

Cuore e Salute

N. 1-2-3 gennaio-febbraio-marzo 2021

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



W IL VACCINO

ANNO XXXVII • 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

CUORE E SALUTE • N. 1-2-3 GENNAIO-FEBBRAIO-MARZO 2021

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)

Segno 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

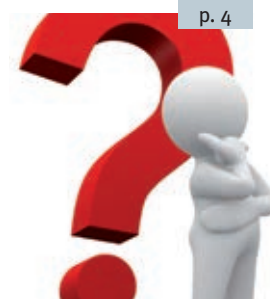
Il CLI ha avviato un innovativo programma di ricerche sperimentali rivolte a prevenire ed individuare le cause e i meccanismi dell'infarto. Il programma, che comprende tre filoni: la prevenzione, il riconoscimento delle cause ed il miglioramento delle cure, prevede l'applicazione di strumentazioni d'avanguardia 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.

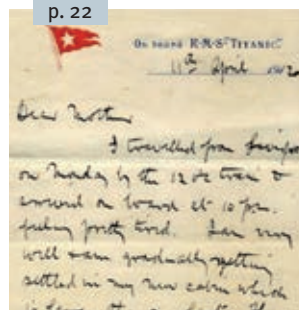
S O M M A R I O

N. 1-2-3/2021

- 4 • **Ma tu lo fai il vaccino?** Filippo Stazi
- 6 • **Nella morsa del Covid-19. Ce la faremo?** Angelo Mingrone
- 15 • **I vaccini, il miglior atto medico di sempre** Filippo Stazi
- 17 • **'A Passwòrd [Cecco Gambizzato]**
- 18 • **Medicina e Società**
La salute tanto al dollaro Eligio Piccolo
- 21 • **Qualche secondo di buon umore**
- 22 • **Il chirurgo del Titanic** Massimo Pandolfi
- 25 • **Colchicina: "un grande avvenire dietro le spalle"**
Salvatore Milito
- 30 • **Fumo di Londra [E.P.]**
- 31 • **L'uomo e il cavallo, compagni anche nella fibrillazione**
Eligio Piccolo
- 34 • **CCC2020**
Che nesso c'è tra microbiota intestinale e malattie cardiache?
Intervista di F. Stazi a A. Poli
- 37 • **Vignetta di Cip** Giovanni Ciprotti



p. 4



p. 22



p. 34

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

Direttore Responsabile
Filippo Stazi

Vice Direttori
Eligio Piccolo
Francesco Prati

Coordinamento Editoriale
Marina Andreani

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

Editore
Centro per la Lotta contro l'Infarto - Srl
Via Pontremoli, 26 - Roma
Ufficio abbonamenti e pubblicità
Maria Teresa Bianchi

Progetto grafico e impaginazione
Valentina Girola

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

Anno XXXIV
n. 1-2-3 Gennaio-Febrero-Marzo
*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



- 38 • **Ecologia della mente**
Meravigliarsi per vivere Bruno Domenichelli
- 42 • **Anna Vittoria Dolara, Eleonora de Fonseca.**
Pasionarie ai tempi della Rivoluzione Francese
Alberto Dolara
- 45 • **Dal sito del CLI**
**Coronary Calcium Score: seconda chance per l'aspirina
in prevenzione primaria?** Intervista di C. Cavallaro a F. Prati
COVID-19 e miocardite: ancora un virus che lascia il segno
Vittoria Rizzello
- 51 • **Lettere a Cuore e Salute**
- *Statine e danno muscolare: mito o realtà?* Filippo Stazi
- *Valori del colesterolo,* Alberto Corsini
- 54 • **Quadri e Salute** Filippo Stazi
- 56 • **Il “miracolo permanente” della voce di Clelia Barbieri,
una santa speciale**
Paola Giovetti
- 60 • **Poesia ricreativa [E.P.]**
- 61 • **Il cuore in cucina**
Focaccia veloce Marina Andreani
- 62 • **Aforismi**



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 Filippo Stazi

Ma tu lo fai il vaccino?

SÌ, PERCHÈ NON VOGLIO PIÙ...



NO PERCHÈ...



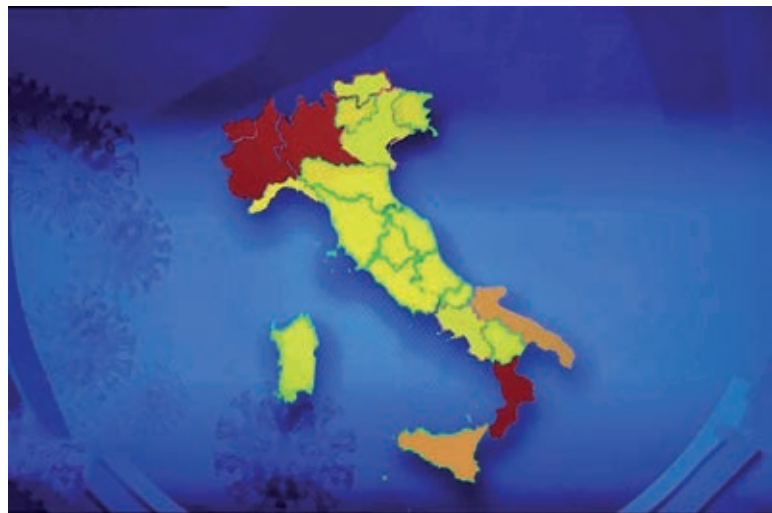


di **Angelo Mingrone**

Nella morsa del Covid-19. Ce la faremo?

Ogni giorno siamo immersi nel mare delle informazioni che riguardano la terribile pandemia che stiamo vivendo. Su TV e giornali l'argomento è di gran lunga quello più dibattuto, a volte l'unico. Ma le informazioni non sono sempre coerenti, o a senso unico. Spesso riflettono opinioni di esperti più che certezze, delle quali noi tutti avremmo bisogno. Naturalmente è opinione diffusa che le opinioni espresse dagli esperti e che spesso divergono tra loro siano comunque date in buona fede e che le differenti vedute siano il frutto dell'incertezza dell'andamento della pandemia, della sola parziale efficacia delle attuali terapie, delle prospettive nebulose di un vaccino in un futuro più o meno prossimo.

Vorrei condividere con i miei amici alcune considerazioni che spero possano contribuire a far riflettere su quelle poche certezze delle quali sino ad ora, a mio avviso, si dispone. Attraverso un breve escursus sulle epidemie più significative o meglio impresse nella memoria degli storici, per poi proporre alcune brevi considerazioni sulla pandemia attuale. Il primo dato di fatto è che le malattie epidemiche hanno attraversato i secoli, e l'umanità ha dovuto subirle e ne è stata spesso stravolta. Di epidemie di peste si ha traccia persino nell'impero Romano, ma non ho nessuna inten-



zione di spingermi tanto indietro considerata la morsa stringente, e l'impellenza di doverci occupare, noi tutti, del problema attuale.

Desidero accennare brevemente alla peste che sconvolse l'Italia nel 1630, così ben raccontata dal Manzoni, ne *I Promessi Sposi*, e nella *Storia della colonna infame*. Si protrasse dal 1630 al 1633 e determinò la scomparsa di poco meno di metà della popolazione del tempo, avendo questo terribile male una mortalità di poco inferiore al 50%. Per dire che allora le conoscenze riguardo alla causa e all'origine del morbo erano assai lontane dalla realtà e da ogni pretesa di scientificità, i lanzichenecchi, che nel ducato di Milano ne furono i reali responsabili, spinti in Italia da potenze straniere nell'ennesimo scontro per la contesa del nostro territorio portarono nel nord della Penisola distruzione e morte due volte: per gli eccidi e i soprusi di cui al solito si macchiano gli invasori nei confronti delle parti più deboli ed indifese delle popolazioni e per il terribile morbo che trasmisero a gente inerme. Peste bubbonica o peste manzoniana, fu detta, perché di essa, sulle orme dello scrittore Ripamon-



ti, che la visse da vicino, se ne occupò il grande scrittore ottocentesco non solo ne *I Promessi Sposi* ma anche nel testo altrettanto importante di *Storia della colonna infame*.

Nell'affrontare questo terribile morbo regnava l'incertezza generale: da parte delle autorità locali, vincolate, per motivi politici, alle convenienze di Spagna, Austria e Francia, e comunque incapaci di assumere reali contromisure (impresa che oggi appare ancor più impensabile ed improponibile) limitandosi esse, per lo più, a calmierare il prezzo dei beni di prima necessità, e del pane in particolare; da parte della gente comune spinta dalla fame e dalle malattie a trovare dei capri espiatori facili e comodi quanto erronei. Le cronache del tempo sono piene di storie di untori e di poveracci che, per il minimo sospetto, venivano processati da

tribunali improvvisati e molto spesso condannati a morte attraverso strumenti di sevizie crudeli e medioevali, mentre il morbo continuava ad imperversare. La pietà cristiana, a cui tutti, laici e non, devono rendere omaggio, convinse il Manzoni a far luce su tragedie immani e a rendere giustizia ai tanti che, vittima dell'ignoranza e della disperazione, furono destinatari di una sorte crudele. E a portare, forse per pietas, sollievo e rinfresco alle loro anime.

Nel 1918 l'epidemia influenzale detta Spagnola si diffuse in tutto il mondo, favorita dalle comunicazioni ormai possibili tra stati e continenti, con il contributo determinante dei soldati degli eserciti di oriente ed occidente che portarono il virus ovunque. La Spagnola mieté 50 milioni di morti, forse anche più: non esistono stime certe al riguardo. Più delle



Carlo Urbani, Il medico della Sars

le Ardenne e di mezza Europa nel corso del primo conflitto bellico del secolo scorso.

Ancora oggi ci si interroga sulle cause che hanno determinato una mortalità talmente elevata della Spagnola. Gli ultimi studi risalgono a pochi anni orsono. Ci si interroga sull'andamento a doppia W della curva di mortalità, del perché cioè i morti siano stati particolarmente numerosi nelle fasce di età relativamente giovane (dai 20 ai 45 anni) e poi nei grandi anziani. Molti giovani morirono quindi di influenza, mentre questa patologia normalmente mieteva e miete vittime soprattutto nella popolazione anziana e nei soggetti con comorbidità, cioè con patologie associate. Per spiegarlo si sono invocate nei giovani un'iperreattività all'agente patogeno, il famigerato virus influenzale H1N1; si è parlato di tempesta citochinica, termine che è entrato nel vocabolario di molti dopo il diffondersi del nuovo coronavirus; si è invocata una mi-

due guerre mondiali messe insieme. Questo per dare un'idea della portata di certe epidemie e di come oggi la prospettiva di una guerra combattuta con armi chimiche e microbiologiche, delle quali più facilmente potrebbero dotarsi nazioni più povere di quelle detentrici delle armi nucleari, incuta terrore a tutti i livelli. Per tale motivo tali armi sono universalmente bandite, mentre, come noi tutti sappiamo, venivano ampiamente utilizzate durante le guerre coloniali e persino nelle trincee della Carso e del-

noire resistenza dei giovani rispetto agli anziani a causa di una minore esposizione a virus influenzali circolati negli anni precedenti; si è data molta importanza allo stress e alla malnutrizione post-bellici che soprattutto nella seconda e terza fase dell'epidemia della spagnola hanno determinato una vera e propria ecatombe.

Ma in medicina si sa che quando si invocano tante cause nessuna di essa è realmente responsabile. Ieri come oggi esistono molte incertezze diagnostiche, epidemiologiche e terapeutiche, che vedremo anche a proposito della pandemia attuale.

Poi anche questa epidemia (il termine pandemia è ben più recente) svanì di colpo, come di colpo era svanita la peste e anche in questo caso gli esperti di turno tirarono in ballo le spiegazioni più disparate, alcune delle quali piuttosto pittoresche. Ma la realtà, cari amici, è che la biologia è una materia ancora inesplorata, e chissà! Saremmo felicissimi tutti di una risoluzione simile anche per il COVID-19, e nessuno di noi, ci scom-

metto, sarebbe molto preoccupato o rammaricato nel caso in cui non si riuscisse a trovare una spiegazione convincente di questa dipartita del virus.

Nel 1957 il mondo è stato colpito dall'Asiatica, un'altra pandemia con esiti, per fortuna meno devastanti della spagnola, ma pur sempre rilevanti, pari a circa due milioni di morti.

Poi abbiamo avuto (e abbiamo) l'AIDS. A proposito di esso ricordo ancora il grande intuito diagnostico del mio professore di Clinica Medica, al quale capitò di visitare, erano i primi casi in Italia, una ragazza con sintomi da noi tutti ritenuti strani e difficilmente interpretabili. Il prof. Sergio Lenzi, invitava il nostro caporeparto, medico di ruolo, a provvede-

re affinché contattasse Michele (il grande microbiologo Michele Lanza: parlava da pari a pari) perché effettuasse gli accertamenti immunologici e virologici del caso: dopo qualche giorno avemmo la conferma che la paziente era affetta da sindrome da immunodeficienza acquisita.

Ricordo ancora che molti scommettevano in un vaccino la cui sintesi sarebbe stata questione di pochi anni (forse tre, forse cinque, si diceva): ne sono passati quasi quaranta e di vaccino non si parla quasi più. Perché, semplificando molto, si tratta di un virus multiforme, di un retrovirus, cioè di un virus a RNA, in grado di mutare le sue caratteristiche chimiche e proteiche tanto rapidamente da ren-

dere sino ad ora vani tutti i tentativi di creare un vaccino efficace. Lo stimolo alla produzione di anticorpi antivirali diventa per questo motivo inefficace, perché nel momento in cui vengono prodotti, non possono più indirizzarsi verso il bersaglio giusto, avendo esso nel frattempo cambiato le proprie caratteristiche al punto tale da rendersi irriconoscibile al sistema immunitario. Nel frattempo il virus ha mietuto decine di milioni di morti, si stima poco meno di quaranta, anche se oggi le moderne cure antivirali, disponibili solo in certe nazioni e non in altre, a causa dei costi elevati, riescono a bloccare la replicazione del virus e a consentire agli ammalati di HIV di condurre una vita pressoché normale.



Poi abbiamo avuto la SARS, la MERS, la pandemia del virus Ebola, il morbo della mucca pazza, che noi tutti ricordiamo (per le enormi privazioni cui costrinse molti buongustai). La gran parte di provenienza dalla Cina dove i virus si annidano in specie animali, quali pipistrelli, zibetti e altri, con le quali quelle popolazioni hanno contatti stretti, e le cui carni spesso vengono consumate come pasti. Un salto di specie, cioè il passaggio del virus dall'ospite animale all'uomo, è altamente probabile, ed è quanto molto verosimilmente si è verificato in occasione della pandemia attuale, che ci sta attanagliando.

Un paio di informazioni sull'Ebola, forse uno dei virus conosciuti più letale, paragonabile al virus della rabbia, letale quasi al 100% e per fortuna attualmente scomparso dai nostri territori. Sino ad ora si sono registrate tre epidemie di Ebola, le prime due nella Repubblica del Congo, nel 1995 e nel 2007, la terza si è invece sviluppata dal 2014 al 2016 in Guinea e ha ucciso qualche migliaio di persone. Niente di paragonabile al COVID-19. Ma il virus dell'Ebola dà luogo ad una sintomatologia molto spesso gravissi-

ma, e per questo motivo le persone infette non hanno la possibilità, ammalandosi gravemente, di contagiare molti individui. Mi è capitato di leggere qualche mese fa un bel libro di uno scrittore americano, David Quammen, dal titolo *Spillover*. Vi si racconta dei molti casi in cui dei virus che sono ospiti comuni di alcune specie animali, nei quali non causano alcuna patologia, possono passare dall'ospite animale, che ne costituisce il serbatoio naturale, all'uomo. Tutto ciò avviene a causa di pratiche e comportamenti censurabili come per esempio il disboscamento di foreste, la riduzione dello spazio vitale di alcune specie animali e il loro susseguente inevitabile contatto con l'uomo. Altre volte sono in causa alcune pratiche egualmente condannabili come il consumo di carni di animali, spesso morti, con inevitabili nefaste conseguenze. Si ritiene per esempio che il virus dell'ebola abbia infettato l'uomo a causa del consumo di carni di carcasse di scimmie. Queste pratiche sono ancor più pericolose in quanto oggi grazie al trasporto aereo è possibile che un agente patogeno pericoloso in poche ore si sposti, all'interno dell'organismo di

un viaggiatore ignaro, da un continente all'altro e causi in teoria danni inimmaginabili.

Personalmente guardo con timore a questi comportamenti, al disboscamento indiscriminato, alla violenza esercitata su specie animali private dei loro territori, alla inevitabile promiscuità che questo comporta, al consumo di carni di animali potenzialmente infetti e veicoli di infezione per l'uomo. Potrebbero essere la causa di nuovi inenarrabili drammi. È certo che la storia dell'uomo è intimamente legata a quella dei microrganismi e dei virus in particolare, che hanno attraversato insieme all'uomo il corso dei secoli. Questa considerazione, che vale ovviamente anche per il coronavirus, ci rende consapevoli del fatto che siamo molto meno invulnerabili di quanto pensiamo, nonostante le nostre conoscenze siano enormemente superiori a quelle del passato. Esistono purtroppo dei fattori di incertezza che rendono ogni epidemia diversa dalle precedenti, portando con sé dei fattori di incertezza e di imponderabilità che rendono conto del perché non possiamo mai sentirci completamente al sicuro, fino a quando non ne comprendiamo le ca-

ratteristiche intrinseche.

Se dunque abbiamo avuto negli ultimi decenni diverse epidemie e molte sono state etichettate come pandemie, quella da coronavirus è sicuramente una delle più temibili. Alcuni studiosi ritengono, non si sa con quale fondamento, che ogni cento anni la specie umana corra il rischio di essere sopraffatta da simili catastrofi biologiche. Non ha spaventato, si può dire, nessuno di noi la SARS, la MERS, persino l'Asiatica e l'epidemia detta di Hong Kong del 1968, ma spaventa tutti quella del nuovo coronavirus.

