

Cuore e Salute

N. 1-3 gennaio-marzo 2022

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

Anche il cuore è con Greta

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

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



Centro per la Lotta
contro l'Infarto
Fondazione Onlus

di Antonella Labellarte



FOCUS ON: SCOMPENSO CARDIACO ACUTO - NUOVE LINEE GUIDA ESC 2021 (PARTE 1)

di Debora Russo

Lo scompenso cardiaco acuto è una condizione patologica ad esordio rapido o graduale, caratterizzata da sintomi e segni di scompenso cardiaco di severità tali da richiedere una valutazione medica urgente.



FOCUS ON: SCOMPENSO CARDIACO ACUTO (PARTE 2)

di Debora Russo

Le nuove linee guida propongono un algoritmo interessante sul management della terapia diuretica, che è basato sull'opinione di esperti, non essendoci trial randomizzati controllati che hanno dato raccomandazioni con evidenza maggiore.



FOCUS ON: SCOMPENSO CARDIACO ACUTO (PARTE 3)

di Debora Russo

I diuretici per migliorare i sintomi sono passati da un'indicazione di classe IIb alla classe I livello C. I vasodilatatori (es. nitrati) sono passati dalla classe IIa a quella IIb perché due trial hanno dimostrato che la vasodilatazione di routine in tutti i pazienti non dà beneficio.

SOSTIENICI

Web designer Donata Piccioli

www.centrolottainfarto.org



Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Presidente
Francesco Prati

Presidente onorario
Mario Motolese

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

EDUCAZIONE SANITARIA

Il CLI promuove l'educazione sanitaria attraverso:

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

CULTURA MEDICA

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

RICERCA SCIENTIFICA

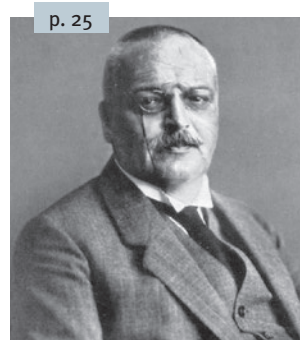
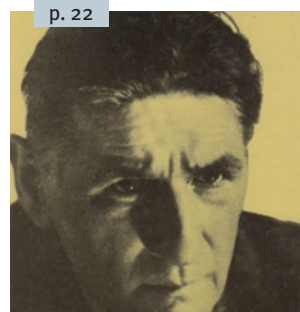
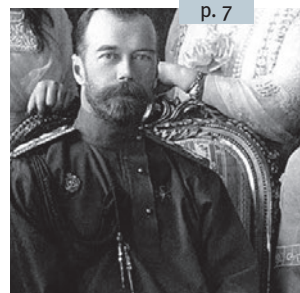
Il CLI ha avviato un innovativo programma di ricerche sperimentali rivolte a prevenire ed individuare le cause e i meccanismi dell'infarto. Il programma, che comprende tre filoni: la prevenzione, il riconoscimento delle cause ed il miglioramento delle cure, prevede l'applicazione di strumentazioni d'avanguardia 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. 1-3/2022

- 4 • **Anche il cuore è con Greta** Eligio Piccolo
- 7 • **Morire con lo zar** Massimo Pandolfi
- 12 • **L'anima gemella? Ha i tuoi stessi fattori di rischio**
Filippo Stazi
- 14 • **Medicina medievale: Lettera su come ha da essere il medico [F.S.]**
- 15 • **Il medico può ancora esprimere un'opinione?** Pier Luigi Prati
- 19 • **Qualche secondo di buon umore**
- 22 • **Hermann Broch "La morte di Virgilio". Letteratura e politica**
Alberto Dolara
- 25 • **Alzheimer, chi era costui** Eligio Piccolo
- 29 • **Quadri e Salute** Filippo Stazi
- 31 • **Poesia ricreativa [E.P.]**
- 32 • **Cento anni fa nasceva il Vittoriale degli Italiani** Paola Giovetti
- 35 • **CCC2021**
Quando il PFO fa paura: caratteristiche anatomiche e funzionali di alto rischio
Intervista di F.G. Biccirè a M. Zimarino



www.centrolottainfarto.com - 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
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 XXXV
n. 1-3 Gennaio-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 € 25,00 - Estero € 35,00

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

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



- 39 • **Lettere a Cuore e Salute**
- Cioccolato gioia proibita? Filippo Stazi
- 40 • **Dal sito del CLI**
Miocarditi e vaccino anti COVID-19: facciamo il punto
Laura Gatto
La gravidanza nelle donne affette da cardiopatie congenite: il sogno diventa realtà Vittoria Rizzello
- 46 • **Bullismo cardiologico. Altri e nuovi tempi** Eligio Piccolo
- 48 • **“L’aquilone nostro” [Cecco Gambizzato]**
- 49 • **Quando posso tornare a guidare?** Filippo Stazi
- 51 • **Inquinamento atmosferico e COVID-19** Aldo Di Giulio
- 55 • **Ecologia della spirito**
Dacci oggi il nostro astratto quotidiano Bruno Domenichelli
- 57 • **Gli analfabeti di medicina** Eligio Piccolo
- 59 • **Il drone è più veloce dell’ambulanza** Filippo Stazi
- 61 • **Il cuore in cucina**
- 62 • **Aforismi**



p. 39



p. 49



p. 59

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 **Elegio Piccolo**

Anche il cuore è con Greta

Strano fenomeno quello dell'“impertinente” Greta Thunberg, la bimba svedese che alcuni anni fa si è intromessa come un Giamburrasca nel giudicare i Grandi della Terra e attualmente, quasi maggiorenne e mettendosi alla pari con loro, reitera quel suo insolente “bla, bla, bla”. Un fenomeno che oggi, tempo di apparente addio alle armi, fa pensare a un personaggio geneticamente inaspettato, che si colloca in un connubio quasi assurdo fra Cappuccetto Rosso e Giovanna d'Arco: la prima, dalla nota favola dei fratelli Grimm, è una bimba che affronta i pericoli del bosco e del lupo per portare aiuto alla nonna malata; la seconda, la pulzella d'Orleans, è l'eroina francese che affronta il rogo decretato dalla “perfida Albione”. Greta non rischia tanto, a meno che in questo mondo pazzo un qualche “no-tutto” voglia fare l'Erostrato, il matto che incendiò il tempio di Artemide, per passare alla storia togliendola di mezzo. Lei sta tuttavia manifestando una tale grinta nella lotta per salvare il pianeta dal surriscaldamento da far apparire ridicoli ogni missile o corazzata delle grandi potenze.

