i benemeriti cani per ciechi e antidroga, o quelli che pateticamente ritrovano la via di casa o stazionano in attesa del padrone che non ritornerà più, il benessere ha fatto fiorire l'industria degli accessori e dei cibi solo per loro, che occupano già una filiera di scaffali nei supermercati. Se poi si diffonderà la notizia che la compagnia di un cane in famiglia previene l'infarto ci sarà un abbaio incontenibile.

Una revisione della letteratura medica a questo proposito ha messo in evidenza oltre mille studi con un totale di quasi quattro milioni di partecipanti alle inchieste pubblicate negli ultimi 70 anni. Solo poche però erano così rigorose da stabilire un'effettiva funzione benefica sulla salute del cane in famiglia. In effetti esse hanno dimostrato che l'amico dell'uomo riduce la mortalità per ogni causa, e addirittura del 31% per quella cardiovascolare, in chi li adotta rispetto a coloro che non amano o non cercano la loro compagnia. Lo ribadisce con forza anche una recente ricerca coordinata da Caroline Kramer, endocrinologa del Mount Sinai Hospital di New York (Circ Cardiovasc Qual Outcomes 2019), dalla quale emerge che la scelta di prendere un cane potrebbe allungare la vita dei suoi padroni riducendo il rischio di morte cardiovascolare e per ogni altra causa. Per la precisione, dice Caroline, la presenza di un cane in famiglia si correla statisticamente a una riduzione del 24% della mortalità generale, ma di ben il 65% di quella per infarto e, come

riportato sopra, del 31% di quella per le malattie cardiovascolari considerate complessivamente. Nel commentare questi meravigliosi risultati gli autori sottolineano l'evidente impatto negativo dell'isolamento sociale e della mancanza di attività fisica che il cane indirettamente corregge. “Tanto che”, dice uno di loro, “si dovrebbero incoraggiare i medici a discutere con i loro pazienti l'adozione di animali domestici, specie per coloro che sono affetti da preesistenti malattie cardiovascolari, o vivono da soli. Tenendo presente tuttavia che adottare un cane è cosa molto diversa e complessa rispetto all'intraprendere una semplice terapia medica”. Sono contento che il commentatore abbia detto “animali domestici” perché il gatto come lo consideriamo? Nella mia famiglia siamo oramai due anziani e il Monin, un felino nero dagli occhi gialli, ci fa molta compagnia; non sporca, dorme molto e non ci obbliga a passeggiate a rischio, solo qualche giocherello intramoenia, di cui farebbe anche a meno. Come il “musciu niuru” di Modugno non ci taglia la strada e forse ci previene anche l'infarto.

Eligio Piccolo





Involtini di verza con patate al forno

Ingredienti per 4 persone:

7/8 foglie di cavolo verza
200 gr. di carne macinata di vitello
4/5 fette di prosciutto cotto
3/4 patate
Passata di pomodoro
Parmigiano q.b.
Pangrattato q.b.
Vino bianco 1 bicchiere
Olio
Sale
Pepe

Preparazione

Lavare e sbollentare per pochi minuti le foglie di verza e lasciarle raffreddare.

Nel frattempo mettere in una insalatiera la carne macinata, unire il prosciutto cotto a pezzettini, il parmigiano grattugiato e aggiustare di olio, sale e pepe.

Amalgamare il tutto, riempire le foglie di verza e formare degli involtini fermandoli con degli stuzzicadenti. Ricoprire una teglia con carta da forno e adagiare gli involtini. Tagliare le patate a dadini e aggiungerle nella teglia. Spolverare il tutto con del pangrattato, qualche cucchiaino di passata di pomodoro, il bicchiere di vino bianco, olio, sale e pepe. Infornare per 30/40 minuti.

Buon Appetito!

aforismi

Anche i mobili appartengono al vestiario femminile, ad esempio un sofà nero è un buon fondale per un braccio bianco.

> *Jean Paul*

Fai agli altri quello che gli altri farebbero a te ma fallo prima.

> *Edward Noyes Westcott*

Ci sono scemenze ben presentate, come ci sono scemi ben vestiti.

> *Nicholas de Chamfort*

Tutti i guai sono guai , ma il guaio senza pane è il più grosso.