Il motivo è semplice: pur avendo una mortalità bassa, pari circa al 3-3,5%, ha una fortissima capacità di contagio, ed è in grado di infettare milioni di persone.

La sua forza sta quindi nei numeri. Perché pur essendo, il Covid-19, assai meno letale del virus Ebola, è tuttavia in grado di uccidere un numero infinitamente più grande di persone per la sua capacità di diffondersi a macchia d'olio, di infettare oltre agli asintomatici anche persone anziane o con patologie e determinare, in queste ultime, il quadro temibile della polmonite virale che fa venire la febbre ma soprattutto toglie il fiato e co-

stringe al ricovero in terapia intensiva o in rianimazione dove le cure praticate non sono sempre efficaci.

Ci troviamo, come dicevo, di fronte ad un nemico primordiale e spietato, in grado di spezzare le nostre certezze e la nostra fiducia incrollabile nella tecnologia, nella scienza, financo nella medicina, e capace di mettere a nudo la nostra fragilità biologica, di smascherare la temerarietà delle nostre azioni, di rendere evidente la pericolosità di comportamenti irresponsabili, come la negazione del virus stesso e del grave pericolo che rappresenta. Tutte le sere (e tutto il giorno) in TV non si parla d'altro che di questa pandemia. E non sempre lo si fa per dire poche cose e chiare. Spesso si dà spazio a polemiche per aumentare gli ascolti, si dà voce a chi non ha alcuna competenza in materia, e si contrappongono specialisti con visioni opposte del problema. In questo mare di notizie contraddittorie persino le persone più colte e razionali possono alla fine manifestare dei dubbi. Nel frattempo il numero dei contagiati aumenta e questa sera (7 novembre 2020) sono oltre 39mila, una cifra spaventosa e temibile.

Come conseguenza diretta la vita di noi tutti è, si teme per sempre, sconvolta: gli incontri con gli amici, i familiari o le persone care sono ridotti o annullati. La voglia di stare insieme, di tra-



Hong Kong

scorrere qualche ora in compagnia, (essendo protagonisti o vittime di motteggi, o di sfottò, che probabilmente allungano la vita), costretta, ristretta o inibita, le passioni quali la montagna e il trekking sospese (per quanto mi riguarda), i progetti rinviati.

Che ne sarà di noi? E dei nostri figli, e dei nostri cari? Alla mattina una bella giornata di sole ci riporta facilmente all'ottimismo. Le persone con le quali ti capita di dialogare (a distanza, ahimè) esprimono la tua stessa fiducia nella pronta risoluzione della pandemia, della scoperta sempre

più vicina del vaccino, del progresso nelle cure, dell'eroismo dei medici, come il primario di Piacenza, il dottor Luigi Cavanna, giustamente elogiato dalla rivista americana Time per il suo coraggio e per le cure fornite porta a porta ai pazienti del suo territorio.

Poi, alla sera, torna il buio, e non solo perché il sole tramonta. Torna anche nell'anima: perché persino questa volta il numero dei contagi ha superato il record di ieri, i morti sono in continuo aumento e le terapie intensive si stanno avvicinando pericolosamente ai livelli di marzo ed aprile. Le mi-

sure adottate chissà se si riveleranno efficaci, se la corsa del virus sarà frenata o se travolgerà noi tutti.

Cosa non ha funzionato? Perché l'ottimismo di giugno e luglio ha lasciato il posto al più cupo pessimismo di oggi? Non è il caso di fare facili polemiche, ma io ricordo ancora nei tristi mesi del lockdown la necessità di riciclare le mascherine, di attrezzarci alla meglio nel mio e in molti altri ospedali, la mancanza di alcool e di guanti, e l'assenza quasi completa di visiere protettive, del rischio corso nell'affrontare situazioni potenzialmente rischiose. Poi è arrivata l'estate. Ma le terapie intensive non sono state raddoppiate, i bandi per i nuovi posti letti pubblicati solo agli inizi di ottobre (per colpa del Governo?, per colpa delle Regioni?) persino i banchi a rotelle non sono arrivati in tempo e i monopattini sono serviti più a creare scompiglio tra i pedoni di Milano, di Roma e di altre città, che a migliorare la viabilità. In ultimo le notizie che arrivano riguardo al Commissario alla Sanità della Regione Calabria, alla sua inefficienza, riempiono ancora più di amarezza.

Gli assembramenti estivi, le di-



Dott. Luigi Cavanna

scoteche, le spiagge affollate, i trasporti programmati in modo irrazionale hanno fatto il resto. Il virus ne ha approfittato, e ha dimostrato di essere meno clinicamente morto di quanto qualcuno, assai poco avvedutamente, voleva farci credere.

Sul piano scientifico esistono delle certezze, poche, in materia di trattamento. Si chiamano remdesivir, idrossiclorochina, azitromicina, cortisone, anticorpi monoclonali. Poi verrà il vaccino.

Questi presidi utilizzati in modo razionale ed organizzato, dando molto più spazio evidentemente alla medicina territoriale e coinvolgendo i medici di base e tutti gli attori che operano a questo livello, sono in grado di abbattere, e di molto, la mortalità. Prima parlavo dei meriti del dottor Cavanna: persino gli americani, hanno apprezzato e riconosciuto lo sforzo sostenuto dal primario di Piacenza consistente nell'andare al domicilio delle persone contagiate, somministrare per tempo le cure, ovviamente sintomatiche ma spesso risolutive, contribuendo al miglioramento notevole della prognosi dei malati. Così Piacenza dopo i 900 morti del lockdown ha cambiato storia e ora

guarda, grazie a questa brava persona, con maggior fiducia al futuro. È ovvio che dietro lo sforzo, la determinazione e l'impegno del valoroso collega deve stare una organizzazione di medicina territoriale degna di tale nome, diversamente questa iniziativa non avrebbe alcun senso. Vi siete chiesti perché il presidente Trump è stato rimesso in piedi dopo solo qualche giorno di ricovero? E si che stava bene! (Come avrebbe potuto altrimenti negli ultimi giorni di campagna elettorale tenere sino a 5 comizi in un giorno?) La risposta è: terapia con anticorpi monoclonali. Della quale per motivi non chiari molti si ostinano a negare la validità. Ma questo trattamento è codificato nella terapia di molte malattie infettive, come il tetano tanto per dirne una.

Non voglio per nessun motivo addentrarmi in discorsi politici e di natura economica. Per non rischiare di dire banalità e aggiungermi al coro degli esperti di giornata. Spero che a livello nazionale ed internazionale si riesca a trovare la quadra, a costringere in un angolo il virus, a renderlo inoffensivo ed inefficace al più presto. Occorreranno zone rosse e limi-

tazioni, sostegni degni di questo nome alle imprese e alle varie attività economiche, sul modello degli Stati Uniti e dell'Australia dove le imprese economiche hanno ricevuto aiuti sostanziosi ed immediati, senza incorrere in blocchi informativi da click day.

E in attesa del vaccino, certo, occorrerà indossare le mascherine, lavarsi spesso le mani e mantenere la distanza sociale persino tra familiari che non si incontrano da tempo. Ok.

Ma tutto questo può non bastare, e sembra non bastare. Ce ne accorgiamo alla sera guardando il telegiornale. Quello che occorre è evitare in ogni modo gli ASSEMBRAMENTI, i posti affollati, assumendo un atteggiamento di maggiore responsabilità che nei giovani e anche negli anziani è mancato e sembra ancora mancare. Temo che se non evitiamo di stiparci come sarde nei mezzi di trasporto, se non la smettiamo di accalcarci nelle piazze e di venire meno alla regola fondamentale di mantenere la distanza, se non diamo un freno alla voglia di manifestare nelle piazze e di mettere in un angolo, appena usciti da scuola, le regole che così rigidamente si sono seguite durante le lezioni,

ogni provvedimento risulterà inutile. Non riusciranno a proteggerci le mascherine o il lavaggio frequente delle mani, e i contagi continueranno a salire a dispetto di ogni misura restrittiva da parte delle autorità politiche e di ogni, auspicato, sostegno alle imprese.

Lo dico con cognizione di causa. Esistono almeno due nazioni che sono riuscite a vincere, almeno temporaneamente il virus. La prima è la Cina, i cui metodi polizieschi non possono certo rappresentare un modello per le società occidentali. Esiste però, e questa è la buona notizia, un'altra nazione democratica ed avanzata, l'Austra-

lia, che, circa una settimana fa, ha festeggiato il primo giorno con zero contagi. Ottenu- to dopo quasi quattro mesi di vero lockdown. Perché il suc- cesso della chiusura totale con- siste proprio nell'evitare che le persone si assebrino e contri- buiscano alla diffusione espo- nenziale dei contagi.

Le certezze di cui parlavo, dun- que, sono poche. A livello scien- tifico esistono dei farmaci che se somministrati in maniera corretta possono dare una svol- ta. A livello sanitario organiz- zativo, la chiave di volta potreb- be essere spostare le cure nel territorio, costruendo dei buoni modelli organizzativi e coinvol-

gendo anche i medici di base. Resta, e questo è sicuramente la cosa più importante, il com- portamento ragionevole e sag- gio di ognuno di noi. Come ho detto altre volte, nell'attesa che ne arrivi uno efficace e sicuro, NOI SIAMO IL VACCINO contro il nuovo coronavirus: assu- miamo, giovani e meno giova- ni, comportamenti corretti e meno superficiali, evitiamo gli assebramenti, le adunate più o meno oceaniche, limitiamo il contatto, con gli altri, purtrop- po, al minimo indispensabile. Non sottovalutiamo il proble- ma. Forse in questo modo po- tremo vedere presto la luce in fondo al tunnel.

ADVISORY BOARD (Assemblea dei Partecipanti)

Riservato agli Associati in regola con le quote Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Atto di convocazione

L'articolo 27 "Advisory Board" del Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus prevede la costituzione dell'Advisory Board, di cui fanno parte i Partecipanti Aderenti, i Partecipanti Donatori, i Partecipanti Esteri ed i Partecipanti Istituzionali, cioè in pratica tutti i soci.

All'Advisory Board spetta la designazione di sei nominativi, due dei quali saranno successivamente scelti dal Consiglio Generale della Fondazione per entrare a far parte del Consiglio di Amministrazione della Fondazione stessa.

L'Advisory Board è convocato in sessione ordinaria il giorno 9 ottobre 2021 dalle ore 10.00 alle 14.00 presso la Fortezza da Basso (Viale Filippo Strozzi 1, porta Faenza - Firenze), in occasione del **XXXVIII Simposio "Conoscere e Curare il Cuore 2021"**. In tale sede si procederà alla votazione dei candidati. Coloro che aspirano ad essere eletti devono inviare in via preliminare, mediante raccomandata R.R. entro e non oltre il 30 giugno 2021, il loro nominativo al **"Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus", Via Pontremoli 26, 00182 Roma.**

Il Presidente
Prof. Francesco Prati



di **Filippo Stazi**

Si ode da più parti sollevarsi quello che il Jap Gambardella de La grande bellezza definirebbe il “bla bla bla che tutto sedimenta sotto il ciacchiericcio e il rumore”. Prescindendo da ogni presupposto scientifico ed apparentemente non consci dello stravolgimento che il mondo intero sta vivendo da più di un anno, “cattivi maestri” di incerta origine pontificano contro il vaccino anti COVID, paventando inefficacia e future, imprevedibili, conseguenze avverse. Cuore e Salute, invece, fedele alla sua missione di educazione sanitaria, sostiene decisamente la campagna vaccinale ormai avviata e che costituisce l’unico strumento per uscire dalla pandemia in atto.

Per tale motivo riproponiamo un articolo sui benefici dei vaccini, già pubblicato nel numero di ottobre-dicembre del 2016, sfortunatamente tornato di attualità.

I vaccini, il miglior atto medico di sempre

Negli ultimi mesi abbiamo assistito a un inspiegabile aumento delle voci, anche mediche, contrarie alle vaccinazioni. Il rapporto tra opinione pubblica e vaccini è da sempre ondivago: unica speranza in corso di epidemie (vedi SARS ed influenza aviaria) o errore medico del secolo al primo sospetto di effetto indesiderato. In realtà le vaccinazioni sono una delle principali conquiste della medicina moderna con un tasso di successo che nessun altro intervento terapeutico può vantare. Negli Stati Uniti, ad esempio, le campagne vaccinali hanno determinato la scomparsa di vaiolo (prima responsabile di 5 milioni di morti nel mondo ogni anno) e polio-



melite oltre ad aver ridotto del 99% l'incidenza di altre sette gravissime malattie quali morbillo, difterite, pertosse, rosolia, parotite, haemophilus influenzae B e tetano.

Dobbiamo però avere ben chiaro in mente che tali risultati non sono definitivi e che l'interruzione o la riduzione delle politiche vaccinali porterebbe ad una recrudescenza di tali malattie.



Ne è esempio l'ex Unione Sovietica, patria al tempo del regime comunista di un sistema vaccinale all'avanguardia. I primi anni successivi alla dissoluzione di quella nazione con tutti i problemi che ne sono susseguiti hanno portato ad una drastica riduzione delle vaccinazioni e il conto pagato è stato caro, 125.000 nuovi casi di difterite con 4000 morti. L'Olanda ha invece visto nel biennio 1999-2000 un'epidemia di morbillo con 2.961 casi, 3 morti e 66 ricoveri per complicanze (prevalentemente polmonite ed encefalite) che si è verificata all'interno di una comunità di obiettori antivaccinazioni. Restando nei Paesi Bassi, nel 1992, in

una comunità religiosa contraria ai vaccini si sono verificati 72 casi di poliomelite.

Poiché il non vaccinarsi comporta non solo un rischio per se stessi ma anche per la comunità in cui si è inseriti ne deriva che l'aderenza o meno a tale strategia terapeutica non può essere ritenuta una scelta individuale. In realtà non ci sono motivi validi per rifiutare la vaccinazione, anche lo spesso sbandierato rapporto tra vaccinazioni ed autismo è un falso mito. Uno studio pubblicato sul prestigioso New England Journal of Medicine infatti non solo ha escluso ogni relazione tra le due condizioni ma ha anzi mostrato che la probabilità di una diagnosi di autismo è inferiore proprio nei soggetti vaccinati. L'unico vero pericolo dei vaccini è quello di possibili reazioni allergiche anche gravi ma tale rischio è estremamente contenuto, 0,65 casi per milione di dosi e quindi non giustifica assolutamente il rifiuto di uno strumento, quello vaccinale, capace di salvare 2,5 milioni di vite ogni anno ossia 7.000 al giorno, 300 ogni ora o 5 ogni minuto.

Tali numeri rendono superflua ogni altra parola.

“

Da “I QUIZ UNIVERSALI”. 'A PASSWÖRD

E mannaggia 'a passwörd,
me fa semp' scimmuni',
ogni vota io m' 'a scord',
forse stong' a 'nzallani'.*

Quann' stò 'nnanze 'a tastiera,
clicco clicco, ma nun parte,
steve ccà, infino ajere,
chill'appunto nmiezo 'e carte.

Io vulevo..... 'a certezza
ch'era bona annascunnuta
e, mannaggia 'a sicurezza,
chi sa addò sarrà fernuta.

Era 'o nomm' 'e nu colore,
viola, rosa 'o ciclamino ?
Nun 'o trovo, e so' doje ore,
pure dint' a stu cestino.

Me ricord'..... so' sicuro,
tutte 'e lettere minuscole !
O me sbaglio? Nun 'o giuro !
Forse erano maiuscole!

E nemmeno accusì parte
stu computer maledetto,
pare proprio fatto a arte,
comm' fosse 'nu dispietto.

Forse manca 'nu trattino
o 'a virgola finale ?
Chi m' 'a dato stu destino
e 'nventarla originale ?

E 'a chiocciola avvitata,
steve annanz' oppure arreto?***
Mò me faccio 'na passata,
sempe 'o svelo stu segreto.

Ccà me sento carcerato,
'stu cerviello me se spappola,
forse sconto 'nu peccato
chiuso dint' a chesta trappola.

Ma si 'a trovo.....'a passwörd,
io 'a cagno*** e....v'assicuro:
chesta vota nun m' 'a scord'
pecchè 'a scrivo.....'nfaccia 'o muro.

* 'nzallani = perdere il senno

** steve annanz' oppure arreto? = stava avanti oppure dietro

*** 'a cagno = la cambio

Cecco Gambizzato



”



di **Eligio Piccolo**

La salute tanto al dollaro

“E io pago, io pago!” esclamava il grande Totò, che con la sua espressione severa in *corpore comici* faceva ridere, ma al tempo stesso denunciava una dura realtà: gli sprechi nella gestione della cosa pubblica, quelli che andavano anche a favore dei colpevoli, però a carico di tutti, compresi gli innocenti. Chi oggi li denuncia, e sono in molti, non si riferisce di certo alle calamità, quali l'Asiatica o il Covid-19, che hanno un'origine di cui tutti o nessuno sono colpevoli e nelle quali, non solo la sanità pubblica, ma ogni persona deve contribuire con il proprio comportamento alla lotta e alla sua risoluzione. Si riferiscono invece, e con un certo rigorismo, alle assistenze sanitarie gratuite in chi si droga, dalla nicotina all'alcol e alla cocaina, in chi non previene l'obesità, non controlla la pressione, non corregge la dieta o si cimenta in attività superiori alle proprie forze, perché vorrebbe essere diverso da quello che è.