Solidali con lei dovrebbero essere anche i medici, con i cardiologi e gli oncologi in prima fila. In effetti i dati scientifici e quelli dello studio sulle popolazioni le stanno



Bangladesh, il Paese più inquinato al mondo



Greta Thunberg

dando ragione. La rivoluzione industriale, giunta a un'intensità di sviluppo impensabile ai tempi in cui nacque, la sovrappopolazione e l'urbanizzazione incontrollate, lo sfruttamento incondizionato del sottosuolo, le conseguenze di tutto ciò e di quanto altro ancora serve per dare all'umanità il migliore confort, hanno generato benefici a un prezzo che nessuno oggi può più sostenere, pena i catastrofismi gridati da Greta e calcolati con inesorabile precisione diagnostica dagli scienziati che continuamente auscultano la nostra Terra, insostituibile pianeta. L'inquinamento atmosferico conseguente a quei progressi viene dato dagli esperti come il responsabile di 9 milioni di decessi nel 2019, 62% dei quali per malattie cardiovascolari. Le cause di questo smog, calcolando la concen-

trazione nell'aria dei PM2.5 o particolati, sono da ricercare in varie "schifezze": gas nitrogeni e sulfurici, monossido di carbonio, benzene, toluene, fumo di tabacchi, combustioni fossili, motori vari e molti altri che sarebbe lungo elencare. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stabilisce un limite di sicurezza del PM2.5 in 10 microgrammi per metro cubo d'aria, già per sé nocivo, ma gli statistici dicono che il 91% della popolazione mondiale supera quel limite sacrificando così dai 9 ai 12 milioni di decessi l'anno. Nell'Unione Europea la mortalità per l'inquinamento da PM2.5 nel 2019 è stata calcolata in 307.000 casi, con l'Italia al primo posto e la Germania al secondo, ma si potrebbe ridurla del 55% nel 2030 se azzerassimo tale inquinamento. Finora le nuove politiche han-

no ridotto lo smog e la letalità del 33% rispetto al 2005, ma future riduzioni appaiono molto impegnative. Specialmente se consideriamo che la mortalità da inquinamento è aumentata del 51% dal 1990 e che in un certo senso essa ha neutralizzato i vantaggi di maggiore vita e salute ottenuti a partire dal 1950 grazie alle terapie cardiovascolari.

Dagli studi di questo inesorabile rapporto fra inquinamento-temperatura atmosferica e le sue variabilità e aumento dei decessi per attacchi al cuore e ai vasi, ma anche per altre patologie, sono emerse ulteriori aspetti, come quello sociologico di maggior rischio tra le popolazioni meno abbienti, i "low-income" degli anglosassoni, rispetto ai benestanti, gli "high-income". Una metanalisi che ingloba 35 studi (Sah et al, Lancet 2013) ha rivelato

che ogni aumento di 10 microgrammi dei PM2.5 aumenta il rischio di mortalità o di insufficienza cardiaca, ma anche di fibrillazione atriale e aritmie ventricolari, di ipertensione, di insulino-resistenza e diabete. Infine, fra gli inquinanti dell'aria sono stati rilevati anche alcuni metalli: il piombo, responsabile di alcune ipertensioni, il magnesio che in eccesso causa to-

sicità neurologiche e vascolari, addirittura l'arsenico, protagonista di molti romanzi d'appendice, che è responsabile di coronaropatie e arteriopatie degli arti nel Bangladesh e a Taiwan. Di tutti questi agenti nocivi e degli altri già menzionati non si conoscono gli esatti meccanismi d'azione sul cuore, sui vasi e sui tumori ma si pensa a processi infiammatori, a inibizione degli antiossidanti, a stress ossidativo e ad alterazioni del tono dei nostri vasi, concetti complicati per l'uomo qualunque, ma non agevoli nemmeno per i medici.

Negli Stati Uniti si è calcolato che ogni dollaro speso dal

1970 per la prevenzione ne ha fruttati trenta, un risultato che ci riporterebbe, con il dovuto rispetto, alla parabola dei talenti nei Vangeli. Greta, giustamente, direbbe però che questo è solo un piccolo segnale cui deve seguire un impegno che finora i Grandi, ma anche molti Piccoli, non hanno dato, dimentichi così del precetto evangelico di "porre mano all'aratro senza voltarsi indietro".



Surriscaldamento globale



di **Massimo Pandolfi**

Morire con lo Zar

In genere si dice “morire per” quando si sacrifica la propria esistenza per un ideale o per un potente al quale dobbiamo tutto, anche la vita stessa. Certamente, nei molti anni tormentati nella storia della Russia, in tanti sono morti per lo Zar. Viene da sorridere ad assistere alla sostituzione della nostra bella lingua con termini derivati da nazioni che in antico furono sottomesse alla nostra civiltà. Tanti termini latini derivarono dalla Grecia, la cui cultura non fu saccheggiata ed estinta dai romani, che anzi su quelle basi costruirono una propria lingua, dalla quale deriva l'italiano e tante altre parole di popoli che finirono sotto i rostri delle aquile romane. Anche Zar, come Kaiser, prende spunto da Caesar; il tedesco Volk, popolo, quello della conosciuta Volkswagen, da vulgus (popolino in latino, che lasciava il più romano populus agli abitanti della sola Roma). Per chi preferisce l'inglese tante città britanniche famose per motivi calcistici come Manchester, Leicester e altre derivano il nome dal fatto che erano accampamenti militari romani (castrum o castra, da cui chester). Fieri quindi di parlare italiano, vogliamo ricordare un medico che sarebbe volentieri morto per lo Zar di tutte le Russie, Nicola II, ma per il solito scherzo del destino incontrò la nera signora con l'erede dei Romanov e tutta la sua



Il Maggiolino della Volkswagen



Il santone Rasputin

famiglia, a Ekaterinburg, il 17 luglio 1918. Questa breve storia ricorda gli ultimi momenti della sua vita, di lui vissuto a corte come archiatra dello zar e dei suoi tentativi di curare i mali terreni della famiglia Romanov, fino a quando il vento della rivoluzione di ottobre portò via la corona, i loro sogni e le loro vite.