> *Proverbio sardo*

Sono contento di essere depresso, finalmente vedo le cose per quello che sono e non per quello che vorrei che fossero.

> *Ivan Della Mea*

Quello che ha inventato la ruota era un cretino qualunque. È quello che ha inventato le altre tre che era un genio.

> *Sid Caesar*

Una vera signora è colei che non mostra mai la propria biancheria intima senza volerlo.

> *Lillian Day*

È difficile amare coloro che non stimiamo, ma è altrettanto difficile amare coloro che stimiamo più di noi.

> *Francois de la Rochefoucauld*

Lei non può immaginare quanto io non sia irremovibile nelle mie idee.

> *Ennio Flaiano*

Se tuo marito vuoi che faccia qualcosa, digli che è troppo vecchio per fare quella cosa.

> *Shirley Mac Laine*

I falsi profeti scrivono sempre ottime prediche.

> *Anonimo*

La virtù affascina, ma c'è sempre in noi la speranza di corromperla.

> *Leo Longanesi*

I soldi sono come il sesso, sembrano molto più importanti quando non ce n'è.

> *Charles Bukowski*

Tutti gli uomini sono degli artisti nati; il difficile sta nel restarlo da grandi.

> *Pablo Picasso*

La pillola anticoncezionale è condannabile, ma se l'avesse presa la madre di chi sta parlando...

> *Giulio Andreotti*

La mondanità è l'oppio dei ricchi.

> *Marta Marzotto*

Padre, ho rubato, corrotto, mentito e concusso.

La pianti di vantarsi e venga al dunque.

> *Altan*

“Sii te stesso”. Non sempre è un buon consiglio.

> *Roberto Gervaso*

Le donne ci piacciono perché sono meravigliose, o ci sembrano meravigliose perché ci piacciono?

> *Achille Campanile*

Era un uomo di grandi qualità, per essere perfetto gli mancavano alcuni vizi, l'orgoglio, la vanità e l'amor proprio, coi quali si fanno grandi cose.

> *Madame de Sévigné*

Sostenete e diffondete

Cuore e Salute

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

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



MODULO PER ISCRIVERSI ALLA FONDAZIONE O PER ISCRIVERE UN AMICO

DESIDERO: ISCRIVERMI RINNOVARE L'ISCRIZIONE ISCRIVERE UN AMICO AL

CENTRO PER LA LOTTA CONTRO L'INFARTO - FONDAZIONE ONLUS

COGNOME NOME.....

CODICE FISCALE

VIA.....CAP.....CITTÀ.....

PROV. NATO A..... IL.....

E-MAIL.....CELL.....

(*) nominativo di chi offre Cuore e Salute

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

- VERSAMENTO SU C/C POSTALE N°64284003
- BONIFICO BANCARIO IBAN IT49D0358901600010570300470 c/o ALLIANZ BANK
- ASSEGNO NON TRASFERIBILE
- CARTA DI CREDITO CIRCUITO VISA (COMUNICANDO NUMERO E SCADENZA)
- ON-LINE CON **DONA ORA** DIRETTAMENTE DAL SITO **WWW.CENTROLOTTAINFARTO.IT**
- DIRETTAMENTE PRESSO LA NOSTRA SEDE

AI NOSTRI LETTORI

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

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

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



IL DIGIUNO INTERMITTENTE di Antonella Labellarte

Certo non è tempo di parlare di digiuno o dieta. I panettoni, gli eleganti biscotti con la ghiaccia, le renne o i Babbo Natale di cioccolata e le Befane con le loro calze si affollano sulle nostre tavole.



LA DIFFERENZA FRA LUI E LEI di Eligio Piccolo

Molti anni fa in Francia girava una domanda, che voleva essere spiritosa: "Qual'è la differenza fra l'uomo e la donna?"



IL TRAPIANTO DEL CUORE IN ASISTOLIA di Antonella Labellarte

E' tempo di doni. Tutti ci auguriamo che siano fatti con il cuore. Ma c'è un dono grande davvero. E' quello di chi dona, famiglia e donatore, gli organi che permetteranno nuove vite.

PER RICEVERE LA NEWSLETTER OGNI MESE CLICCA QUI



INVIA AD UN AMICO



www.centrolottainfarto.org

Congresso
Conoscere e Curare il Cuore

2020



Firenze

Fortezza Da Basso