E IO PAGO



L'Italia, che aderisce a una filosofia politica legata al cristianesimo, ma anche ad Ippocrate e ai suoi epigoni romani, ha scelto un'assistenza sanitaria che guarda alle sofferenze, non alle colpe. Gli USA invece, fedeli a un liberalismo calvinista, hanno impostato la loro sanità sulla responsabilità individuale, ognuno è artefice di sé stesso e si deve proteggere dalle malattie con una assicurazione privata. Il Presidente Barak Obama, più sensibile ai problemi sociali, aveva iniziato una riforma che il suo successore Donald Trump ha contrastato, proprio nel brutto mezzo della pandemia da coronavirus, anche sfortunato. Il giornalista Massimo Gramellini riferisce la vicenda di un tecnico italiano sbarcato a New York per lavoro e poco dopo colpito dal Covid-19. Passò dall'albergo all'ospedale, dove per prima cosa gli chiesero se avesse di che pagare e, avutane l'assicurazione, fu curato per otto giorni e presentandogli alla fine il conto: 200.000 \$ per l'assistenza sanitaria più 2.500 \$ per il breve trasporto in ambulanza. Nel commentarlo Gramellini si rifece a una celebre espressione di Winston Churchill sulla democrazia, e para-



Massimo Gramellini

frasandola disse: “la Sanità italiana è la peggiore forma di assistenza sanitaria, dopo tutte le altre sperimentate finora”. Sono due forme di sanità, la nostra e quella statunitense, diametralmente opposte, ma nelle quali ci sono torti e ragioni che andrebbero meglio equilibrati alla luce delle nuove conoscenze. Ricordo, ad esempio, un mio lontano parente, operaio forte e vigoroso, dalla muscolatura senza grasso superfluo, che, in tempi non sospetti per attribuirgli colpe o meriti, con le sue mani quadrate si aggirava con sicurezza fra gli enormi motori delle idrovore, simili a quelle delle grandi navi, e che aveva un solo vizio, il fumo, ma prima del rapporto Terry. Durante la guerra, nella difficoltà di approvvigionamento egli si coltivava clandestinamente le foglie del tabacco. Pareva immortale, ma prima dei cinquant'anni cominciò a soffrire di una grave arteriopatia alle gambe, quella che anni prima, a sua insaputa e pure della medicina ufficiale, qualcuno aveva osservato che colpiva solo gli uomini, perché allora le donne non fumavano. Dovette ridurre il lavoro e poi chiedere la pensione anticipata, causando un incolpevole danno alla produttività e all'erario. Oggi qualcuno sta cercando di farci i conti in tasca e rendere più visibili le responsabilità individuali. Come alcuni ricercatori australiani della Monash University di Melbourne, i quali, in occasione del World Heart Day (Giornata Mondiale del Cuore), hanno calcolato la spesa assistenziale per la malattia coronari-



ca, nei soggetti di età fra i 15 e i 69 anni; spesa che si sarebbe potuta risparmiare durante dieci anni di una corretta prevenzione (Journal of Preventive Cardiology, sett. 2020). Consistente, come tutti immaginano, soprattutto in dieta corretta, attività fisica e abolizione del fumo, capaci di ridurre, secondo quell'ipotesi, dell'80% le malattie cardiovascolari. Si otterrebbe in particolare una diminuzione della mortalità di un terzo, una produttività lavorativa maggiore del 65.4% e altri vantaggi, che al consuntivo, sempre teorico, consentirebbero di risparmiare ben 15 miliardi di dollari. A questo punto, dato che l'Australia conta solo 25 milioni di abitanti, mi sono immaginato quali maggiori vantaggi otterrebbe il nostro paese con i suoi 60 mi-

lioni. Ma, da vecchio scettico, ho anche pensato alla storiella di chi faceva i conti all'amico fumatore da una vita e dissipatore di una somma che secondo lui gli avrebbe consentito di costruirsi una casa, cui l'inquisito rispose: "e tu che non hai mai fumato perché non hai quella casa?".

Credo tuttavia che, al di là di ogni disquisizione scientifica o parascientifica, più o meno scettica o filosofica, rimanga il dato già ben documentato che emerge dalle conoscenze mediche degli ultimi cinquant'anni o poco più, il quale ci obbliga volenti o nolenti a modificare il nostro vecchio comportamento se non vogliamo che i suoi effetti, vedi la lunga pandemia da Coronavirus, ce lo facciano capire, togliendoci anche la speranza.

tra i libri ricevuti



Qualche secondo di buonumore

Padre, tutto il giorno sento una voce che mi dice cosa devo fare. Secondo Lei sono posseduto? No figliolo, sei sposato!

5 minuti dopo l'invenzione del telefono...
Buongiorno Signor Meucci è la Telecom,
abbiamo un'offerta!

Una donna mette un annuncio sul giornale
"cerco marito"... Rispondono in 60 "Vuoi il mio?"

Cosa fai ancora sveglio?
Sto guardando un film...
Che film?
Lo squalo assassino
E di cosa si tratta?
Parla di un cavallo che vuole diventare un cantante
Daiiiii

L'Oroscopo dice: "Probabilmente ora stai respirando"
Oddio ma è troppo vero!!!

Ho letto che bere e fumare fa male.
E cosa pensi di fare?
Smetterò di leggere.





di Massimo Pandolfi

Il chirurgo del Titanic

Erano fredde le notti, anche in primavera, nel mezzo dell'Atlantico. A John piaceva stare sul ponte, ammirando lo spettacolo dell'universo stellato, fantasticando sui mondi lontani e pensando alla sua famiglia, in Inghilterra, sulla terra ferma. Amava navigare e la vita a bordo delle navi da crociera della White Star Line era estremamente piacevole e la sua professione resa semplice dalla quasi totale assenza di malati. Poteva avere tempo libero e a cena era ospite fisso, con il suo primario, al tavolo del Comandante della nave.

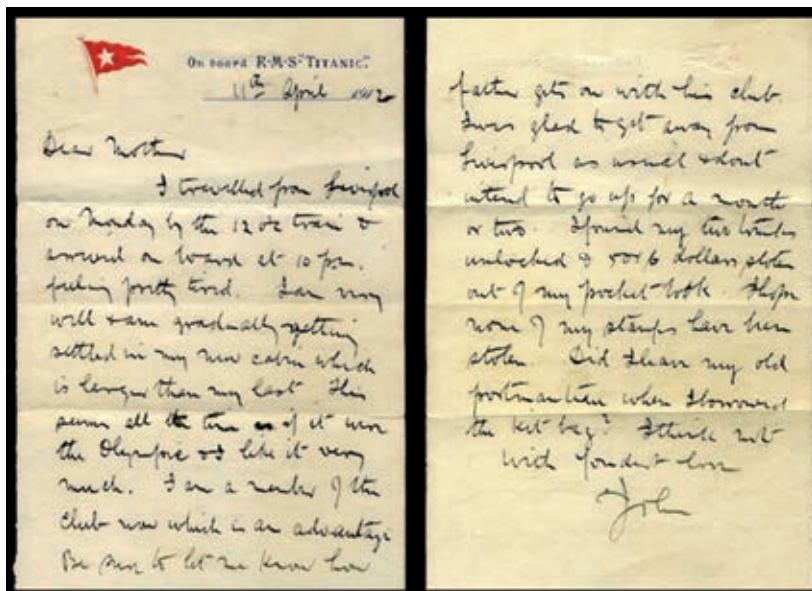
Aveva lavorato sull'Olympic e, se non fosse stato per la sua cabina, molto più grande, non avrebbe potuto trovare alcuna differenza fra le due navi, anche se la stampa aveva presentato il nuovo gioiello dell'armatore John Pierpont Morgan, il Titanic, come inaffondabile. L'Olympic invece aveva rischiato il naufragio, urtando il piccolo incrociatore, ma da allora non aveva più avuto notizie della grande nave. La immaginava in Irlanda, ancora in riparazione nei cantieri navali di Belfast. Era ancora irritato per il furto subito: si trattava di pochi dollari ma lui aveva bisogno di ogni centesimo per continuare a coltivare i suoi sogni per il futuro della sua famiglia. Aveva scritto tutto questo nell'ultima lettera per sua madre e sperava vivamente che la missiva le arrivasse pri-



ma di approdare alla destinazione finale, New York.

Sotto di lui, nelle cabine e nelle cuccette della terza classe, la nave brulicava di vita. Sembrava che nessuno avesse voglia di dormire, nonostante la notte buia senza luna e il freddo quasi polare.

La sirena e la campana lo straparano di colpo ai suoi pensieri: aveva notato i lastroni di ghiaccio che la possente prua spostava senza difficoltà, ma dal suo lato non aveva potuto avvistare l'immensa montagna di ghiaccio, di cui la maggior parte era immersa nelle acque profonde dell'oceano. L'urto arrivò improvviso, facendo traballare la grande nave. Quel prodigio dell'ingegneria navale, dal nome ambizioso, propagandata come inaffondabile, cominciò ad imbarcare acqua dallo squarcio che l'iceberg aveva prodotto appena sotto la chiglia. Come avviene in un formicaio dove mette piede l'uomo, il panico si impadronì dei passeggeri. A stento l'equipaggio ripristinò un minimo di ordine: le scialuppe di salvataggio furono calate a livello del ponte, la preferenza doveva essere data alle donne e ai bambini. Il dottor John Simpson si dette da fare, era il chirurgo della



Lettera di Simpson alla madre

seconda e terza classe e lì prestò la sua opera. Infine consegnò la sua lampada al sottufficiale Lightoller, accompagnandola con una battuta amara: "La luce servirà più a te". Cosa si prova quando si è sicuri di morire, cosa pensarono le vittime di quel naufragio, lasciando la vita in un gelido abbraccio nelle acque dell'Atlantico? John vide scorrere tutto il suo passato in un attimo, ripensò ai suoi anni professionali, alla piacevole vita a bordo dei transatlantici della White Star Line, ai suoi figli, alla giovane moglie, alla mamma a cui aveva indirizzato una lettera affettuosa appena il giorno prima, poi la sensazione di gelo, lo spengersi lento dei sensi, il buio. Così, assieme ad altri 1517 disperati, perse la vita uno dei

due chirurghi del Titanic. Anche il suo direttore, il dottor William Francis O'Loughlin, non ebbe miglior sorte. I loro corpi non furono mai ritrovati e ora, assieme, riposano sul fondo, accanto al relitto della nave simbolo di uno dei più grandi disastri navali di tutti i tempi, ad inaugurare quel tragico secolo che anni dopo lo storico Eric Hobsbawm definirà "breve". Paradossale il fatto che il povero John Edward Simpson, dopo aver esercitato a Belfast, dove era nato e si era laureato, aveva scelto la vita di mare per motivi di salute, lavorando sulle navi da crociera per 10 lunghi anni, fino a quella tragica notte di aprile. Fino all'ultimo si adoperò assieme al Dottor O'Loughlin, conosciuto da tutti per le sue grandi doti professionali ed



Dr. William Francis O'Loughlin

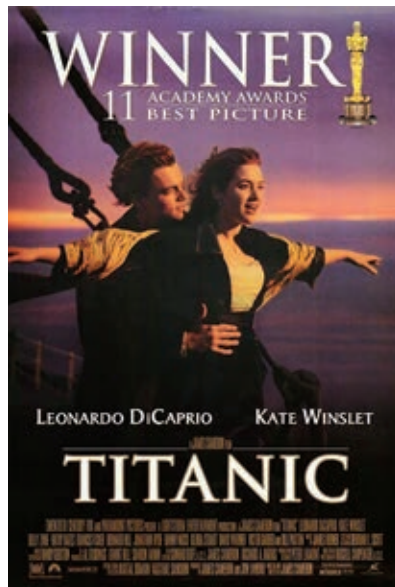
umane, per far salire più passeggeri nelle scialuppe, dimenticandosi che per salvarsi avrebbero dovuto fare lo stesso. Se la loro missione in terra era quella di salvare vite umane, quella notte aumentarono di certo il numero dei miracolati grazie alla loro opera. Questa volta, dire che lo fecero “a sprezzo della propria vita”, non costituisce di certo la solita frase fatta.

Infiniti libri sono stati scritti sulla tragedia del Titanic, approfondito al largo di Terranova nella notte tra il 14 e il 15 aprile del 1912. A renderne memoria, anche il bel film di Cameron, con la romantica storia interpretata da Leonardo Di Caprio e Kate Winslet. Purtroppo la realtà fu molto meno dolce e più cruda. Una tragica fatalità o un errore umano, addirittura voluto; precognizioni, superstizioni, atti di eroismo e di vigliaccheria. Pagine e pagine sono state riempite con gli

eventi, le interviste ai sopravvissuti, ogni tipo di congettura sull'incidente che scosse la sicurezza del mondo tecnologico che, ancora una volta, aveva lanciato il guanto di sfida alla natura, pensando che l'uomo, finalmente, fosse diventato il padrone del mondo. Le scialuppe erano insufficienti, furono calate in acqua semivuote, la nave non si fermò, i soccorsi non arrivarono in tempo. Di fatto solo in 705 si salvarono: tra loro non vi erano i due medici e i componenti dell'orchestrina che, a detta di molti sopravvissuti, continuò a suonare fino a che l'oceano richiuse su di loro il coperchio della tragica tomba.

Una leggenda recita che a bordo, per tragica fatalità, fos-

se stata portata una mummia egiziana, con il sarcofago che racchiudeva le spoglie di una sacerdotessa di Amon Ra. Nella tomba un'iscrizione ammoniva a non disturbare il sonno eterno della donna e una serie di disgrazie aveva afflitto chi ne era venuto in possesso negli anni: l'americano che l'aveva venduta al collezionista inglese aveva perso la vita, l'acquirente un braccio. Questi l'aveva donata al British Museum e dopo una serie di disavventure, l'amministrazione del museo inglese l'aveva ceduta al museo Egizio di New York, dove era diretta nel viaggio inaugurale del Titanic. Sembra che grazie ad un contrabbandiere trovò posto in una scialuppa, ma successivamente dopo ulteriori peripezie, fu rispedita verso l'Egitto a bordo del Lusitania. Manco a farlo apposta la nave fu silurata da un sommergibile tedesco nel 1915 e fece la fine del Titanic. Quale sia stata la causa, le due compagnie rivali, la Cunard Line e la White Star Line furono accumulate in un destino tragico, forse dalla fatalità o da un'antica maledizione: il risultato fu lo stesso, la tragica morte di migliaia di innocenti.





di **Salvatore Milito**

Colchicina: “un grande avvenire dietro le spalle”

Il *Colchicum autumnale* o falso zafferano è una piccola pianta velenosa dai fiori color rosa-viola di cui alcune specie crescono spontaneamente in Italia. Prende il suo nome dall'antica Colchide, sul Mar Nero, di cui è originaria. Veniva usato dagli egizi per curare i reumatismi, poi da Dioscoride (1° secolo d.C.), medico greco al seguito delle legioni romane, da Galeno (129-216) nel II secolo d.C, da Avicenna, medico persiano (980-1037) intorno all'anno Mille. Nel XVI secolo, il chirurgo francese Ambroise Paré (1510-1590) utilizzò il bulbo di colchico come antireumatico. Nel 1833, P.L. Geiger isolò dalla pianta la colchicina, sostanza attiva il cui sovradosaggio provoca diarrea profusa, disturbi neurologici e alterazioni della crasi ematica, talvolta con esito letale. Con le dovute cautele l'alcaloide finì per entrare nell'uso medico corrente per trattare l'attacco acuto di artrite gottosa. Ancora oggi viene im-



Colchicum autumnale

piegato per bloccare la crisi di gotta (soprattutto nei casi di intolleranza agli antinfiammatori-antireumatici-FANS).

Perché “gotta”?

Quella vistosa tumefazione ad esordio improvviso della base dell'alluce, arrossata, calda, che “brucia come un ferro rovente manipolato dal diavolo”, Ippocrate (V sec. a.C.) la chiamava *podagra*, che in greco alludeva al piede di un animale preso in una trappola. Già allora lo stesso autore sottolineava il ruolo nefasto sulla malattia della sovralimentazione, soprattutto carnea, tipica delle classi agiate. A partire dal

IX secolo l'affezione venne indicata col termine “gotta” (dal latino *gutta*), perché attribuita a un veleno contenuto negli umori che cadeva “goccia a goccia” nelle articolazioni. Il clinico inglese Sydenham (XVII secolo), diede del dolore causato dalla gotta la seguente, incisiva, descrizione: “È così intenso da non poter sopportare il peso delle lenzuola né il tremolio del pavimento della stanza cagionato da una persona che cammina di buon passo”.

Da malattia dei re...

A lungo si credette che la gotta fosse appannaggio esclusivo di imperatori, re, nobili, ricchi e alti prelati. Ciò era dovuto al fatto che gli scritti medici di quelle epoche narravano dei malanni dei soli potenti. Fu grazie a queste relazioni cliniche che in seguito gli storici vennero a conoscenza delle crisi di gotta dei grandi del mondo: da Settimio Severo a Carlo Magno, da Carlo Quinto (il cui dito deformato dai tofi gottosi è conservato nel Monastero dell'Escorial, nei pressi di Madrid) a una folta schiera di papi, dal re Sole Luigi XIV al re d'Inghilterra Giorgio IV. Ne furono colpiti anche numerosi membri della “dinastia” dei De' Medici (Piero

De' Medici veniva detto “il Gottoso”) [*] e altre famiglie di nobili lombi, nonchè Leonardo da Vinci, Cristoforo Colombo, Isaac Newton, Darwin e molti altri.

... a malattia democratica

Poiché la gotta colpiva molti membri di alcune casate di alto lignaggio se ne dedusse che la sua trasmissione avveniva per via ereditaria. Ma si vide anche che non colpiva solo la ristretta cerchia dei pezzi grossi della storia, perlopiù sedentari, obesi e forti mangiatori di cacciagione e insaccati ma anche, trasversalmente, tutte le classi sociali, incluse quelle meno abbienti.



piede affetto da Gotta

[*] Secondo lo studio “Progetto Medici” condotto a Firenze sembra che molti dolori di cui soffrivano i membri della famiglia De' Medici (in un'epoca in cui ogni dolore era gotta) fossero dovuti in realtà a liperostosi scheletrica idiopatica diffusa (caratterizzata da osteofiti vertebrali e calcificazioni/ossificazioni dei muscoli e dei legamenti paravertebrali). Lo studio ha stabilito che Cosimo il Vecchio e Piero il Gottoso soffrivano anche di artrite reumatoide.