Il povero ingegnere Nikolaj Ipat'ev si sarebbe messo le mani nei capelli, se li avesse avuti. Guardava la sua casa, che aveva acquistato grazie ad anni di lavoro, forse per l'ultima volta. I membri del soviet erano stati chiari: in un giorno doveva lasciare libera la sua proprietà, che ora apparteneva alla rivoluzione. L'attività era frenetica intorno all'edificio: una palizzata in legno stava nascondendo tutto il primo pia-

no e le finestre erano divenute impenetrabili, i vetri coperti da uno strato di vernice bianca. Quando aveva osato chiedere una spiegazione, il funzionario bolscevico aveva ghignato che sarebbe diventata "la casa dello scopo particolare".

Il dottor Botkin era stranamente nervoso, quella sera, nella sua stanza proprio in quella casa che i bolscevici avevano sequestrato all'ignaro Nikolaj Ipat'ev. Erano passati giorni dal suo arrivo, assieme al pallido zarevic, l'erede dell'impero di tutte le Russie, impero che era crollato sotto i colpi della rivoluzione d'ottobre. Quando lo zar era sceso dal treno, nella piccola stazione fuori dalla città, il funzionario lo aveva apostrofato "dopo di te, cittadino Romanov" ad evidenziare che i giorni della disgrazia erano in pieno svolgimento. Tutta quell'agitazione era una cosa strana, per il medico, uomo sempre calmo, pacato, anche nei momenti più duri. Forse era la preoccupazione per lo zarevic Alessio, affetto da emofilia, che non riusciva a guarire della ferita all'inguine. Era un ragazzo pallido, malaticcio ma vivace e quindi sempre esposto a possibili lesioni che ne

avrebbero messo la vita in pericolo. L'aiuto che poteva dargli il dottor Derevenko era relativo: l'altro sanitario non viveva con loro e il peso della salute della famiglia reale ora era solo sulle sue spalle. C'era stato un periodo in cui aveva potuto tirare il fiato, da quando era stato ammesso a corte quel contadino siberiano, lo starec (*santone*) Gregorij Efimovic Rasputin.

Lui non credeva alle capacità esoteriche del siberiano ma evidentemente aveva almeno un effetto psicologico sul ragazzo che sembrava migliorato da quando l'eremita diceva di pregare per lui. Inoltre aveva conquistato la fiducia di Nicola e Alessandra; quest'ultima ormai si rivolgeva al dottor Botkin solo per parlare nella sua lingua madre, il tedesco, e non certo della salute dell'unico figlio maschio. Di quella parlava solo con Rasputin. Ora purtroppo il santone non c'era più, ucciso in casa del principe Yussupov, il suo cadavere sepolto chissà dove, anche se i reali non ne avevano perduto il ricordo. Anzi, erano stati addirittura felici di essere stati spediti in Siberia, potendo passare, nel tragitto verso l'esilio, dal paese natale di Ra-

Ritratto ufficiale della famiglia imperiale realizzato dalla Compagnia Levitskij nel 1913. Da sinistra a destra, in piedi: la granduchessa Marija e la zarina Aleksandra Fëdorovna; seduti: la granduchessa Ol'ga, lo zar Nicola II, la granduchessa Anastasia, lo zarevič Aleksej e la granduchessa Tat'jana



sputin, Pokrovskoe. Ma non era solo la salute di Alessio a preoccuparlo. L'intero corpo di guardia, con il quale le vivaci ragazze Romanov, Olga, Maria, Tatiana e Anastasia avevano familiarizzato e flirtato, causando improbabili innamoramenti nei giovani rivoluzionari, era stato cambiato e le facce dei nuovi carcerieri non gli erano piaciute, specialmente quella del loro comandante, quel Jakov Jurovskij. Eppure ne aveva viste, di cose brutte, in tanti anni di servizio alla corte dello zar. Aveva assistito a sentenze di morte, tradimenti, sconfitte e vittorie, cerimonie sfarzose, balli e pranzi. L'intera nobiltà europea era passata nelle lussuose residenze di Nicola II e di sua moglie Alessandra. Aveva conosciuto e visitato nobili, generali, cortigiane e cortigiani. Ma

ora quel mondo pareva finito, colpito a morte dalle sconfitte della guerra contro l'esercito tedesco, sul fronte orientale del primo conflitto mondiale. Là aveva perso due dei suoi figli, Dmitrij e Jurij; il dolore era stato immenso, avrebbe preferito perdere la sua di vita, nell'inferno della guerra russo-giapponese a cui aveva partecipato, passando da una sconfitta all'altra, primo cedimento del regno dell'ultimo zar. La rivoluzione di ottobre poi aveva spazzato via gli ultimi sogni di un impero che era durato anche troppo e sulle cui rovine quell'agitatore, Il'ic Uljanov, voleva ricostruire una nuova Russia. Lenin, come preferiva essere appellato, riferendosi al fiume siberiano, aveva un fratello che arrestato dall'Ochkrana, la polizia segreta degli Zar alla qua-

le si sarebbero ispirate le susseguenti Ceka e KGB, era stato giustiziato a San Pietroburgo. Lenin aveva giurato di prendersi la sua vendetta e Botkin capiva bene quale sarebbe stata: ogni notte poteva essere l'ultima per lo zar, la sua famiglia e gli ultimi fedeli. Sedette alla piccola scrivania e si mise a scrivere, tanto sapeva che il sonno, semmai, sarebbe sopraggiunto più tardi. Scrisse la prima parte della lettera, che poi fu trovata dai soldati dell'Armata Bianca:

“Sto facendo un ultimo tentativo di scrivere una vera lettera anche se, credo, sia superfluo. Penso di non aver mai scritto a nessuno da qualche parte. Il mio confino volontario qui è ristretto alla mia esistenza terrena. In pratica io sono morto, morto per i miei figli e per chi mi conosceva. Sono morto ma



Casa Ipatiev a Ekaterinenburg prima della demolizione

non ancora sepolto, o sepolto vivo. L'altro ieri, mentre stavo leggendo tranquillamente, ho avuto la visione del volto di mio figlio Jurij, ma da morto, in posizione orizzontale, con gli occhi chiusi. Ieri, sempre mentre leggevo, ho sentito una parola che mi sembrava essere "padre". Mi sono quasi messo a piangere; non era un'allucinazione perché quella parola è stata davvero pronunciata con una voce simile a quella di mia figlia che stava parlando con me. Non ho probabilmente mai sentito quella voce parlarmi così dolcemente ... Se la fede senza il lavoro è morta, nessuno può vivere senza fede; e se qualcuno di noi ha fama e fede insieme, è solo per grazia particolare di Dio. Io sono divenuto uno di questi uomini, ma ho dovuto portare i miei grossi pesi, tra i qua-

li il più grande è stata la perdita del mio primo figlio, a sei mesi, il piccolo Serzhi... Questo dovrebbe giustificare la mia ultima decisione ... Ho deciso di lasciare orfani i miei figli per dedicarmi alla mia professione di medico sino in fondo, come Abramo non esitò ad accondiscendere Dio nel sacrificio del suo unico figlio." Sussultò, quando sentì bussare forte alla porta. Era vestito di tutto punto, quindi non perse tempo trovandosi Jurovskij di fronte che gli intimava di svegliare la famiglia reale e di radunarla nel sotterraneo. Un camion li stava già aspettando, l'ennesimo trasferimento per garantire la loro sicurezza. Non erano più sicuri, là ad Ekaterinenburg, il popolo reclamava le loro teste. Il dottore bussò con delicatezza alla porta dello zar, avvisando-

lo sottovoce della novità e del fatto che dovevano prepararsi, portando con sé solo lo stretto necessario. Nicola rispose che avrebbero fatto presto e, poco dopo, si presentò in uniforme con il figlio, che in testa aveva un berretto militare. La zarina e le figlie arrivarono poco dopo, con i vestiti resi pesanti dai gioielli che avevano cucito nelle bordature. Le ragazze scherzavano e si spingevano. Beata gioventù, pensò Botkin, orami assalito da un oscuro presentimento. Scesero le scale ed entrarono nel seminterato, dove c'erano altri uomini, assieme a Jurovskij. Tra



Jakov Jurovskij, l'uomo a capo del plotone d'esecuzione di Nicola II zar di Russia

loro quella specie di macellaio, Erkamov, che nascondeva qualcosa dietro la schiena. Nicola chiese una sedia per il figlio che, evidentemente svegliato di soprassalto, faticava a tenere gli occhi aperti. Botkin si mise dietro il ragazzo, lo zar davanti quasi a proteggere l'erede. Jurovskij lesse la sentenza di morte e quando l'esterrefatto signore di tutte le Russie chiese ragione aprì per primo il fuoco. Fu un inferno e nei crepitii delle pistole, tra schizzi di sangue, urla e pianti, finì la vita del dottor Botkin e trecento anni dopo il suo inizio, come profetizzato, della dinastia dei Romanov. Era la notte del 17 luglio 1918, ad Ekaterinenburg, nei lontani monti Urali. Lenin, quando fu avvertito, non seppe nascondere un ghigno di soddisfazione, mentre mormorava "non esiste rivoluzione senza un plotone di esecuzione". Congedò Sverdlov, che gli aveva dato la notizia e rivolto ai partecipanti alla riunione che aveva indetto per parlare dell'organizzazione sanitaria del nascente stato, ritornò imperturbabile come sempre, inconsapevole che pochi anni dopo avrebbe lasciato l'Unione Sovietica nelle mani di un altro dei



Lenin

feroci dittatori che caratterizzeranno nel sangue il "secolo breve".

Il dottor Botkin non figura nella "storia della medicina" in virtù del suo operato professionale, ma certamente fa parte della storia dell'umanità, dalla parte delle vittime. Fu canonizzato dalla chiesa ortodossa come martire innocente della rivoluzione di ottobre. Era l'archiatra di corte e dedicò la sua vita professionale alla cura della famiglia Romanov e soprattutto del piccolo zarevic Alessio, affetto da emofilia. Come tanti medici del passato ebbe onori, momenti in cui fu messo da parte, soprattutto quando Rasputin dette l'impressione di essere l'uni-

co a far stare meglio l'erede al trono di tutte le Russie.

Infine il martirio: dopo aver sacrificato il suo matrimonio alla causa imperiale, dette anche la vita per il suo datore di lavoro. Oggi per fortuna non succede più ma visti i carichi di lavoro e i magri stipendi dei sanitari in prima linea, oltre all'aumentato rischio infettivo, in molti possono capire e commiserare la sorte del povero medico russo.

La "casa dello scopo particolare" non fu mai restituita al legittimo proprietario. Fu abbattuta nel 1977 su disposizione del Politburo, ad evitare di farne un monumento ad imperitura memoria, uno dei tanti che attestano la malvagità umana.



di Filippo Stazi

L'anima gemella? Ha i tuoi stessi fattori di rischio

La Kilkenny rossa era quasi terminata quando Alberto si decise finalmente a rivelare a Giacomo la grande novità.