Imputato acido urico

Nel 1854, il medico inglese Alfred Baring-Garrod dimostrò con un esperimento ingegnoso la presenza, nel sangue dei gottosì, di una particolare sostanza: immerse una fibra vegetale in un recipiente contenente siero dell'ammalato e la estrasse ventiquattro ore dopo. Era rivestita di cristalli di acido urico (scoperto nel 1773 da Scheele e Bergman nell'urina e nei calcoli della vescica). Si capì che l'acido urico, prodotto in eccesso rispetto alla sua eliminazione, era la causa della formazione di cristalli di urato, i quali, depositandosi nelle articolazioni, provocavano l'attacco di gotta. A dar man forte al disturbo metabolico contribuivano un'errato stile di vita e un consumo eccessivo di purine di cui sono particolarmente ricchi gli insaccati, la selvaggina, le sarde, le aringhe, le frataglie e, in più o meno modica misura, altri alimenti.

Gotta malattia del passato?

No, malattia attualissima! Da una metanalisi pubblicata sulla rivista *Arthritis & Rheumatology* risulta che tra il 1990 e il 2017 le persone affette da gotta, soprattutto uomini in età avan-



Monastero El-Escorial (Madrid)

zata, erano più di quaranta milioni a livello mondiale. I paesi in cui la malattia è più diffusa sono i più opulenti, la cui popolazione è sovralimentata, in sovrappeso e sedentaria. L'iperuricemia che imperversa in queste regioni è all'origine non solo di artropatie ma anche di malattie renali e cardiovascolari.

La cura, le cure

Usata per secoli per le sue proprietà antinfiammatorie la colchicina venne abbandonata all'inizio del Rinascimento per i suoi pesanti effetti collaterali e reintrodotta in terapia nel XVIII secolo. Nel XX secolo entrò nell'uso comune per stroncare la crisi acuta di gotta. Nel 1957 venne sintetizzato l'allopurinolo, inibitore dell'enzima xantina-ossidasi (il cui eccesso è responsabile dell'aumentato tasso plasmatico di acido uri-

co) e in grado come tale di incidere positivamente, se assunto a lungo termine, sull'evoluzione naturale delle patologie da eccesso di urato.

Eclettica colchicina

Oltre che nella cura della gotta la colchicina viene usata a basse dosi nelle pericarditi acute e ricorrenti (di cui si dirà in seguito), nella rara Febbre Mediterranea Familiare (che provoca episodi ricorrenti di iperpiressia e dolore toracoaddominale, articolare e muscolare), nell'artropatia da pirofosfato di calcio o "pseudogotta", nelle vasculiti, nella malattia di Behçet. La si utilizza anche nei laboratori di genetica per bloccare la divisione delle cellule in una fase della mitosi in cui è possibile esaminare al microscopio il cariotipo (patrimonio cromosomico) dell'individuo.

Indietro nel futuro

Da alcuni anni la colchicina trova applicazione anche in cardiologia. In corso di sindrome coronarica acuta la placca ateromastica contiene, tra altri componenti, numerosi leucociti neutrofili attivati. Il che ha

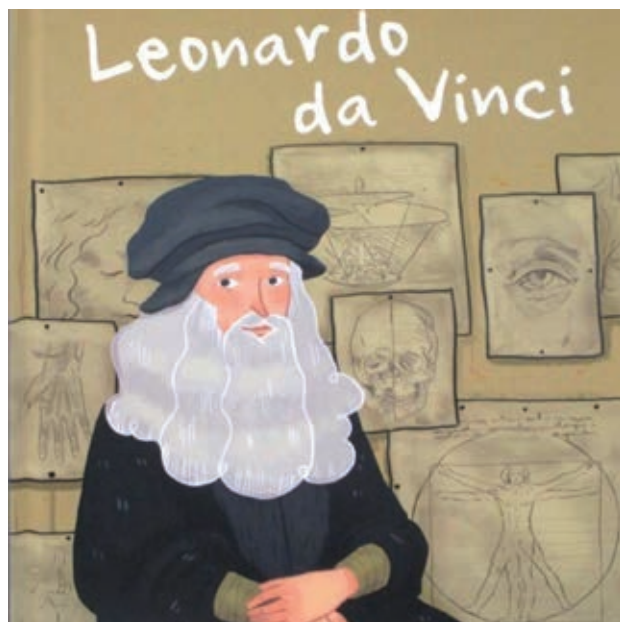
somministrazione, dopo angioplastica, di basse dosi di colchicina (oltre alla terapia convenzionale) è stata associata ad una riduzione del 23% di eventi nel post-infarto.

In un altro recente trial randomizzato e a doppio cieco (LoDoCo2, Low Dose Colchicine for Secondary Prevention of Cardiovascular Disease-2), Nidorf et al. hanno indicato la colchicina come possibile opzione per la prevenzione secondaria a lungo termine degli eventi associati alla malattia coronarica cronica. Su 5.522 pa-

zienti, età media 66 anni, trattati con il farmaco alla dose di 0.5 mg al dì, eventi cardiovascolari maggiori (morte, infarto, ictus, ischemia coronarica peri-procedurale per angioplastica) si sono verificati in 187 pazienti nel gruppo colchicina vs 264 nel gruppo placebo. Il prodotto è stato ben tollerato dal 91.3% dei pazienti a cui è stato somministrato insieme alla terapia standard.

Un altro studio è attualmente in corso per valutare l'efficacia della molecola anche nella prevenzione primaria in pazienti ad alto rischio. A questo scopo il trial COLCOT-2D prevede di testare il farmaco su circa 10.000 pazienti diabetici di tipo 2, senza precedenti di coronaropatia.

Nella pericardite vi sono varie evidenze sull'efficacia del farmaco. Nella forma acuta, aggiunto ad aspirina o a ibuprofene, riduce la durata dei sintomi, dimezza il tasso di re-



suggerito l'uso dell'alcaloide nelle coronaropatie, per l'alta concentrazione che esso raggiunge nei granulociti e per la sua efficacia nell'inibirne le funzioni. Nello studio randomizzato COLCOT (The Colchicine Cardiovascular Outcomes Trial in Coronary Disease) la

cidive sin dal primo episodio e abbassa il tasso di ospedalizzazioni (M. Imazio et al., Studio ICAP. Indagine su Colchicina per Pericardite Acuta). Nelle forme ricorrenti di pericardite, con almeno due recidive, l'alcaloide, in aggiunta alla terapia antiflogistica convenzionale, si è rivelato sicuro ed efficace, riducendo del 50% il tasso di recidive (trial multicentrico in doppio cieco CORP-2. Colchicine for Recurrent Pericarditis 2, sempre coordinato da Massimo Imazio). Gli Autori sottolineano l'assenza di seri eventi avversi nei soggetti trattati.

Colchicina promettente anche nella cura della SARS da Covid-19?

In agosto 2020 la rivista *Clinical Immunology* ha pubblicato una ricerca, condotta a marzo 2020 in piena pandemia da coronavirus da Emanuel Della Torre e Moreno Tressoldi, entrambi dell'IRCCS San Raffaele. Lo studio evidenziava l'efficacia e la sicurezza della colchicina, se somministrata tempestivamente, su nove pazienti infettati con il virus Covid-19 invitati a rimanere a casa, salvo evoluzione verso una forma avanzata di malattia. In quel periodo la Lombardia versava in una situazione drammatica per numero di contagiati e di morti. Gli ospedali della regione erano sottoposti a esacerbata sollecitazione e i medici e gli infermieri chiamati a impegni estremamente gravosi. In questo quadro complicato e sconcertante gli autori dello studio proponevano la terapia con colchicina come mezzo per arginare il progredire del quadro clinico dei pazienti Covid verso forme

critiche di insufficienza respiratoria suscettibili di ricovero e di trattamento nelle unità di terapia intensiva, ormai giunte a un livello di incomprimibile saturazione.

In tutti i 9 pazienti trattati con colchicina, scelti per la loro tendenza ad evolvere verso un quadro di iper-inflammation ("tempesta citochinica"), i sintomi da infezione virale sono migliorati entro 72 ore dall'inizio della cura. Solo un caso è stato ricoverato per dispnea persistente.

Recentemente sono stati diffusi da JAMA Network Open i risultati preliminari di un altro trial prospettico, randomizzato, in aperto (Studio GRECCO-19. Greek study in the effects of Colchicine in Covid-19), condotto su 105 pazienti ricoverati perché affetti da SARS-CoV-2: 55 pazienti trattati con basse dosi di colchicina tendevano, in tre settimane, al deterioramento del quadro clinico in maniera significativamente inferiore rispetto agli altri 50 partecipanti ai quali era stata sommini-

strata la sola terapia standard, senza colchicina: 1.8% il tasso di aggravamento nel primo gruppo, 14% nel secondo.

Colchicina 4.0

Il futuro della colchicina si sta dunque rivelando promettente in varie patologie, anche non reumatologiche e, a basse dosi, dal buon profilo di sicurezza. La molecola è stata ribattezzata da qualcuno come "New Aspirin" per la sua capacità di stabilizzare la placca aterosclerotica e di prevenire o contenere eventi maggiori della malattia coronarica. Inoltre si è dimostrata efficace nella terapia delle pericarditi acute e ricorrenti e nel prevenire la devastante risposta iperimmune nei pazienti affetti da coronavirus. È auspicabile che, sulla base di questi dati, qualcosa di più di una semplice promessa, altri studi, condotti su un maggior numero di partecipanti, confermino la validità terapeutica di questo farmaco eclettico e ne allarghino l'uso in altri ambiti della medicina.



Fumo di Londra

Non si tratta certo, se non alla lontana, del simpatico film di Alberto Sordi, ma più semplicemente dello smog, l'inquinamento atmosferico, quello che gli esperti misurano calcolando la concentrazione delle PM, le "particulate matter" che, per dirla alla napoletana sono 'a schifezza dell'aria che respiriamo nelle grandi città. Oggi però, data la concentrazione popolare, il traffico e le industrie, essa sembra estesa ovunque tranne che sugli altipiani meno popolati. Quello smog cui forse dobbiamo in parte anche la genesi e la diffusione del Covid-19, il virus che da un anno sta scombinando tutte le nostre comode abitudini. Tuttavia, nemmeno di questo tratta l'articolo che vado esponendo, ci mancherebbe, dopo tanti soloni e virologi competenti o improvvisati mi ci mettesi anch'io povero vecchio cardiologo; ma piuttosto, quasi per distrarre dalla monotematica



che ci assilla da molti mesi, capto dalla letteratura medica un problema più leggero, che al confronto sembra quasi ridicolo. Lo propongono i cinesi dell'Università di Hong Kong, capeggiati da Cui Guo (Circulation, agosto 2020) in collaborazione con quelli dell'Università di Henan, chissà forse per cautelarsi e comunque distrarsi dai problemi politici con la Cina madre.

L'argomento trattato e studiato su ben 140 mila soggetti di età superiore ai 18 anni, media 47 e percentualmente uguali nei due sessi, è l'influenza dell'aria più o meno inquinata sui vantaggi dell'attività fisica nel ridurre la pressione arteriosa. Sembra quello che un mio maestro diceva lo spaccare il capello in quattro, ma non lo è tanto se facciamo alcune premesse, che a loro volta si rifanno alle certezze scientifiche secondo cui sia la pressione alta che l'aria inquinata sono fattori di rischio per le malattie cardiovascolari. Il meccanismo con cui agiscono nel provocarle, lo intuisce anche il pizzaiolo, è diverso nei due casi, ma se i due fattori si sommano potrebbero teoricamente sommarsi anche le conseguenze. Altre certezze che ci arrivano da molti studi sono che l'attività fisica contribuisce a tener bassa la pressione e ad evitare le sue pericolose impennate, così come che l'aria pulita, se quella sporca li aumenta, dovrebbe ridurre gli ipertesi. Ed ecco i risultati, dopo 15 anni di osservazione ed oltre 360.000 controlli medici: 1) una buona attività fisica in ambiente a basso inquinamento si associa a bassa incidenza

di pressione alta; 2) una scarsa attività fisica eseguita in aria con elevati PM determina ipertensione; 3) il rapporto fra attività fisica e pressione arteriosa rimane invariato per qualsiasi livello di aria viziata. Quindi, cercando una conclusione semplice, il messaggio più consolante che la ricerca cinese ci consente di portare a casa, quello che i medici colti chiamano "home message", è che l'attività fisica fatta con una certa costanza previene lo sviluppo della pressione alta con qualsiasi atmosfera, anche la più inquinata. Potremmo dire pure nel centro di Londra. Senza dimenticare tuttavia che l'aria inquinata mantiene la sua influenza nel generare malattie, nel facilitare l'ipertensione e, aggiungerei, nel favorire un terreno di cultura e la diffusione dei germi e dei virus.

I cinesi, si sa, sono prolifici e non ci meravigliammo se in futuro sulla scia di Cui Guo altri curiosi ricercatori dagli occhi a mandorla rivedessero, che so, il colesterolo, i trigliceridi, la glicemia o altri parametri che gli occidentali si vedono spesso riferire dal laboratorio con l'asterisco a causa delle loro incontinenze. L'unico marker che farebbero fatica a rivalutare è l'obesità, da noi un vero flagello, cominciando dall'ex presidente degli USA, loro invece magri da secoli per abitudini alimentari e indigenza, sono contraddetti solo da un grande iniziato, l'illuminato Buddha.

Eligio Piccolo



L'uomo e il cavallo, compagni anche nella fibrillazione

Non poteva essere che in Inghilterra, dove si racconta che un re, disarcionato in battaglia, gridò “il mio regno per un cavallo”, e dove da secoli si tramandano la caccia alla volpe e le competizioni di Ascot che mantengono viva l'attenzione di un popolo; e ancora dove la Regina Elisabetta II nelle grandi occasioni si fa trainare la carrozza da molte paia di destrieri, mentre pare che lei stessa novantenne conservi il piacere di qualche galoppata. Non poteva essere che lì, dicevo, paese oltretutto scientificamente avanzato, che si scoprisse la fibrillazione atriale nel cavallo, addirittura



Carrozza della Regina Elisabetta II



Palio di Siena

ra con caratteristiche simili all'uomo. Perché anche lui può subirla durante uno sforzo, manifestarla con un calo di prestazioni e di pressione, beneficiare degli stessi farmaci e pure complicarsi negli stessi eventi cardiovascolari.

Forse già nei secoli andati qualche addetto alla cura dei cavalli ha rilevato casi di fibrillazione per le pulsazioni irregolari in un'arteria del collo. L'animale è stato da millenni troppo importante in pace e in guerra per non essere osservato con la massima attenzione, tenendolo sempre pulito, lisciandogli il pelo, ponendogli il plaid sul groppo dopo una corsa, ferrando gli zoccoli e controllando ogni segno di invecchiamento, iniziando dalla dentatura. Delicato e forse anche cagionevole, come il suo cavaliere, ma come lui capace di grandi imprese, correndo, arrestandosi al comando o all'ostacolo, come in una celebre poesia di Victor Hugo dove a uno sparo *le cheval fit un écart en arrière*, e anche accasciandosi vinto da un'arma o dall'aritmia, come forse nel Riccardo III. Sarebbe anche interessante sapere cosa succede nei selezionati purosangue del Palio di Siena, aizzati a una corsa sfrenata nel recinto ristretto del Campo, e dove succede che qualcuno stramazzi. Forse in futuro qualche veterinario penserà ad applicarvi un Holter.

La scoperta scientifica della fibrillazione atriale nel nobile quadrupede avvenne ai primi del secolo scorso, e pure chi la fece era un personaggio di rango: Sir Thomas Lewis. L'illustre clinico londinese che dopo la Grande Guerra collaborerà lungamente con Willem Einthoven, l'inventore dell'elettrocardiogramma (ECG), l'unico esame capace di documentare la fibrillazione.

Ma quando Lewis vi si cimentò su un castrato di 16 anni che da sette mesi soffriva dell'aritmia, l'ECG non era ancora applicabile agli animali e fu necessario sacrificarlo. Si usarono naturalmente i maggiori riguardi: uno sparo al cervello per non farlo soffrire e l'apertura immediata del torace, che mostrò il cuore con gli atri immobili e fibrillanti in superficie, ma i ventricoli ancora validi.

Lewis in seguito documenterà per primo la fibrillazione atriale anche nell'uomo, con l'ECG ovviamente.

Sono state indagate differenti razze di cavalli e tutte pare possano manifestare la fibrillazione, specie dopo i 6 anni di età e prevalentemente nei maschi (68%), proprio come nell'uomo.

Oggi l'ECG lo si può usare facilmente nel cavallo come in ogni

altro animale. Chi l'ha sperimentato pare abbia osservato che altri mammiferi possono incorrere nell'aritmia tanto impegnativa nell'umano, ma per quanto ne sappiamo fino ad ora solo il cavallo mostrerebbe le caratteristiche della nostra clinica. Il cane e il gatto, ad esempio, se ne vengono colpiti la tollerano male ed è spesso un segno della loro ultima spiaggia. Sono dati ancora parziali, che

hanno bisogno di ulteriori verifiche, anche rispetto alla diagnosi precoce e alla terapia tempestiva. La quale, come ho detto, nel cavallo si è rivelata analoga a quella usata nell'uomo, in particolare con la chinidina.

E qui, scusate, devo aggiungere un codicillo, un fatto del tutto personale: circa 50 anni fa, a seguito di un trauma toracico ebbi la mia prima fibrillazione atriale, che si risolse spontaneamente. Si ripresentò anni dopo e via via fino ad oggi sempre più frequente. Provai molte terapie, ma quella che mi riportò al ritmo normale e mi protegge ancora è la chinidina, il glorioso farmaco ideato da Wenckebach un secolo fa, ma attualmente esiliato perché commercialmente improduttivo e perché nella pratica clinica impegna troppo l'indicazione. Le farmacie ne sono

sprovviste, ma qualcuna si "diverte" ancora nel produrlo galenicamente, e a loro si possono rivolgere anche i veterinari.