“Ho deciso. Lo faccio”.

Giacomo lo guardò perplesso. “Cosa?”

“Il grande passo”.

La nebbia nella mente di Giacomo cominciò ad essere meno fitta. “Niente niente...? Abito bianco, marcia nuziale e via dicendo?”

“Sì! È stupenda, è dolcissima, sto benissimo con lei”

“Eccolo là. Ne è caduto un altro...”

“Dai Giacomo non scherzare. È roba seria e lo sai benissimo”

“Si scusa, lo dicevo tanto per dire. Effettivamente state benissimo insieme. Sarete una grande coppia. Anzi ti invidio. Ma come hai fatto a capire che è proprio quella giusta? L'anima gemella?”

“Non si può spiegare, è qualcosa che senti di pancia”.

Alberto non ha saputo rispondere alla domanda dell'amico e probabilmente nessuno è in grado di farlo. È però possibile che a guidare la scelta dell'anima gemella concorrano elementi che non hanno veramente nulla a che spartire con il romanticismo e i sentimenti. Ad esempio, molto spesso, i membri di una coppia non condividono solo interessi, passio-





ni, valori ma anche... gli stessi fattori di rischio cardiovascolare. Ciò era noto soprattutto per le coppie di lunga data in cui, ad esempio, il coniuge di un iperteso ha una probabilità di sviluppare anche lui l'ipertensione, superiore del 41% rispetto a quella del partner di un normoteso. Il perché i membri di una coppia condividano, oltre che una casa ed una vita, anche la stessa salute o la stessa malattia cardiovascolare non è noto. È possibile che negli anni i due partner si conformino allo stesso stile di vita e che sia questo la causa della concordanza di fattori di rischio ma è anche ipotizzabile che, invece, due persone si scelgano proprio perché condividono lo stesso stile di vita, le stesse

abitudini alimentari o di attività fisica, il cosiddetto assortative mating degli anglosassoni. Un recente studio cinese, che ha analizzato 831 coppie appena sposate, ci mostra ora che anche in questi sposini freschi di luna di miele si ritrova la stessa concordanza di fattori di pressione, sia sistolica che diastolica, colesterolo totale, HDL, LDL e trigliceridi, che si riscontra nelle coppie stagionate. Una donna con valori pressori "non ideali", cioè maggiori di 120-80 mmHg, aveva, ad esempio, il triplo di probabilità di avere un marito anche lui con valori pressori non ideali, di quanto non ne avesse una moglie con una pressione da manuale. Lo stesso risultato si è osser-

vato riguardo ai valori di colesterolo, specie HDL. La concordanza si confermava indipendentemente dall'età dei partner, del loro livello di educazione o della loro capacità di guadagno. Solo l'abitudine al fumo non era condivisa allo stesso modo all'interno della coppia, con una prevalenza maschile nettamente superiore.

La breve durata dei matrimoni dei soggetti analizzati esclude il possibile ruolo causale della convivenza, in quanto i suoi possibili effetti non hanno avuto il tempo sufficiente per manifestarsi ed al contempo rafforza l'ipotesi che la concordanza dei fattori di rischio possa essere invece la conseguenza di una scelta precisa. Scelta che si può manifestare a più livelli: da quelli più apparentemente razionali (mi piace perché è sportiva come me, perché le piace mangiare come me, perché è sovrappeso come me e via dicendo) a quelli più misteriosi che è solo la nostra biologia e non la nostra razionalità a conoscere. Ancora una volta, in fondo, la saggezza popolare ha capito tutto e da tanto, si pensi, infatti, ai detti "moglie e buoi dei paesi tuoi" o "chi si somiglia si piglia".

“

Medicina medievale: Lettera su come ha da essere il medico

Riportiamo a seguire un testo dell'alto medioevo sul comportamento che deve tenere il medico.



Tale dev'essere il medico da possedere ampia capacità di lettura, in modo che, scorrendo svariati libri, si acquiscano in lui la percezione e l'intelligenza e più rapidamente possa conseguire sapere e abilità; e primeggi fra tutti i medici colti, e legga in primo luogo le sentenze dei filosofi, e indaghi sempre quanto è opportuno tacere. Se qualcuno vorrà dedicarsi alla medicina, prima di tutto si fissi in mente le sue regole. Sia dunque il medico di temperamento bonario, riservato con ogni costumatezza, e non sia superbo, non ubriacone, non litigioso, non invadente, non maldicente; deve indossare abiti sontuosi, recando sul capo il coronamento d'una lunga chioma di capelli sciolti. Sia cioè castissimo; e quando si sarà introdotto presso il malato, non se ne stia a capo chino, non riveli i segreti dell'arte, non spieghi le cause [del male]. Ma nel corso della visita tenga gli occhi bassi; e se [i quattrini] li danno, non si rifiutano, ma se non li danno, non si esigono, e tutti quanti, sia poveri che ricchi, devono essere [curati] con eguale amorevolezza, [perché il medico] non può soppesare il proprio compenso al cospetto del Signore.

F.S.

”

Il medico può ancora esprimere un'opinione?

Sollecitati da molti lettori ripubblichiamo volentieri questo articolo scritto quasi 25 anni fa dal compianto Prof. P.L. Prati. Nel testo Prati esprime dei concetti interessanti. Sottolinea infatti quanto sia importante leggere con attenzione i risultati di tutti gli studi, inclusi quelli pubblicati in riviste di prestigio: al di là della significatività statistica è importante mettere in risalto quante persone debbono essere trattate per evitare eventi cardiovascolari. Ricorda infine che sarebbe buona norma pubblicare anche gli studi con risultati negativi perseguendo così l'obiettivo di condurre una ricerca svincolata da interessi commerciali.

Sono molti a pensare che il 29 ottobre 1983 il medico abbia perso il diritto di esprimere la propria opinione. Quel giorno apparve sul prestigioso *British Medical Journal* un editoriale che costituiva il certificato di morte della libertà clinica, intesa come diritto da parte del medico di fare tutto ciò che gli sembrasse opportuno per curare il proprio ammalato. Nel constatarne, senza lacrime, il decesso e nello scriverne, senza rimpianti, il necrologio, l'autore dell'editoriale, I.R. Hampton, affermò che quella morte aveva avuto due cause, una predisponente, rappresentata dall'ignoranza e dall'improvvisazione dei medici, una terminale, costituita dai costi troppo alti della Sanità. Ignoranza ed improvvisazione dei



Pier Luigi Prati

medici sono difetti troppo ingombranti e troppo poco correggibili per poter lasciare al singolo medico la facoltà di decidere come curare il singolo ammalato. Inoltre, con la vecchia libertà clinica, selezionando la cura, caso per caso e medico per medico, le decisioni terapeutiche finivano per essere troppo lente, incerte e, quindi, troppo costose.

L'annuncio di morte della libertà clinica fu accolto entusiasticamente dai clinici, soprattutto dai più giovani che videro un'occasione insperata per dimostrarsi emancipati, rigoro-

si e ben inseriti nella medicina scientifica. L'affermazione secondo cui l'efficacia di una cura poteva essere dimostrata solo affidandosi ai risultati del trial diventò una specie di parola d'ordine e si guardò con indulgenza anche ai sostenitori della tesi che ogni disputa in medicina poteva e doveva essere affrontata con il trial.

Che cosa sia un trial lo impararono presto tutti i medici, anche quelli con poca dimestichezza con l'inglese. È uno studio che, nella maggior parte dei casi, serve a riconoscere, su due gruppi omogenei di pazien-

ti (gruppo sperimentale e gruppo di controllo), differenze di risposte a un medicinale e ad una sostanza inerte (placebo). Un trial viene considerato corretto, quando soddisfa quattro condizioni: randomizzazione (scelta casuale dei componenti dei due gruppi), doppia cecità (non conoscenza, sia da parte del medico che del paziente, del tipo di sostanza somministrata), ricerca prospettica (proiettata al futuro e non su dati del passato), adeguato numero di soggetti arruolati per lo studio. In poco tempo il trial divenne oggetto di devozione quasi religiosa. I suoi cultori non esitarono a scomodare Galileo Galilei per rintracciare una Medicina altrettanto protesa verso una scienza deterministica delle misure e a trasformare il fenomeno biologico in una realtà obbiettiva. Non passò però molto tempo e si dovette rinunciare all'idea che il trial avesse risolto ogni problema. Nulla è meglio degli esempi per chiarire i termini di una questione. Primo esempio. La cura di una persona colpita da un infarto miocardico da non più di sei ore, consiste oggi nell'iniettare un trombolitico che permetterà di salvare almeno quattro vite ogni cento infar-



La John Hopkins University

tuati ospedalizzati e restituire un muscolo cardiaco meno danneggiato a buona parte dei sopravvissuti. Questa affermazione noi la possiamo fare grazie ad un trial, il GISSI, effettuato su 11.712 infartuati. I risultati sono di tale evidenza da non consentire al medico incertezze di comportamento: il trial è stato chiarificatore e risolutivo. La trombolisi va fatta.

Altro esempio. La cura di una lieve ipertensione arteriosa, in un soggetto di 35/65 anni, riduce il rischio di ictus (incidente circolatorio al cervello). Lo ha dimostrato un trial rigoroso (MRC), pubblicato sul British Medical Journal nel 1985. Tuttavia, questo lavoro non ha permesso di chiarire il comportamento del medico perché l'ictus in questi soggetti è tanto raro da far sì che si debbano trattare 850 ipertesi o 1000 ipertese per evitare un solo ictus all'anno, rischiando di infastidire 849 uomini e 999 donne con effetti indesiderati dei farmaci antiipertensivi.

Il medico sarà inevitabilmente indotto ad interrogarsi ed a formulare una propria, più che lecita, opinione sul rapporto costi-beneficio di una simile cura. Questo è un esempio



chiarificatore di come il trial emetta un verdetto ma il medico non sia sempre tenuto a rispettarlo.

Un altro caso molto chiacchierato è quello del GUSTO, trial che ha dimostrato su 41.021 infartuati, i vantaggi del trombolitico rt-PA accelerato, rispetto alla streptochinasi. Se persistono esitazioni nell'uso sistematico dell'rt-PA è per due motivi: 1) l'rt-PA costa molto (2800 dollari), la streptochinasi costa poco (400 dollari); 2) per salvare 10 vite in più, ricorrendo all'rt-PA, occorre trattare 1000 infartuati. Il trial è stato chiarificatore ma non risolutivo: rt-PA va usato nel rispetto del rapporto costo-beneficio. Ne è nato il compromesso di utilizzare rt-PA negli infartuati con meno di 70 anni, tempo pre-coronarico non superiore alle 4 ore, infarto decisamente esteso.

Corollario di questa linea di condotta "al risparmio" può essere il concetto che non basta dimostrare l'efficacia di una cura per decidere di farla. Ma vi è di più. Non è raro imbattersi, come ricorda A. Williams, in medici che ritengono essere contrario all'etica il lasciare che i costi influenzino le decisioni. Essi non chiedono "Quanto costa?" e si guardano bene dal domandarsi "A cosa dovrò rinunciare?" se vorrò a tutti i costi una cosa tanto costosa. Quella sul rapporto tra costo e beneficio è, probabilmente, la perplessità più frequente in relazione alla decisione curativa che sembra scaturire da un trial. Non ne mancano altre, M. Bobbio e S. Bongiovanni si sono soffermati su quattro diversi modi di presentare lo stesso risultato. Se, per esempio, si somministra un medicinale a 1000 persone e si constata un solo caso di morte invece dei due casi di morte osservati in altre 1000 persone

che assumevano il placebo, si può dire che: 1) la mortalità si è ridotta del 50%; 2) la mortalità si è ridotta a un caso su 1000; 3) 999 persone trattate col farmaco sono vive al termine dello studio; 4) è stato necessario curare 1000 persone per evitare una morte.