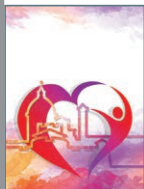
Non so se qualche strano influsso o allele mi avvicinino al cavallo, ma ricordo che fanciullo, soggiornando in fattorie di parenti e amici, avevo un'attrazione particolare verso la stalla riservata a loro, sempre puliti e in piedi, con quel particolare afrore dolciastro, adibiti al calesse e non all'aratro. Non li ho mai cavalcati, però mi divertiva ammirarne il portamento e riandare con la fantasia alla loro lunga storia in compagnia dell'uomo, alla conquista delle Americhe dove non erano mai nati, alle avventure del Far West.

Forse un Sergio Leone, più che Hollywood, avrebbe potuto produrre un episodio dei suoi spaghetti-western in cui il gran finale coinvolge non il pistolero colpito da una freccia indiana ma un cavallo fermato dalla fibrillazione.



L'uomo e il cavallo (Botero)

DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2020



Filippo Stazi Intervista **Andrea Poli**, Nutrition Foundation of Italy, Milano



Che nesso c'è tra microbiota intestinale e malattie cardiache?

Un numero crescente di studi suggerisce l'esistenza di una connessione significativa tra le attività del microbiota intestinale ed il rischio cardiovascolare.

Prof. Poli in che modo il microbiota intestinale influenza le malattie cardiache?

Il microbiota agirebbe con meccanismi differenti: ceppi batterici specifici potrebbero per esempio svolgere effetti diretti sull'aterogenesi o invece modificare, sia in senso potenzialmente aterogeno che in senso protettivo, composti naturalmente presenti negli alimenti.

Un esempio di queste interazioni può essere costituito dal legame tra consumo di carne e uova e aumento del rischio cardiovascolare?

Esatto. La spiegazione classica di questa associazione fa riferimento soprattutto alla presenza, in questi alimenti, di acidi grassi saturi (specie nella carne) e di colesterolo preformato (specie nelle uova). Ambedue questi componenti aumenterebbero i livelli del colesterolo legato alle LDL, e quindi il rischio cardiovascolare. Questa interpretazione si è tuttavia, di recente, molto indebolita ed è possibile che le carni e le uova favoriscano la formazione di lesioni ateromasiche mediante un processo non collegato al loro effetto sulla colesterolemia.

Abbiamo qualche ipotesi al riguardo?

Sì. Gli autori di un lavoro ormai classico hanno infatti identificato e caratterizzato un meccanismo metabolico ben definito che partendo da colina, fosfatidilcolina, o carnitina (presenti in numerosi alimenti di origine animale), porta alla formazione di trimetilamina (TMA); la TMA viene

quindi ossidata, per via enzimatica, dal fegato, con formazione di trimetilamina ossido (TMAO). La TMAO sarebbe la vera responsabile del danno arterioso: se i suoi livelli ematici sono elevati, infatti, il rischio di eventi cardiovascolari aumenta del 60% circa.

E il microbiota come è coinvolto in questo processo?

È coinvolto perché la conversione della carnitina, della colina o della lecitina in TMA avviene solamente in presenza, a livello intestinale, di ceppi batterici caratterizzati da una specifica dotazione enzimatica.

Ciò appare avere rilevanti implicazioni pratiche.

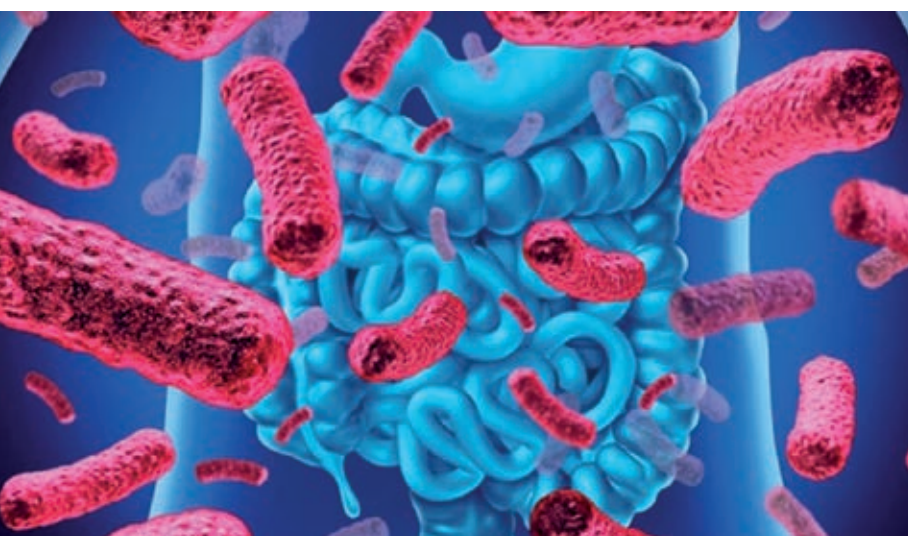
Certo, è infatti intuitivo che, se il meccanismo descritto è

quello che spiega il danno vascolare associato al consumo della carne e delle uova, tale danno potrebbe essere controllato anche modificando la composizione del microbiota intestinale. Analogamente, è ipotizzabile che soggetti con una diversa composizione del microbiota stesso possano reagire in modo diverso all'apporto alimentare di carnitina e di colina (e quindi di carne e di uova), che si trasformerebbero in TMAO nei soggetti che ospitano nel loro intestino i ceppi batterici rilevanti al proposito, mentre in altri soggetti (privi di tali ceppi nella flora intestinale) tale conversione potrebbe non aver luogo. Se questo scenario venisse confermato, modificare la dieta, o invece intervenire sul microbiota, e

quindi sulle modificazioni metaboliche indotte dal microbiota stesso su componenti della dieta, diventerebbero procedure alternative, o complementari, da valutare attentamente nei loro effetti complessivi sul rischio cardiovascolare.

Stiamo parlando di domani o di un futuro remoto?

Trasferire questi concetti generali alle raccomandazioni operative è complesso, e probabilmente per ora prematuro. Ma è ragionevole pensare che, in tempi più o meno brevi, potremo conoscere e forse influenzare questi processi: modificando così in modo marcato, se i presupposti si riveleranno esatti, la relazione tra alcuni importanti componenti della dieta e la salute.



L'aterosclerosi e le sue manifestazioni cliniche sono caratterizzate da un'attivazione dei processi infiammatori. Il microbiota influenza anche questo aspetto?

In effetti la TMAO sembra possedere anche uno specifico effetto pro-infiammatorio, che risulterebbe rilevante nel determinare il suo contributo al rischio cardiovascolare. Recente-



mente si è evidenziato che alcuni composti di sintesi batterica sono dotati di un'interessante azione antinfiammatoria. Il microbiota intestinale produce questi composti soprattutto a partire dalle fibre fermentescibili contenute essenzialmente nella frutta, nella verdura e nei cereali integrali. Questa azione antinfiammatoria può contribuire a giustificare i favorevoli risultati che il consumo di fibra svolge sul rischio sia cardiovascolare che neoplastico, nonché sulla mortalità per tutte le cause.

Per finire non può mancare una domanda sulla dieta mediterranea.

La domanda è opportuna in quanto è verosimile che almeno alcuni dei vantaggi di salute tipici della dieta mediterranea, specie sul rischio cardiovascolare, possano in realtà derivare dallo specifico microbiota che si associa a tale dieta. Nella maggior parte degli studi pubblicati, in effetti, il consumo di una dieta di tipo mediterraneo si associa ad un microbiota differente da quello associato invece a un pattern dietetico di tipo occidentale. Il microbiota che si potrebbe definire di tipo mediterraneo è innanzitutto caratterizzato da una maggiore biodiversità (e cioè da un maggiore numero di specie batteriche identificate), una caratteristica che è considerata positiva dal punto di vista degli effetti sulla salute.

LA VIGNETTA DI CIP



di Giovanni Ciprotti

'n te preoccupa',
tu te ne devi anna',
ma pe' Melania 'na
cameretta ce sta!

)



G 2020

Un altro gravoso lutto ha colpito *Cuore e Salute*. Nel mese di gennaio è infatti venuto a mancare il Prof. Bruno Domenichelli, da molti anni colonna preziosa della nostra rivista. Di lui ricorderemo sempre la saggezza, la pacatezza, la sua capacità introspettiva, la sua costante ricerca di un collegamento tra le malattie del corpo e quelle della mente. Ci stringiamo al dolore della famiglia e per onorarne la memoria abbiamo deciso di continuare a pubblicare il materiale che avevamo già programmato. CIAO BRUNO

ECOLOGIA DELLA MENTE



di **Bruno Domenichelli**

Meravigliarsi per vivere

L'uomo... che ha perso la facoltà di meravigliarsi e umiliarsi davanti alla creazione, è come un uomo morto, o almeno cieco.

(Albert Einstein)

Solo lo stupore conosce.

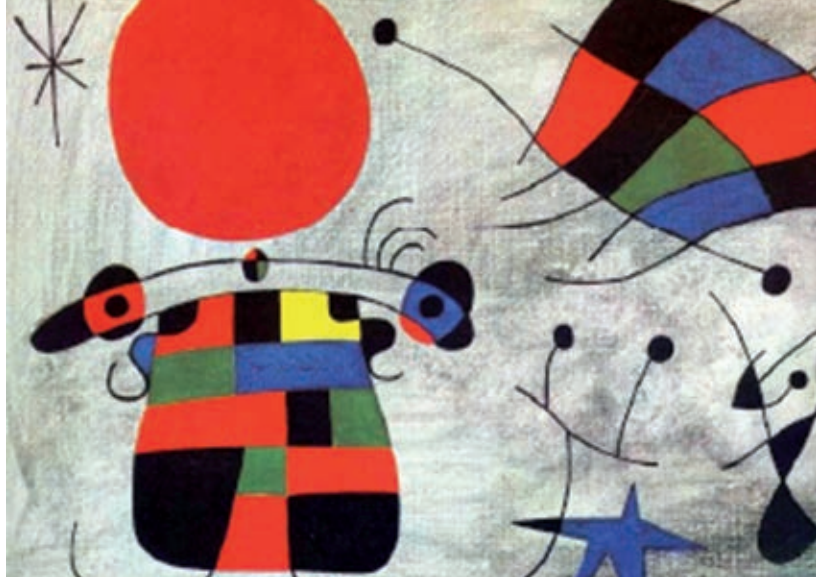
(Gregorio di Nissa. IV sec. d.C.)

Giorno dopo giorno, inesorabilmente, la routine consuma la scintilla del desiderio di vivere. Inesorabili, i vuoti riti della realtà quotidiana hanno steso un velo opaco di futilità e di indifferenza sulla nostra capacità di scorgere, almeno in trasparenza, i contorni del trascendente.

Ordinatamente in fila, con gli abiti grigi di fumo, come in attesa della distribuzione giornaliera della razione di minestra calda, ci muoviamo con lo sguardo spento e il telefonino all'orecchio, in una città senz'anima, disabituati alla luce del sole e all'azzurro dei prati. Come automi incalzati dall'urgenza del tempo, viviamo ignari di aver perso la capacità di



Il "fanciullino" che parla alle nuvole, alle stelle si pone in atteggiamento di stupore, di meraviglia, anche di fronte alle piccole cose del quotidiano, delle quali riesce a scoprire i colori e l'anima segreta. La meraviglia, forse, salverà il mondo.



Il fanciullino, creatura privilegiata della creatività di Mirò, “...si diverte e crea geroglifici di musica colorata...” e ci insegna come trovare la gioia negli aspetti ludici dell’esistenza.

curarci degli altri e dell’*oltre*. Senza accorgerci che nei nostri sguardi si è spenta la capacità di meravigliarci per la bellezza nascosta nelle cose di ogni giorno o per gli arcobaleni che si accendono nella nebbia delle valli del quotidiano. Vecchi ormai nell’anima, talora non ci rendiamo conto di non aver mai gustato nella vita la lucida freschezza degli anni verdi.

La salvezza, come spesso accade, ci viene dalla poesia. A proporci la ricetta è Giovanni Pascoli, con la sua teoria del “Fanciullino”, secondo la quale persiste in noi, fino all’età adulta, spesso nascosta o mascherata, una disposizione d’animo che ci consente di sognare ad occhi aperti. È il “*fanciullino* che parla agli alberi, ai sassi, alle nuvole, alle stelle... spinto da stupore... e da curiosità”. È lo spirito della poesia che, spesso a nostra insaputa, abita dentro di noi e che ci aiuta a vivere nei

momenti più difficili; che si pone in atteggiamento di meraviglia anche di fronte alle piccole cose, delle quali riesce a scoprire l’anima segreta.

La meraviglia, forse, salverà il mondo.

Il *fanciullino* pascoliano esprime l’età dell’innocenza dell’anima dell’uomo, la parte più intuitiva e creativa del suo spirito che, priva di pregiudizi, ci consente di “scoprire nelle cose le somiglianze e le relazioni più impegnative”. È la parte di noi che, ad ogni età, ci consente di meravigliarci; alimento di poesia e d’arte, capacità di vestire di sogno la realtà, di sentirci vivi, di provare gioia per una semplice carezza o per un moto di vento sull’acqua. È lo spontaneo bisogno di dire “grazie” perché si esiste; la capacità di divertirsi con poco, di vivere a colori.

Questa capacità di stupirsi, questa freschezza dell’animo, l’a-

dulto dovrebbe conservarla negli anni. Una piccola dose di “immaturità” è utile per i suoi effetti vitalizzanti. Un’“immaturità” positiva: la condizione psicologica di coloro che riescono a preservare nel cuore lo spirito d’iniziativa del fanciullino pascoliano; una virtù dell’anima che ha sottili consonanze con la speranza. Un certo tipo di immaturità che nell’adulto costituisce una caratteristica privilegiata che consente di conservare la voglia di fare nuove esperienze e di sfidare i rischi esistenziali.

Lo spirito del fanciullino consentirà allora di evitare l’abulia e la noia, la cristallizzazione delle idee e l’atrofia della fantasia creativa, delle emozioni e dei sentimenti. La capacità di meravigliarsi, di osservare la vita con occhi sempre giovani, si esprime allora come ricetta di felicità.

Psicologia dello stupore

Saper ascoltare i suggerimenti del fanciullino è un rimedio esistenziale privilegiato contro la tristezza del vivere. Una ricetta mentale che può regala-



In ogni età, dialogare col proprio “fanciullino” renderà più facile riportare alla luce gratificanti memorie di trasalimenti dell’animo, costruiti spesso su un battere di ali. “...Ali da agitare festosamente nell’aria, anche senza volare, per il gratuito piacere di sentirsi vibrare in risonanza col cuore...”

re la semplice gioia di una fulminante associazione di idee o di un verso illuminante di una composizione poetica, emerso come una scintilla nell’animo. O una finestra aperta inaspettatamente nella Fede, con l’innocenza di un bambino.

In ogni età dialogare col proprio fanciullino renderà più facile riportare alla luce gratificanti memorie di trasalimenti dell’animo costruiti su un battere d’ali, o di luminose conquiste del mondo. Ali da agitare festosamente nell’aria, anche senza volare, per il gratuito piacere di sentirsi vibrare in risonanza col sole.

In avanti con gli anni, il fanciullino saprà regalarci, come in un gioco, i nuovi frutti colorati che ancora ci attendono, emergenti, per noi, dalle foreste del tempo.

La psicoanalisi riprende l’idea pascoliana del fanciullino. C.A. Jung parla infatti di *puer aeternus* che, anche nell’adulto, rappresenta “la componente eter-

namente giovanile della psiche umana, anello incoercibile di esplorazione del mondo”.

Conservare intatta questa potenzialità non è certo facile, ma assume grande importanza nell’equilibrio psicologico dell’individuo, come risorsa rinnovativa degli anni maturi. Eterno costruttore di verità, anche il Mito ci propone figure capaci di lottare all’insegna delle istanze interiori del proprio fanciullino. Eroi positivi dell’immaturità, lanciano sfide e adottano scelte di vita coraggiosa, volte “alla conquista dell’impossibile e di irraggiungibili approdi”. Ulisse, Prometeo, Teseo, don Chisciotte: il Mito prefigura i testimoni di un desiderio di combattere per la realizzazione di ideali e di incerti successi esistenziali.

La Società teme peraltro la potenziale “sregolatezza” di chi non rinuncia al colloquio col fanciullino che ha in sé, e quindi all’autonomia di giudizio che questo può apportare, da cui

possono derivare comportamenti che tendono ad opporsi alla tendenza all’omologazione culturale e alla standardizzazione degli stereotipi mentali e comportamentali. Il privilegio di rimanere fanciullo nel fondo dell’animo può essere considerato sinonimo positivo di immaturità e predisposizione ad andare controcorrente rispetto alla cultura collettiva.

Il fanciullino e la conoscenza

Rispetto all’adulto, il bambino ha enormi possibilità di apprendimento e di creatività, che ci mostra spesso con l’inventività dei propri giochi. Nell’infanzia inizia l’età della curiosità e dei perché. Sono le stesse domande che in ogni campo si pongono gli scienziati. Accomuna i bambini all’adulto creativo il “pensiero divergente”, la capacità cioè di elaborare risposte nuove rispetto alle conoscenze di partenza.

La predisposizione alla ricerca e alle scoperte scientifiche, alle invenzioni e alle esplorazioni, trae origine dalle caratteristiche del pensiero, che accomunano la curiosità del bambino a quella dello scienziato. I primi “perché” dei bambini sono come i quesiti dai quali gli uo-

mini di scienza partono per le loro scoperte. Lo scienziato affronta campi inesplorati dello scibile con lo stesso spirito del bambino che conquista le sue conoscenze partendo dalla tabula rasa della propria mente. Per Socrate il senso di meraviglia è il segno distintivo del filosofo. Allo stesso modo, la curiosità, il desiderio insaziabile di indagare e il senso di meraviglia accompagnano la scoperta del mondo da parte dei bambini. Mi meraviglio, ergo sum.

Il medico incontra il fanciullino

Soffocato dalla routine della sua pratica professionale, il rischio è che il medico si possa “abituare” all’infinita bellezza del mondo biologico e che non provi più le emozioni e il senso di

stupore di fronte alle espressioni della vita che ogni giorno ha l’impareggiabile privilegio di osservare. Che non riesca più a stupirsi di fronte a una scoperta scientifica capace di portare sollievo all’uomo, che non sia più colto dall’infantile meraviglia di fronte al nascere di una nuova vita fra le sue mani o al “ripartire” di un cuore, dopo un arresto cardiaco, in un reparto di rianimazione. O di non provare più emozioni per un “grazie” sussurrato sottovoce da un malato guarito.

Senza questo stupore il rischio è quello di una medicina senz’anima, quello di perdere di vista il fanciullino che abita in noi, capace di farci provare gioia per un impalpabile nulla. Il rimedio, suggerisce Maria Curie, è di porci di fronte

alle leggi della natura “come un bambino di fronte al mondo delle fiabe”.

Per ritrovare nella professione medica il gusto delle emozioni, dell’empatia e della ricerca, la ricetta potrà essere allora quella di ritrovare la freschezza di spirito di un bambino curioso.

Meraviglia e Mistero

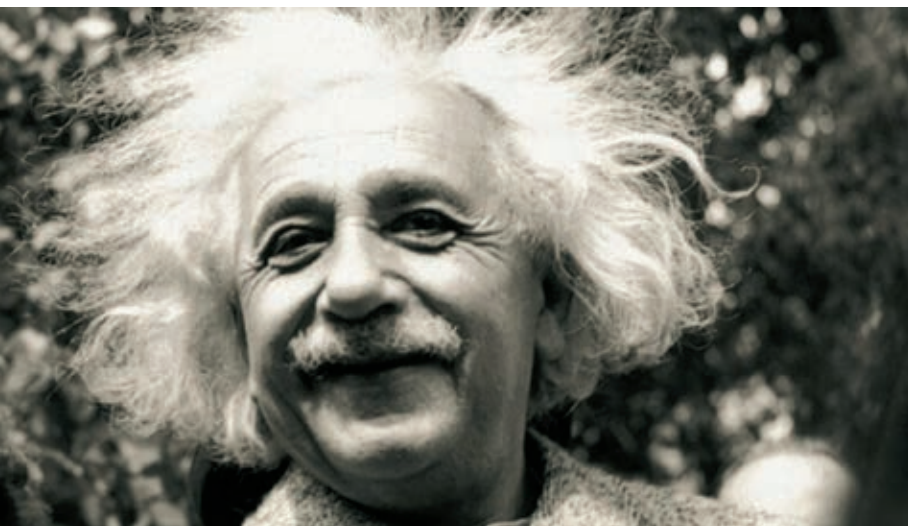
Afferma Albert Einstein: “La più bella e profonda emozione che possiamo provare è il senso del Mistero. Sta qui il senso di ogni arte, di ogni vera scienza”.

Il segreto della grandezza dell’uomo è forse proprio nella forza e nel coraggio intellettuale di accettare il Mistero.

Di fronte a una notte stellata è naturale provare sgomento, ammirazione e un profondo rispetto. Credo che la meraviglia sia l’unica attendibile misura dell’Universo, la magica chiave di lettura che può predisporci ad intuire il senso del Mistero.

L'essenziale è invisibile agli occhi. - ripeté il piccolo Principe - Gli uomini hanno dimenticato questa Verità. Ma tu non la devi dimenticare.
(Antoine de Saint Exupéry)

Non smettiamo mai di osservare, come bambini curiosi, il grande mistero nel quale siamo nati.
(Albert Einstein)



Albert Einstein ci trasmette col suo ampio sorriso la sua gioia di vivere. Ha scoperto forse i rapporti fra il suo “fanciullino” e le sue scoperte scientifiche?

di Alberto Dolara



Anna Vittoria Dolara, Eleonora de Fonseca. *Pasionarie* ai tempi della Rivoluzione Francese

Dolores Ibarruri, una vita da militante comunista, è passata alla storia come *La Pasionaria* avendo pubblicato nel 1918 un articolo nel quale usava per la prima volta questo pseudonimo. Nel linguaggio corrente si indicano come *pasionarie* quelle donne che difendono con passione i loro ideali, anche se molto diversi. Così hanno fatto Anna Vittoria, suora domenicana, ed Eleonora de Fonseca, giacobina ai tempi della rivoluzione francese del 1789.

Anna Dolara, nasce a Roma nel 1764. Il padre Giuseppe è *ajutante di camera* del cardinal vicario Marcantonio Colonna. Anche il nonno Maurizio aveva ricoperto la carica di *primo cameriere* della famiglia dei Colonna. Si era trasferito a Roma proveniente da Cremona (chi scrive ha il padre cremonese e può condividere alcuni geni con la protagonista). Anna vive e cresce nell'ambiente di corte.

Allo scopo di accrescere il proprio prestigio, le potenti famiglie patrizie romane si adoperavano affinché “*i figli dei componenti la corte fossero educati a spese del padrone tutte le volte che lo meritassero*”, educazione rivolta soprattutto alla componente maschile. Si deve supporre che Anna sia stata scelta per le particolari doti intellettuali. Fin da giovane scrive composizioni poetiche che le valgono l'ingresso nell'Arcadia, circolo e movimento letterario fondato a Roma nel secolo precedente e al quale aderirono filosofi, storici e scienziati. A 24 anni en-



Dolores Ibarruri



Eleonora de Fonseca

tra in clausura per vocazione e per poter proseguire l'attività intellettuale. Tra gli oltre quarantacinque monasteri romani sceglie quello dell'ordine domenicano di S. Maria Maddalena a Monte Cavallo, più vicino ad un cattolicesimo "militante", consono alle sue attitudini ed ai suoi talenti; prende il nome di Anna Vittoria. È pittrice ritrattista e miniaturista rinomata, ritrae anche Pio V e Pio VII; verrà nominata priora, carica di solito riservata a donne di origine nobile.

Eleonora de Fonseca, nome italianizzato di Leonor da Fonseca Pimentel Chaves, nasce a Roma nel 1752 da famiglia nobile portoghese e si trasferisce poi a Napoli. Intellettualmente precoce e molto vivace fin dall'infanzia legge e scrive in latino e greco; si dedica allo studio delle lettere, compone sonetti, cantate, epitalami, parla diverse lingue moderne; viene ammessa all'Accademia dei Filaleti e a quella dell'Ar-

cadia; ha scambi epistolari con Metastasio e Voltaire. Con i regnanti di Napoli, Ferdinando IV e Maria Carolina d'Austria, i rapporti sono ottimi: a sedici anni, in occasione del loro matrimonio compone un epitalamio il *"Tempio della gloria"*; le viene concesso un sussidio come bibliotecaria della regina con la quale frequenta i salotti letterari e aderisce ad una ideologia monarchica illu-

minata. La storia familiare è contrassegnata da un marito violento dal quale riesce ad ottenere la separazione e dalla morte dell'unico figlio.

Quando le truppe napoleoniche invadono l'Italia vengono proclamate le repubbliche giacobine di Roma nel 1798 e di Napoli l'anno successivo. A Roma il papa è fatto prigioniero, opere d'arte e arredi sacri dei monasteri oggetto di saccheggi, le religiose spesso costrette a mendicare il cibo, le angherie verso il clero sono continue. Anna Vittoria esprime tutto il suo sdegno in modo poetico; *"Vibra i tuoi strali o Reggitor del tutto/ e gli oppressor di tue spose atterra / che a un sol tuo cenno resterà distrutto/quale insetto più vil, chi lor fè guerra..."* Anche se poi la richiesta di vendetta divina si placa in un cristiano perdono: *Deh! perdona essi ancor, benigno aspetta / splenda a lor la tua luce....* Cerca di limitare i danni dell'occupazione, sostiene il convento con il ricavato della vendita dei suoi quadri. In seguito al decreto napoleonico di soppressione dei monasteri del 1810 è costretta a trasferirsi in uno dei quattro risparmiati dove scrive *"Le memorie del monastero dei SS Domenico e Sisto dal 1799 al 1817"*, una testimonianza del suo impegno in difesa dell'istituzione monastica femminile e del cristianesimo di fronte alla violenza dei tempi. Muore nel 1827. Le sue vicende sono riportate nel libro *La rivoluzione in convento. Le memorie di Anna Vittoria Dolara* (sec. XVIII-XIX) a cura di Simonetta Ceglie, Viella, 2012.

A Napoli le notizie provenienti dalla Francia ed in particolare la decapitazione di Luigi XVI e di Maria Antonietta, sorella dell'imperatrice di Napoli, avevano modificato profondamente il quadro politico ed era iniziata una spietata opera di persecuzione dei patrioti e degli illuministi napoletani. Anche Eleono-

ra aveva aderito alle idee rivoluzionarie ed era stata iscritta nell'elenco dei "rei di stato" per aver parteggiato per un tentativo di rivolta giacobina. Quando nel 1799 Napoli è occupata dalle truppe francesi ed è proclamata la repubblica partenopea vi partecipa attivamente, rinuncia al *de nobiliare*, diviene direttrice di un importante giornale, il *Monitore napoletano*, porta avanti richieste non solo di diritti politici, ma anche di libertà di scelta nel matrimonio, divorzio, parità nelle successioni, istruzione uguale a quella maschile. È comunque critica verso certi comportamenti delle truppe di occupazione e si rammarica di come la plebe non apprezzi il governo dei patrioti.

La repubblica di Napoli ha durata breve, la monarchia viene restaurata dopo sei mesi. La reazione dei Borboni è feroce,



con 124 condanne capitali per lo più con impiccagione, 222 ergastoli, 288 deportati. Tra i condannati a morte nomi illustri della classe nobiliare, borghese e intellettuale di Napoli, avvocati e medici, principi e sacerdoti. A Eleonora Fonseca, che ha allora 47 anni, viene negato il "privilegio" nobiliare della decapitazione, ed è condannata all'impiccagione che comportava l'esposizione del corpo, più a lungo e più in alto, al ludibrio della folla. Prima di morire pronuncia le parole rimaste famose: "*Forsan et haec olim meminisse iuvabit*", un verso dell'Eneide "forse un giorno sarà utile ricordare anche queste cose", con cui Enea rincuora i compagni dopo la tempesta che li ha gettati sulle spiagge libiche. Sale al patibolo per ultima dopo aver assistito all'esecuzione dei suoi compagni, con coraggio e dignità di fronte ai lazzi della plebe. È una leggenda storicamente non provata che alla condannata sarebbe stata passata una spilla da balia per chiudere i lembi della gonna ed evitarle un oltraggio ulteriore. Con modalità diverse questo è sicuramente avvenuto per Claretta Petacci, amante di Mussolini, esposta nel Piazzale Loreto a Milano 150 anni dopo, il 29 Aprile 1945, a dimostrazione che la pietà non muore nelle circostanze più tragiche. Il recente libro di Antonella Orefice *Eleonora Pimentel Fonseca*, Salerno Editrice, 2019, ha per questa pasionaria un sottotitolo eloquente "L'eroina della Repubblica napoletana del 1799".



Esecuzione di Benito Mussolini e Claretta Petacci



Camilla Cavallaro intervista Francesco Prati



Coronary Calcium Score: seconda chance per l'aspirina in prevenzione primaria?



L'utilizzo dell'aspirina in prevenzione primaria, in pazienti senza evidenza di aterosclerosi cardiovascolare (ATSCV), è tuttora controverso ed è stato oggetto negli ultimi anni di numerosi dibattiti. Il lavoro di Ajufo e colleghi presentato su JAMA (1) prende in considerazione il potenziale ruolo del Coronary Artery Calcium (CAC) score nell'individuare pazienti che potrebbero trarre beneficio dalla terapia con aspirina a basse dosi in prevenzione primaria. Gli outcomes analizzati sono stati l'incidenza di eventi emorragici maggiori e gli eventi cardiovascolari responsabili di morte cardiaca o ricovero. È stato successivamente valutato il rapporto rischio/beneficio della terapia con acido acetilsalicidico (ASA), in termini di eventi cardiovascolari (morte cardiaca o ricovero). Per valutare l'effetto a lungo termine dell'ASA sugli eventi cardiovascolari e gli eventi emorragici in base ai differenti cut-off di calcium score (0, <100, ≥100) si sono applicati dati derivati da meta-analisi sull'impiego del farmaco. Lo studio prospettico si riferiva allo studio di coorte "Dallas Heart Study" e comprendeva 2191 pazienti senza aterosclerosi cardiovascolare e non in terapia con ASA al momento dell'arruolamento (età media 44 anni, 57% donne, 47% afro-americani). Di questi il 49% aveva un CAC score di zero e il 7% ≥ 100. Durante il follow-up durato 12 anni si sono verificati 116 eventi emorragici e 123 eventi cardiovascolari. L'incidenza di eventi cardiovascolari e di eventi emorragici aumentava proporzionalmente con il CAC score. Elevati livelli di CAC score (CAC 1-99

e ≥ 100 vs CAC 0) sono risultati essere associati sia ad un'aumentata incidenza di sanguinamenti (HR 2.6; 95% CI 1.15-4.3) che di eventi cardiovascolari (HR 5.3; 95% CI 3.6-7.9).

Correggendo questi dati per i fattori di rischio clinici è emerso però, che l'associazione tra CAC e rischio di sanguinamento perdeva di significatività; rimaneva invece una chiara associazione tra CAC ed eventi cardiovascolari.

Applicando dati emersi dalle metanalisi, l'uso di aspirina appariva dannosa (net harm) nei soggetti a basso rischio di eventi cardiovascolari ASCVD (< 5% a 10 anni) ed a rischio intermedio (compreso tra 5% e 10% a 10 anni) indipendentemente dal CAC score. L'aspirina comportava invece un beneficio netto nei soggetti con CAC score > 100 purchè fosse presente un basso rischio di sanguinamento ed un rischio di eventi cardiovascolari ASCVD intermedio o alto. Infine nei soggetti ad alto rischio di sanguinamento, l'aspirina risultava dannosa, indipendentemente dal CAC score a dal rischio ASCVD.

Commento:

Negli ultimi anni tre trial randomizzati hanno ridefinito il ruolo dell'ASA in prevenzione primaria; sottolineando come l'età avanzata fosse associata ad un aumentato rischio di sanguinamento e mortalità (trial ASPREE). Lo studio ARRIVE invece aveva dimostrato come l'aspirina non fosse in grado di ridurre gli eventi cardiovascolari (CV) in individui con rischio CV intermedio. Mentre il trial ASCEND ha riscontrato un elevato tasso di sanguinamenti maggiori nel gruppo di pazienti diabetici, in assenza di aterosclerosi CV. Sulla base di questi studi nel 2019 le linee guida americane ACC/AHA per la prevenzione primaria delle patologie cardiovascolari (2) avevano fatto un downgrade dell'ASA riservandola (in classe IIb) solo ai pazienti alto rischio CV e senza rischi di sanguinamento.

Lo studio di Ajufo e colleghi, seppure con alcune limitazioni legate prevalentemente al numero esiguo di pazienti con CAC score elevati nelle categorie a rischio più basso, apre la strada all'utilizzo di questo parametro nella scelta dei pazienti da candidare a terapia con ASA in prevenzione primaria. L'utilizzo della TC per la valutazione del CAC score era già stato consolidato e riconosciuto dalle linee guida nella selezione dei candidati a terapia con statine, ma non era ancora stato approfondito nel campo dell'aspirina.

In linea con gli studi pregressi questo lavoro ha dimostrato che non ci sono benefici nell'utilizzo di ASA in prevenzione primaria nei pazienti a basso rischio cardiovascolare. L'invito degli autori è però quello di personalizzare il più possibile le terapie di prevenzione primaria nei pazienti a rischio intermedio ed alto, avvalendosi di strumenti come la valutazione del CAC score, che ha dimostrato di essere strumento valido nella stratificazione del rischio aterosclerotico CV.

Un CAC score elevato ci può essere utile per individuare i pazienti che possono beneficiare della terapia con ASA in prevenzione primaria, a patto che il rischio cardiovascolare sia intermedio o alto e il rischio di sanguinamento sia basso.

Intervista a Francesco Prati

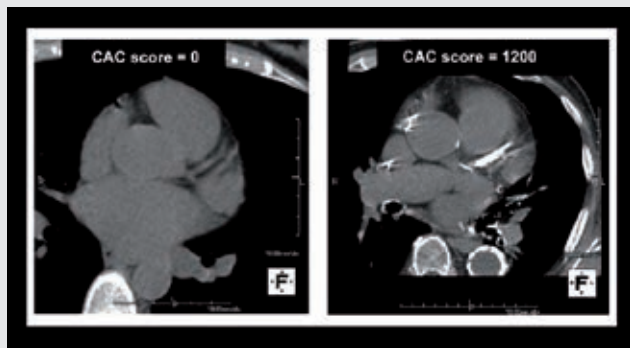
Uno studio interessante. È giusto parlare di seconda chance per l'aspirina in prevenzione primaria?

Prof. Prati: “Sì, penso di sì. Lo studio è di difficile lettura per la metodologia applicata. L'effetto dell'aspirina sugli eventi clinici era infatti derivato da studi di meta-analisi. Lo studio rafforza il concetto molto importante secondo il quale l'aspirina va impiegata anche

Prof. Prati: “Il problema è appunto trasferire questi concetti nella clinica. La soluzione che più o meno viene indirettamente proposta prevede l'impiego di score di rischio sia per gli eventi ischemici che per quelli emorragici. Di fatto chi ha un rischio emorragico alto non deve assumere aspirina. Chi poi ha un CAD superiore a 100 può beneficiare dell'aspirina purché vi sia un rischio di eventi ischemici (ASCVD) almeno intermedio. La mia impressione però è che gli score di rischio non vengano molto applicati dai medici”.

Come trasferire allora queste complesse informazioni alla pratica clinica?