Ciascuna delle 4 modalità di esporre il risultato è corretta ma non vi è dubbio che ognuna di esse venga percepita in modo diverso e comporti l'impatto psicologico diverso, più favorevole nelle prime tre versioni rispetto alla quarta. Studi di psicologia sperimentale hanno dimostrato che anche le aspettative di chi legge possono influenzare i convincimenti relativi ai risultati di un trial. Già l'autorevolezza dell'autore spinge inconsapevolmente il lettore a sovrastimare il giudizio e, poi, esistono gli inganni veniali rappresentati dalle forzature nei titoli e nei diagrammi la cui scala o asse delle ordinate possono influenzare il messaggio.

La John Hopkins University ha calcolato che, tra i trial condotti a termine e non pubblicati, il 90% fu autoeliminato dagli autori perché i risultati non cor-



Giorgio Celli

rispondevano alle aspettative, alle opinioni o alle speranze dei promotori della ricerca. Solo il 10% era stato rifiutato dagli editori delle riviste scientifiche. Questo significa che, per esempio, vengono sottratti alla divulgazione notizie relative a risultati non conclusivi, sulla sperimentazione di alcuni farmaci e che invece trovano ampia pubblicazione quelli relativi al successo di altri. Per questo motivo è stato proposto di creare banche-dati sugli studi in corso, sotto il controllo di autorità della salute pubblica. Qualcuno troverà disdicevole avanzare dubbi, perplessità e interrogativi in tema di trial.

Credo invece che se ne debba parlare.

Giorgio Celli nel suo libro "Bugie, fossili e farfalle" racconta che Charles Darwin, padre della teoria dell'evoluzione della specie, si sentì dire da una timorata signora vittoriana: "Mio Dio, veniamo dalle scimmie? Speriamo che non si sappia in giro". Certe cose, invece, si debbono sapere.

Il trial rappresenta un grande passo avanti rispetto all'empirismo del passato ma sarebbe un errore il pensare che esso esaurisca il problema delle decisioni in medicina o che sbatta definitivamente la porta in faccia al medico che rivendica il diritto di esprimere una propria opinione.

Qualche secondo di buonumore

Ti concederò 7 desideri
Ma non erano solo 3?
Di solito sì, ma ti vedo un po' nella m...a

A vent'anni sci nautico
A trent'anni sci nordico
A quaranta sciatica
A cinquanta sciancato
A sessanta scimunito!!!

Credi che dopo la morte ci sia una vita migliore?
Dipende dopo la morte di chi esattamente!

Io avrei diritto al reddito di cittadinanza

La vita a volte ci regala dei brividi.
Non illudiamoci.
È febbre.

Buongiorno, sintomi da lunedì:
Calo della simpatia
Giramento di palle
Smarrimento interiore

Avevo perso peso...è stato lui a ritrovarmi

Hai un caramella?
No
Hai una caramella?
No, e se me lo domandi un'altra volta ti sparo in fronte!
Hai una pistola?
No
Hai una caramella?





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

- **Giuseppe Abbenante** di Apricena
- **Famiglia Abita** di Roma
- **Francesco Ambrosino** di Marigliano
- **Amici Del Cuore - Onlus** di Motta di Livenza
- **Alessandro Arosio** di Cologno Monzese
- **Ennio Asinari** di Sabbioneta
- **Emilio Asproni** di Nuoro
- **Giovanni Baldi** di Quarrata
- **Alessandro Balducci** di Roma
- **Antonio Bassan** di Vigodarzere
- **Giacomo Bassis** di Busto Garolfo
- **Lino Beber** di Pergine Valsugana
- **Giuditta Emanuela Belli** di Carpenedolo
- **Riccarda Beltrami** di Cortina D'Ampezzo
- **Antonio Bove** di Roma
- **Michele Bucci** di Treviso
- **Gustavo Bussinello** di Verona
- **Anna Lisa Calosi** di Bagno a Ripoli
- **Egle Camerani** di Cornaredo
- **Umberto Campidonico** di Caserta
- **Salvatore Cantafio** di Pieve di Soligo
- **Emanuele Cappiello** di Milano
- **Sabino Cardone** di Maenza
- **Rosa Maria Cariati** di Roma
- **Alberto Carratu'** di Roma
- **Federico Casellato** di Merate
- **Giovanni Catto'** di Giussano
- **Ofelia Cecchi Vassallo** di Mogliano Veneto
- **Piero Emilio Cerutti** di Pavia
- **Lanfranco Chiodetti** di Monza
- **Francesco Chirico** di Roma
- **Marco Cini** di Roma
- **Giannino Cittadini** di Roma
- **Ugo Cocco** di Roma
- **Aldo Conte** di Aprilia
- **Enrico Conte** di Milano
- **Sandra Cumani** di S.Giorgio di Piano
- **Maurizia Dabusti** di Casteggio
- **Walter Dalla Villa** di Noventa Vicentina
- **Antonio e Daniela De Rinaldis** di Roma
- **Paola Del Din Carnielli** di Udine
- **Aldo Del Monaco** di Roma
- **Domenico Di Gregorio** di Chieti
- **Giorgio Emanuelli** di Moncalieri
- **Gaetano Falbo** di Sambiasse
- **Antonio Falcone** di San Vitaliano
- **Giampaolo Farris** di Cagliari
- **Carlo Fedeli** di Amatrice
- **Danilo Ferrante** di Roma
- **Oswaldo Ferrante** di Frascati
- **Agata Ferrara** di Misterbianco
- **Silvio Ferri** di Bologna
- **Giansalvatore Filorizzo** di Sarzana
- **Vincenzo Foti** di Taranto
- **Josef Froetscher** di Vipiteno
- **Walter Funto'** di Roma
- **Vito Galeppi** di Roma
- **Natale Gervasini** di Milano
- **Stefano Ghetti** di Carpi
- **Aldo Giusti** di L'Aquila
- **Giorgio Gobbi** di Rimini
- **Maria Grilli Caiola** di Roma
- **Valter Guelfo** di Val della Torre
- **Giancarlo Lavezzaro** di Torino
- **Mario Levoni** di Mantova
- **Mario Libardoni** di Bassano del Grappa
- **Luigi Lista** di Roma
- **Elisa Lo Pinto** di Roma
- **Giuliana Manetti** di Firenze
- **Francesco Elio Manfredi** di Bitritto
- **Antonio Manganelli** di Avellino
- **Luigi Mannucci** di Roma
- **Salvatore Marchini** di Sarzana
- **Oswaldo Maronati** di Milano
- **Domenico Marraffa** di Bari
- **Antonio Mastrolitti** di Bari
- **Francesco Medi** di Viareggio
- **Francesco Melica** di Genova