Prof. Prati. “Non penso sia semplice. Ammetto peraltro di impiegare poco gli score. Lo studio rafforza comunque un'abitudine clinica che seguo con un po' di timidezza. Per chi applica il calcium score in prevenzione primaria (io lo faccio regolarmente) la terapia con aspirina andrebbe probabilmente consigliata a chi ha livelli di calcium score maggiori di 100 e almeno un fattore di rischio cardiovascolare (ipercolesterolemia, diabete, familiarità, fumo). Se si applica lo score di rischio ASCVD molti soggetti oltre i 50 anni hanno un rischio intermedio se presentano almeno un fattore di rischio”.



in prevenzione primaria dopo avere considerato il rischio di sanguinamenti e l'estensione dell'aterosclerosi coronarica, valutata con il calcium score”.

Lo trova applicabile questo concetto nella pratica clinica?

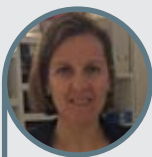
Come e quanto viene utilizzata l'aspirina in prevenzione primaria?

Prof. Prati: “Direi che viene consigliata a molti pazienti dai medici curanti quando si evidenzia un restringimento carotideo anche se di grado moderato. Io credo sia più ragionevole basare la stratificazione del rischio sul calcium score. Si tratta di un esame semplice, a basso costo, in grado di quantificare l'aterosclerosi coronarica ed infine molto utilizzato in ricerca per valutare il rischio cardiovascolare”.

Bibliografia

Ajufo E, Ayers C, Virgen R et al. Value of Coronary Artery Calcium Scanning in Association With the Net Benefit of Aspirin in Primary Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Disease; JAMA Cardiol, 2020

Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines; J Am Coll Cardiol. 2019 Mar, 74 (10) e177-e232



di Vittoria Rizzello

COVID-19 e miocardite: ancora un virus che lascia il segno



Recenti pubblicazioni hanno riportato che in corso di infezione da SARS-COV-2 (COVID-19) è possibile osservare un incremento della troponina ad alta sensibilità in percentuali di pazienti variabili dal 12 al 30% circa. Tale incremento è espressione nella maggioranza di casi di un **danno miocardico non ischemico**. Uno dei meccanismi potenzialmente responsabili del danno miocardico è la miocardite da SARS-COV-2 che può verificarsi attraverso 2 meccanismi, ossia un danno diretto mediato dall'interazione del virus con l'ACE2 espressa dal miocardiocita o attraverso un danno indiretto causato dallo storm infiammatorio tipico di questa sindrome. In effetti, nel corso degli scorsi mesi sono stati pubblicati diversi case report che hanno documentato attraverso **dati biotici e autotici** (1-2) l'occorrenza di **miocardite in pazienti affetti da COVID-19**. In altri case report (3-4) la diagnosi di miocardite è stata effettuata con la **risonanza magnetica cardiaca (RMC)**, che **rappresenta il gold-standard non invasivo per la diagnosi di miocardite** .

Tuttavia, la RMN non è facilmente eseguibile nella fase acuta del COVID-19 a causa del-



Wuhan

la frequente impossibilità a trasportare il paziente per motivi clinici e per la necessità di limitare la diffusione del contagio. Recentemente è stato pubblicato su JACC: Cardiovascular Imaging (5) un lavoro in cui un gruppo di ricercatori cinesi di Wuhan ha valutato in maniera retrospettiva la presenza di coinvolgimento cardiaco in una **popolazione di 26 pazienti (età mediana 38 anni, 10 maschi) guariti dall'infezione da SARS-COV-2 e sottoposti a RMC per successiva compar- sa di sintomi cardiaci quali palpitazioni e/o dolori toracici**. Nessuno dei pazienti aveva storia di cardiopatia ischemica o peggiorata miocardite. Il protocollo di RMC comprendeva sia le sequenze conven-

zionali di RMC. In particolare, 14 (54%) mostravano **un quadro di edema e 8 (31%) un pattern di fibrosi subepicardica e intramiocardica in sede inferiore e infero-laterale al LGE**. In questi pazienti **coesisteva una ridotta funzione ventricolare destra** indicata da ridotti valori di frazione di eiezione, stroke volume e indice cardiaco, mentre solo un paziente presenta una frazione di eiezione del ventricolo sinistro ridotta (45%).

All'analisi quantitativa mapping, l'intensità del segnale in T1 e T2 e l'ECV era significativamente aumentata nei pazienti con presenza di edema e/o fibrosi alla RMC convenzionale rispetto ai pazienti senza edema e/o fibrosi e ai soggetti normali (mediana e RI: T1 1,271 ms [1,243 - 1,298 ms] vs. 1,237 ms [1,216 - 1,262 ms] vs. 1,224 ms [1,217 - 1,245 ms]; media \pm DS: T2 42.7 \pm 3.1 ms vs. 38.1 ms \pm 2.4 vs. 39.1 ms \pm 3.1; mediana e RI: ECV 28.2% [24.8% - 36.2%] vs. 24.8% [23.1% - 25.4%] vs. 23.7% [22.2% - 25.2%]; p = 0.002; p < 0.001, and p = 0.002, rispettivamente). Inoltre nei pazienti con evidenza di fibrosi al LGE era presente un incremento del segnale anche nelle regioni remote del miocardio, indicando **un coinvolgimento diffuso del miocardio nei fenomeni di edema (T2 mapping) e fibrosi (T1 mapping ed ECV mapping)**.

Questo lavoro di Huang L e coll., seppure su un numero limitato di pazienti, appare molto interessante poichè aggiunge nuove evidenze sul coinvolgimento cardiaco in corso di infezione da SARS-

zionali cine, T2-pesate e late gadolinium enhancement (LGE) che le sequenze quantitative di mapping T1, T2 ed extracellular volume (ECV). Come popolazione di controllo è stato utilizzato un gruppo, paragonabile per età e sesso, di 20 soggetti sani sottoposti a RMC nello stesso centro. Tra i pazienti guariti da COVID-19, 15 (58%) avevano reperti patologici alle sequenze convenzio-

COV-2 e ha delle rilevanti implicazioni cliniche e di ricerca. Infatti è probabile che l'occorrenza di una miocardite possa essere piuttosto frequente in questi pazienti e che la diagnosi sia sottostimata in quanto la RMC non viene eseguita di routine durante o dopo la fase acuta della malattia. **Se l'edema o la fibrosi miocardica permangono nei mesi/anni successivi all'infezione da SARS-COV-2 non è noto.** Inoltre se tali esiti possano avere **un ruolo nel determinare un rimodellamento sfavorevole** merita di essere valutato in studi successivi. Infatti, sebbene nello

studio di Huang e coll, la presenza di una disfunzione ventricolare sinistra sia stata osservata solo in un paziente, non si può escludere che, su una popolazione più ampia, lo sviluppo di una cardiomiopatia possa essere meglio apprezzato e quantificato. Inoltre è anche possibile che **sia necessario un intervallo temporale maggiore per la sviluppo di una disfunzione ventricolare sinistra**; infatti in questo studio la RMC veniva eseguita piuttosto precocemente dopo la guarigione. Per contro, la **disfunzione ventricolare destra è stata descritta già precocemente** in tutti i pazienti con evidenza di edema e fibrosi. Ciò può indicare la maggiore suscettibilità del ventricolo destro alla disfunzione contrattile in una condizione di danno polmonare e di stress respiratorio.

In conclusione, sulla base dei dati di questo studio, è possibile ipotizzare che **valutazioni seriate con RMC possano essere utilizzate per identificare**, tra i pazienti guariti da COVID-19, quelli che potrebbero essere a **maggior rischio di futuri eventi aritmici e/o di scompenso cardiaco.** Studi prospettici che testino questa ipotesi sono auspicabili.

Bibliografia

Tavazzi G, Pellegrini C, Maurelli M, et al. Myocardial localization of coronavirus in COVID-19 cardiogenic shock. *Eur J Heart Fail.* 2020;22:911-915.

Buja LM, Wolf DA, Zhao B, et al. The emerging spectrum of cardiopulmonary pathology of the coronavirus disease 2019 (COVID-19): Report of 3 autopsies from Houston, Texas, and review of autopsy findings from other United States cities. *Cardiovasc Pathol.* 2020 Sep-Oct;48:107233.

Sala S, Peretto G, Gramegna M, et al. Acute myocarditis presenting as a reverse Tako-Tsubo syndrome in a patient with SARS-CoV-2 respiratory infection. *Eur Heart J.* 2020;41:1861-1862.

Inciardi RM, Lupi L, Zaccone G, et al. Cardiac Involvement in a Patient With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *JAMA Cardiol.* 2020;5:819-824.

Huang L, Zhao P, Tang D, et al. Cardiac Involvement in Patients Recovered From COVID-2019 Identified Using Magnetic Resonance Imaging. *JACC Cardiovasc Imaging.* 2020 Nov;13:2330-2339.

tra i libri ricevuti



Lettere a Cuore e Salute

DOMANDA

Statine e danno muscolare: mito o realtà?

Sento spesso dire, ad essere sincero soprattutto nelle chiacchiere tra pazienti, che le statine possono essere dannose, anche in maniera irreversibile, per i muscoli. È vero?

Eugenio B., Mantova



RISPOSTA

Gentile Sig. Eugenio,

quando il cardiologo prescrive la statina ad un paziente, molto spesso si scontra con un suo franco scetticismo al riguardo. L'obiezione principale è costituita proprio dal timore di danni muscolari.

In realtà nei trials che hanno mostrato l'efficacia clinica di questi farmaci, l'incidenza di dolori muscolari in chi li assumeva non era dissimile da quella che compariva in chi riceveva invece il placebo.

È quindi difficile spiegare la marcata discrepanza con quello che viene invece comunemente riferito dai pazienti. Per approfondire tale argomento un recente studio pubblicato sull'European Heart Journal ha rivalutato i risultati di tre grandi trials (HPS, SEARCH e HPS2-THRIVE), che hanno complessivamente trattato 58.390 pazienti con simvastatina, per una media di 3/4 anni.

Gli autori hanno diviso i sintomi muscolari (dolore e/o stanchezza) in due categorie: quelli associati a danno muscolare (evidenziato da un aumento > 10 volte della concentrazione ematica del CK, enzima il cui incremento

nel sangue è appunto espressione di tale danno) e quelli non associati a danno. Il primo tipo di disturbo si è verificato nello 0,3% dei pazienti, il secondo nel 26%. Tali dati, dunque, confermano l'estrema sicurezza dell'uso della statina e ribadiscono l'importanza, in assenza di vero danno muscolare, del proseguimento di tale terapia, causa l'elevato, rischio di recidive di eventi cardiovascolari cui si espone chi se ne priva.

Rimane da spiegare la grande differenza numerica tra la minoranza che sperimenta un dolore di cui si trova effettiva giustificazione e la gran parte che invece non ha danno muscolare.

Che sia colpa dell'effetto nocebo?

Cordialmente.

Filippo Stazi

DOMANDA

Valori del colesterolo

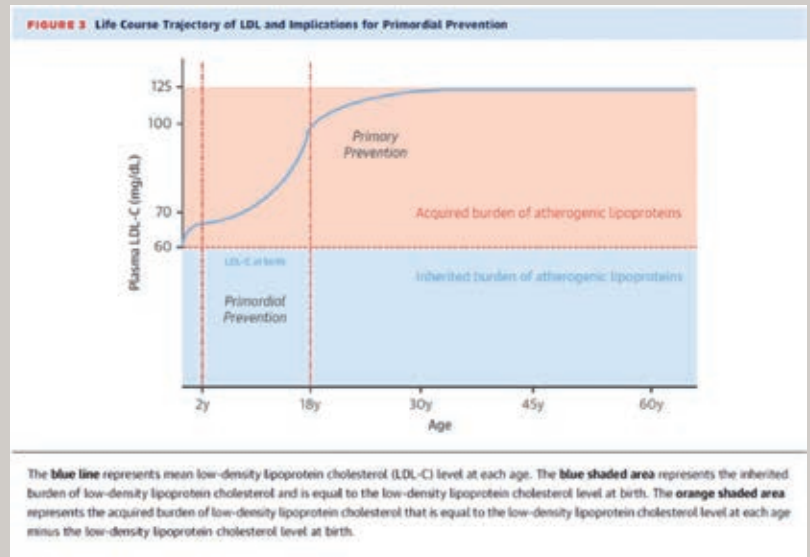
Buongiorno,
vorrei cortesemente chiedere come sia possibile, nello stile di vita occidentale, arrivare a una percentuale di LDL non oltre i 116 (sino a poco tempo fa si parlava di non superare i 160, poi i 130) e se ha sempre valore l'indice di rischio dato da Colesterolo totale/ HDL e il calcolo del colesterolo non HDL.

Grazie

Giovanni Antonio F., Grosseto

RISPOSTA

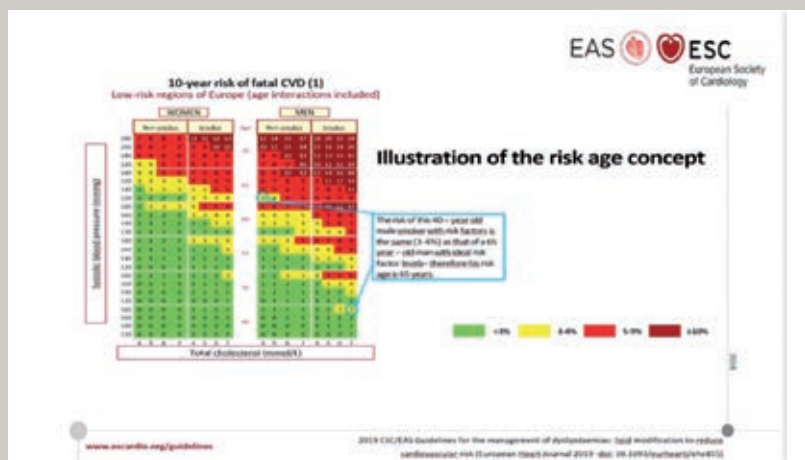
Caro Sig. Giovanni,
la ringrazio delle domande, per quanto riguarda il valore raccomandato di LDL non superiore a 116 che risulta, come giustamente ricordava, inferiore ai valori proposti in precedenza dalle Linee Guida internazionali nasce da questa osservazione: alla nascita e nei primi anni di vita il colesterolo è molto più basso, ad evidenziare che i livelli che abbiamo in età adulta sono in eccesso rispetto alle richieste fisiologiche di colesterolo (componente delle membrane cellulari, precursore degli acidi biliari e della vitamina D). Da qui lo sforzo graduale di ridurlo a livelli meno aterogenici.



Il rapporto colesterolo totale/HDL era un calcolo che veniva usato anni addietro. In particolare il valore non doveva essere superiore a 4.5 nell'uomo e 5 nella donna.

In termini di valutazione del rischio cardiovascolare, stabilire il rapporto tra Totale e HDL è preferibile alla stima del rapporto tra LDL e HDL. Infatti, i valori di colesterolo totale dipendono anche dalle concentrazioni plasmatiche di VLDL, ricche di trigliceridi e per questo direttamente correlate all'aumento del rischio cardiovascolare. Tuttavia il rapporto tra colesterolo totale e colesterolo HDL non aiuta a stabilire un'adeguata strategia

terapeutica per ridurre il rischio cardiovascolare. A tal proposito è importante valutare i livelli assoluti di colesterolo HDL e LDL, poiché esistono farmaci in grado di intervenire positivamente soprattutto sulle LDL ed eventualmente considerare il colesterolo HDL per una stima più predittiva del rischio cardiovascolare.



Le linee guida internazionali indicano il colesterolo non-HDL come obiettivo terapeutico nei pazienti con trigliceridemia superiore ai 200 mg/dl, pazienti con diabete mellito di tipo 2, nei quali il colesterolo veicolato da lipoproteine diverse dalle LDL, in particolare VLDL e IDL, dà un contributo rilevante al rischio cardiovascolare.

Il calcolo del colesterolo Non – HDL= colesterolo totale – HDL

Il colesterolo non HDL rappresenta una misura indiretta della somma di tutte le lipoproteine aterogene (VLDL, IDL, LDL ed Lp(a)). Il colesterolo non HDL è correlato al rischio di eventi cardiovascolari e può essere utilizzato come parametro terapeutico target.

Le suggerisco anche la lettura delle ultime Linee Guida del colesterolo Europee che sono molto esaustive (ESC 2019).

Prof. Alberto Corsini
Direttore del Dipartimento
di Scienze Farmacologiche e Biomolecolari
Università degli Studi di Milano

di Filippo Stazi

Quadri e Salute



Persona con mano dolorante è un quadro dipinto dal pittore russo Vasilij Ivanovič Surikov.

Surikov, discendente da una vecchia famiglia di cosacchi, nacque in Siberia, a Krasnojarsk, nel 1848. Il suo paese natale era talmente isolato, mancava ad esempio di collegamenti ferroviari, che quando il pittore decise di andare a studiare a San Pietroburgo, dovette raggiungere l'allora capitale dell'impero russo con una carovana che trasportava pesce congelato.

Aderì alla *Società degli espositori ambulanti*, associazione artistica russa della seconda metà del XIX secolo, che si opponeva all'arte tradizionale dell'accademia di Pietroburgo, e che si prefiggeva di liberare l'arte russa dall'influenza straniera e di rappresentare la realtà della vita, rendendo così comprensibile l'arte al popolo.

Nel 1875 si trasferì a Mosca, dove affrescò la cattedrale del Redentore. Nel 1878 sposò una donna francese, Elisabeth Charais, che gli donò due figli ed una vita matrimoniale felice, anche se purtroppo breve, in quanto morì nel 1888.

Nella sua carriera ha dipinto un centinaio di ritratti, in cui emergono chiaramente la sua cura dei dettagli e la particolare maestria nel rappresentare la figura femminile, ma la celebrità gli è derivata dalle 9 tele di soggetto storico che lo hanno fatto considerare il più grande pittore storico della Russia. Per i suoi quadri predilesse i momenti più tragici della storia russa, rivisutati con intensa drammaticità.

Negli ultimi anni della sua vita fu affetto da problemi coronarici. Nel 1915 tentò anche un inutile viaggio in Crimea per cercare di migliorare le sue condizioni di salute. Tornato a Mosca morì l'anno successivo.

Nel ritratto *Persona con mano dolorante* è raffigurato un uomo di una certa età, con la mano sinistra arrossata ed edematosa, forse per una frattura o una lussazione oppure per un problema di artrosi. Per il quadro Surikov usò come modello una persona veramente malata, così da poterne ritrarre realisticamente la sofferenza.



di Paola Giovetti

Il “miracolo permanente” della voce di Clelia Barbieri, una santa speciale.

È noto che la vita di mistici e santi è costellata di fenomeni straordinari e inspiegabili: oltre alle estasi e alla stigmatizzazione, abbiamo telepatia, profezia, bilocazione, levitazione, guarigioni prodigiose, astinenza prolungata da cibi e bevande, profumi e odore di santità, ipertermia e altro ancora. Ma il fenomeno di cui vogliamo parlare oggi è unico: si tratta di una sorta di miracolo permanente, di cui è protagonista santa Clelia Barbieri (1847-1870): quello della sua voce che continua a farsi sentire a chi è capace di udirla, a chi, per misteriosi disegni, è destinata.

La breve ma intensa parabola terrena di Clelia è semplice ed esemplare.

Nata in una famiglia molto povera ma unita e affettuosa a Le Budrie, frazione di San Giovanni in Persiceto (Bologna), dimostrò fin da piccola una grande devozione e il desiderio di essere di aiuto alla mamma e alla sorellina minore (quando Clelia aveva otto anni era morto il padre a causa del colera) e al parroco per le necessità della gente.

Intelligente, molto bella, dotata di un forte carisma subito percepito da tutti, Clelia rifiuta il matrimonio sentendosi portata per la vita consacrata. Non avendo però la possibilità di entrare in convento per mancanza della dote a quel tempo necessaria, nonostante le precarie condizioni di salute progetta insieme ad alcune amiche una vita dedicata agli altri: istruzione alle bambine che spesso a quel tempo non ricevevano alcuna educazione, assistenza agli ammalati, veglia dei morti, catechismi ai ragazzi, lavoro di cucito e al telaio per mantenersi. Il parroco don Guidi capisce il valore della proposta, sostiene Clelia e le sue amiche e mette a loro di-



Clelia Barbieri

Le Budrie. Il santuario di Santa Clelia Barbieri, a destra in primo piano la casa dove visse con le amiche, gli edifici sorti successivamente per ospitare le suore e le loro attività.

sposizione una piccola casa di fronte alla chiesa: si chiamerà il Ritiro e sarà il centro delle attività delle fanciulle.

Clelia è il cuore e l'anima di tutto; è malata di tubercolosi, ma trova sempre la forza per andare avanti, incoraggiare e guidare le amiche, svolgere i compiti che si è proposta. È giovanissima, venti anni appena, ma tutti, anche gli adulti e gli anziani, sentono in lei la persona speciale e la cercano per aiuto e consiglio.

La salute di Clelia viene sempre più declinando. Tre anni dopo la fondazione del Ritiro, anni intensi e attivissimi durante i quali il carisma e la vocazione della fondatrice hanno modo di dispiegarsi in modo completo, Clelia si spegne: ha 23 anni, è il 13 luglio 1870. Muore circondata dalla mamma, dalla sorella, dalle amiche e le sue ultime parole per consolare chi le è accanto e piange sono: "State di buon animo, io me ne vado in cielo; ma sarò sempre con voi e non vi abbandonerò". Poco dopo serenamente spira.

Negli anni successivi il Ritiro fu riconosciuto dalla Chiesa e fu istituito l'Ordine delle Minime dell'Addolorata che si dedicano alle attività indicate da Clelia: scuola per i bambini, assisten-



za agli ammalati, aiuto ai parroci per le necessità parrocchiali. Clelia ha mantenuto in una maniera inattesa e unica la promessa di non abbandonare la sua comunità: un anno dopo la sua morte, mentre nella stanza dove era spirata la si ricorda e si prega per lei, quasi tutti i presenti sentono una voce angelica che accompagna le preghiere e che tutti riconoscono. Ecco come fu raccontato il fatto da suor Imelde Becattini: "Un anno dopo la morte della fondatrice Clelia Barbieri, e precisamente il giorno anniversario, cioè il 13 luglio 1871, nella camera dov'essa morì, già convertita in cappella, mentre le giovani sue compagne pregavano, udirono per la prima volta, e quasi tutte, una voce angelica che accompagnava le loro preghiere. Questa voce angelica più volte in seguito si udì. Da tutte le giovani del Ritiro si pensò e si pensa anche oggi che quella voce che a quando a quando si fa sentire sia quella della loro amata fondatrice

Clelia Barbieri, che fedele alla promessa loro fatta di non abbandonarle e di restare di continuo in mezzo a loro, si fa sempre sentire per animarle e invogliarle alla perseveranza anche in mezzo alle privazioni, alle fatiche e alle controversie di ogni genere...": così viene descritto un fenomeno che si verifica da un secolo e mezzo, cioè dal 1871, anno successivo alla morte di Clelia. La voce della ragazza de Le Budrie, che nel frattempo è stata canonizzata, continua a farsi sentire a suore, sacerdoti e laici sia nei suoi luoghi che altrove: viene udita anche in Africa e in Asia, nelle missioni create in quei paesi dalle Suore Minime dell'Addolorata, la congregazione fondata dopo la morte di Clelia sul suo esempio e la sua missione. Sentono la voce anche persone che ignorano tutto di questa tradizione e che ne riferiscono con grande stupore.

Le testimonianze sono tantissime e sono state raccolte in un volume che ha avuto un ruolo



“Dal 1916 al 1918 prestai servizio come aiutante nell’Ospedale Seminario di Bologna, dove ebbi il piacere di conoscere le Minime dell’Addolorata che mi invogliarono ad assumere notizie della vita di madre Clelia. Ebbi gli appunti storici del cardinale Gusmini² che lessi avidamente e con la massima attenzione. Però a onor del vero, la voce misteriosa di cui il Prelato parla mi sembrava poco conso-

importante anche nel processo di canonizzazione. La voce di Clelia ha anche carattere oracolare, nel senso che se risuona lieta annuncia cose positive, se è triste annuncia al contrario eventi dolorosi. Soprattutto la voce accompagna i canti e le preghiere dei devoti e ancora oggi fa sentire la presenza costante di Clelia e la sollecitudine per la sua gente, i suoi luoghi, la sua missione.

Una voce amica che non abbandona mai e che parla di vicinanza, di fedeltà alla promessa, di soprannaturale¹. Ecco per esempio la testimonianza di un sacerdote che aveva sentito parlare della voce di Clelia ma non aveva dato alcun credito alla cosa:

na alla serietà dell’Ordine e della Religione. Non feci motto ad alcuno. Intervenendo alle funzioni serali nella Cappella dell’ospedale, con mia grande sorpresa ascoltai una voce indistinta che accompagnava quella del sacerdote nella recita del santo rosario. Entrai in dubbio che fosse la voce misteriosa. Tornai la sera dopo, ritornai le sere successive, e la voce, che non era certissimamente quella del sacerdote, nè quella del servante, che fra l’altro era un prigioniero austriaco che parlava a stento l’italiano e pronunciava male le preci in latino, ne’ di altri soldati presenti, ne’ poteva essere l’eco di alcuno... la voce, dico, si fé sentire ripetutamente, distintamente, celestialmente. Nel congedarmi dalle buone suore dell’ospedale dissi loro: Credo che madre Clelia, mediante la sua voce argentea, sia con voi, per voi, in voi...”.

Molto particolare l’esperienza di suor Nazzarena Tassinari, che a ventun anni entrò nell’istituto creato da Clelia, ma sentendosi chiamata per la vita contemplativa desiderava andarsene, rinunciando a condividere la vita di intenso lavoro delle Minime. Ne parlò anche al parroco Don Guidi, che la lasciò libera di fare come voleva.

Ed ecco cosa avvenne, con le parole stessa della protagonista: “La sera stessa, dicendo io le preghiere di comunità con alcune

1. Si veda: G. Orietti: La voce misteriosa della serva di Dio Clelia Barbieri, Grafica Emiliana Bologna 1953 e Paola Giovetti: Santa Clelia Barbieri, una biografia, Edizioni San Paolo 1994

2. Il cardinale Giorgio Gusmini si era molto interessato alla vita di Clelia, aveva capito che era una santa e aveva promosso la causa di canonizzazione. Con riferimento alla voce compì una vasta indagine che lo convinse della realtà dei fatti e nel 1917 pubblicò un libro dove dà ampio spazio alle testimonianze sulla voce: Clelia Barbieri e le Minime dell’Addolorata, Appunti storici. Tipografia Arcivescovile di Bologna 1917, ristampa anastatica 1989

suore nella cappellina dell'istituto, sempre triste e risoluta ad andarmene, all'improvviso sentii una voce che ritenevo di una consorella che mi sollevò talmente da dissipare ogni tristezza...". La giovane cercò poi la suora che aveva quella voce e non la trovò; e da madre Orsola seppe poi che quella voce che l'aveva confortata era quella della fondatrice. Suor Nazzarena rimase a Le Budrie e sentì la voce molte altre volte. La sua conclusione è questa. "Io ritengo questa voce una manifestazione miracolosa, tanto più che porta quiete allo spirito e maggior incitamento a ben operare, come attestano tutti quelli che l'hanno sentita".

Ma la voce di Clelia Barbieri non appartiene solo al passato: viene udita ancora oggi. In più occasioni il tono della voce ha preannunciato fatti lieti o tristi. Nel corso della mia inchiesta tra le Minime per scrivere la biografia della fondatrice (pubblicata dalle Edizioni San Paolo) ho potuto avere diverse testimonianze dirette di suore che hanno udito la voce miracolosa. Per esempio suor Alma ha raccontato: "Io l'ho sentita una volta nel 1956, a Sant'Agata Bolognese; ero a messa, c'erano

solo bambini e vecchi. Quando il sacerdote intonò un canto, sentii una voce femminile proprio sopra la mia testa, alta, forte, lieta. Il sacerdote mi guardò stupito, non poteva credere che fossi io. Pensai subito che quella voce lieta annunciasse qualcosa di buono, che la mamma di una consorella, che era molto malata e per la quale facevamo una novena, si era ripresa. La voce di Clelia è triste o lieta a seconda delle situazioni, ci prepara ai fatti, ci avverte, non ci fa sentire mai sole".

Nel caso sopra descritto la voce fu sentita in maniera indipendente dalla suora e dal sacerdote, che la percepirono contemporaneamente con grande stupore.

Suor Corrada, che incontrai alla casa generalizia delle Minime di Bologna, ha vissuto un'esperienza analoga a quella di Nazzarena Tassinari: "Avevo diciotto anni, ero novizia ed ebbi un ripensamento sulla scelta dell'istituto: pensavo di essere chiamata alla vita monastica più che alla vita apostolica. Per vari mesi rimasi preoccupata perché dovevo decidere per la vita. Nel frattempo ebbi l'occasione di fare un pellegrinaggio a Le Budrie sulla tomba di madre Clelia con le mie compagne di noviziato, e in quell'occasione chiesi alla fondatrice di farmi sentire la sua voce come segno che mi desiderava nella



sua famiglia, e il giorno dopo, nella preghiera di mezzogiorno, sentii in alto, chiarissima, una voce quasi di bambina che pregava con noi. Smisi di pregare per tre giorni, mi limitavo ad ascoltare: la voce era sempre là, diversa da quella delle suore e inconfondibile. Ebbi la certezza che si trattava della voce di Clelia quando la sentii pregare con la solista, sentii due voci invece di una. Da allora per dieci anni l'ho sentita sempre, ogni volta che si pregava comunitariamente. In seguito, come al presente, più di rado. È una voce che non turba, ma lascia sereni e gratificati. A volte accompagna anche il canto, e allora è ancora più suggestiva". Nel corso della mia inchiesta incontrai anche don Arturo, par-

roco a Le Budrie. Anche a lui è stato concesso di udire la voce in due occasioni: "La prima volta fu nel 1992, stavo pregando nella casa dove era vissuta Clelia quando sentii echeggiare una voce sublime. Lì per lì pensai che fosse una suora, poi mi resi conto che la voce era molto più alta del normale. Il timbro era inconfondibile, non umano. La seconda volta fu nel 1993; ero in oratorio prima della messa e mentre recitavo le lodi sentii Clelia che pregava e parlava accanto a me. Mi disse cose personali, che devo restare segrete tra me e lei. Rimasi turbato, commosso, fu una cosa bellissima..." Le testimonianze che ho riportato sono soltanto una minima parte di quelle che si conoscono. Il "miracolo permanente"

dell'audizione della voce di Clelia Barbieri, di per sé fenomeno soggettivo, diviene oggettivo quando si presenta in circostanze particolari, quando per esempio chi l'ode non era informato del fatto e tuttavia lo riferisce negli stessi termini degli altri testimoni, o quando più persone sentono, una indipendentemente dall'altra, la stessa cosa. Ciò è avvenuto molte volte: non ci sono quindi motivi per dubitare dell'autenticità di quanto viene riferito.

La voce di Clelia Barbieri è un fenomeno che le somiglia: semplice, diretto, delicato e dolce, rivolto al singolo e alla comunità. È un fenomeno unico nel suo genere, come per tanti aspetti è unica l'umile ragazza de Le Budrie nella storia della mistica e della santità.

“

Poesia ricreativa

Gabriele Galloni è un poeta romano, scomparso a soli 25 anni nel 2020, stimato dalla critica come una promessa, forse non ancora sorretto dall'esperienza, ma con un'ispirazione e una musa ben evidenti, riporto questo brano che appartiene alla raccolta *L'estate del mondo*, espressione delle sue sensazioni vissute nella riviera laziale:

*“Agosto. Non sappiamo che aspettarci
da una Luna così, sembra di lattice,
un guanto rotto a precipizio sopra
le magnolie del tuo giardino; pronta*

*a cadere, a tornare in fondo al mare
come all'inizio della storia umana.
Ché i primi uomini (siamo noi adesso)
Non sapevano nulla della notte.”*



Eligio Piccolo

”

IL CUORE IN CUCINA

di Marina Andreani



Focaccia veloce

Ingredienti per 4 persone:

300 gr. di farina (volendo anche integrale)
150 gr. di acqua
2 cucchiaini di olio evo
1 cucchiaino di sale
1 bustina di lievito istantaneo per torte salate
Rosmarino q.b.
Sale grosso facoltativo

Preparazione

Mettere in una ciotola farina, sale, olio e versare acqua lentamente. Aggiungere il lievito e impastare molto bene fino ad ottenere un impasto uniforme e liscio.
Stendere su teglia da forno precedentemente foderata con carta da forno.
Spargere sopra il rosmarino e un giro di filo d'olio, chi vuole anche del sale grosso.
Infornare a 180 gradi per 25/30 minuti.

Varianti

Condire con pomodorini, olive e un filo d'olio.

Buon Appetito!

aforismi

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

> *Franz Fischer*

È soprattutto l'amore dell'uomo per sé stesso che fa sopravvivere la specie.

> *Roberto Gervaso*

Guardando indietro, si scopre che degli anni si sono decisi in pochi minuti.

> *Jean Josipovici*

Ci sono le balle, le megaballe e le statistiche.

> *Mark Twain*

Si capisce che è un leader. Più del discorso cura il riassunto per la stampa.

> *Dino Basili*

Il fieno ha un profumo per il cavallo e un altro ancora per gli innamorati.

> *Stanislaw J. Lec*

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

> *Roberto Gervaso*

In generale, per andare d'accordo con le donne, il segreto è avere torto.

> *Achille Campanile*

La solitudine non ci lascia mai soli.

> *Mario Malpetti*

Basta con questo Sostituto Procuratore della Repubblica!

Il titolare dov'è?

> *Roberto Benigni*

Stai attento a non finire sotto la ruota della fortuna altrui.

> *Stanislaw J. Lec*

Parlare spesso fa bene perché ci illumina su cosa non dire più.

> *Dina Vettore Tanziani*

Lo stile è dimenticare tutti gli stili.

> *Jules Renard*

Alcuni amici si vedono nel momento del bisogno, il loro.

> *Alex*

Gli uomini che non hanno mai tempo sono quelli che fanno pochissimo.

> *Georg Christoph Lichtenberg*

Oggi i funerali si fanno in automobile per non interrompere il ritmo della vita moderna.

> *Jean Charles*

La felicità è nel nostro gusto, non nelle cose.

> *Pitigrilli*

Il giorno che vorrò castigare una provincia, la farò governare da un filosofo.

> *Federico III*

Non esiste più la compagnia ma un insieme di tante solitudini.

> *Flavio Oreglio*

Odierò, se potrò, altrimenti amerò contro voglia.

> *Ovidio*

Non basta fare il bene, bisogna anche farlo bene.

> *Denis Diderot*

La democrazia è fragile e a piantarci sopra troppe bandiere si sgretola.

> *Enzo Biagi*

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



CORPO ESTRANEO di Eligio Piccolo

"Nasce l'uomo a fatica,/ ed è rischio di morte il nascimento,/ prova pena e tormento/ per prima cosa". Giacomo Leopardi



LA RUOTA di Eligio Piccolo

Quando negli anni cinquanta giunsi a Città del Messico per imparare la cardiologia, così come altri colleghi prima e dopo di me, fu come arrivare in un altro pianeta.



LA QUERELA di Eligio Piccolo

Viene dal latino "quero", cerco, chiedo per ottenere, ed è la richiesta per via giudiziaria di qualcuno contro altri o altro, nella presunzione che questi abbiano offeso i propri diritti o la reputazione.

PER RICEVERE LA NEWSLETTER OGNI MESE CLICCA QUI



INVIA AD UN AMICO



www.centrolottainfarto.org

Congresso

Conoscere e Curare il Cuore **2021**

7-8-9-10 ottobre



Firenze
Fortezza Da Basso