- **Enrico Minosso** di Mestre
- **Giovanni Moretti** di Milano
- **Anna Maria Nannini Regis** di Varese
- **Anna Maria Narici** di Roma
- **Giorgio e Nada Nidoli** di Varese
- **Maria Adelaide Pagliazzi** di Roma
- **Renzo Palazzetti** di Roma
- **Aldo Paliaga** di Ancona
- **Alessandro Palmarini** di Milano
- **Manlio Palombo** di Amaseno
- **Augusto Pasqualini** di Barasso
- **Piergiorgio Paton** di Portogruaro
- **Giovacchino Pedicelli** di Roma
- **Domenico Pellicori** di Diamante
- **Emma Piccione** di Roma
- **Maurizio Pietrangeli** di S.Felice Circeo
- **Francesco Piras** di Cagliari
- **Marco Pisani** di Piacenza
- **Po.Mo. Srl** di Roma
- **Paola Prati** di Roma
- **Claudia Pruni Lunardini** di Rimini
- **Vinicio Ranghi** di Roma
- **Gianfranco Rebucci** di Solara-Bomporto
- **Carla Ricci** di Roma
- **Rita Ricci Cangiano** di Roma
- **Giuseppe Rippa** di Napoli
- **Fernanda e Gino Riva** di Varese
- **Paola Rocca** di Roma
- **Alessandro Rossi** di Roma
- **Corrado Rossi** di Roma
- **Fausto Santeusanio** di Perugia
- **Nazzareno Santoni** di Jesi
- **Luigi Santoro** di Ancona
- **Antonio Scarcia** di Castellaneta
- **Rosario Silvestro** di Arzano
- **Paolo Simonelli** di Villafranca
- **Antonio Sinatora** di Mestre
- **Farmacia - Ubaldo Stazi**
di Galliciano nel Lazio
- **Domenico Tarantini** di Trani
- **Italo Testa** di Campobasso
- **Antonio Tirinato** di Brescia
- **Andrea Tonelli** di Bologna
- **Silke Ulrike Kreukler** di Mentana
- **Elena Uva** di Milano
- **Marco Giovanni Valente** di Torino
- **Maria Grazia Vanzin** di Roma
- **Giovanni Venturino** di Genova
- **Giovanni Verga** di Pavia
- **Giovanni Vizoco** di Venafro



di Alberto Dolara

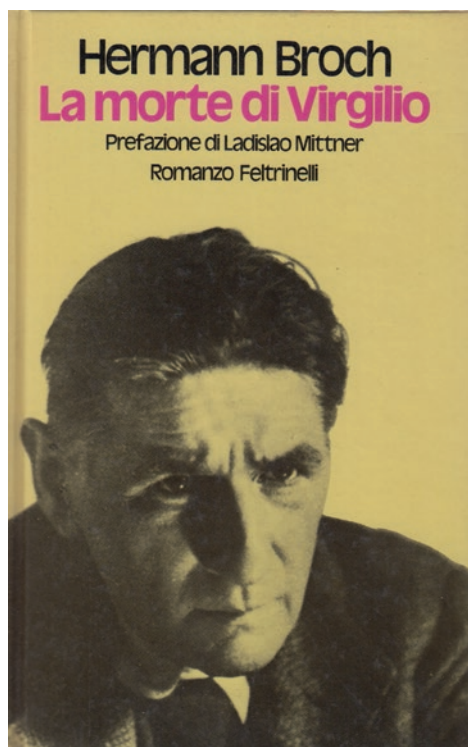
Hermann Broch "La morte di Virgilio"

Letteratura e politica

"Azzurre e leggere, mosse da un lieve, appena percepibile vento contrario, le onde dell'Adriatico erano corse incontro alla squadra imperiale ... il naviglio centrale, il più splendido, rilucente d'oro la bronzea prora, rilucenti d'oro sotto il parapetto le teste leonine inanellate, pavesate le sartie di variopinti vessilli, portava, sotto vele di porpora, grande e maestosa, la tenda dell'imperatore. Ma nella nave che immediatamente seguiva giaceva il poeta dell'Eneide e il segno della morte era scritto sulla sua fronte".

Così Hermann Broch, scrittore e drammaturgo, nato a Vienna nel 1886, descrive, nell'incipit del suo libro più famoso *Der Tod des Vergil, La morte di Virgilio*, Feltrinelli editore, 1962, l'arrivo nel porto di Brindisi dell'imperatore Augusto e di Virgilio morente. Il romanzo si svolge poi in un brevissimo lasso di tempo, circa 18 ore, in una camera, quella dove giace Virgilio, con l'imperatore ai piedi del letto che dialoga col poeta.

L'arrivo nel porto e l'impatto della folla che si accalca intorno alla lettiga e attende l'arrivo dell'imperatore suscita in Virgilio profonda emozione: *"...quando la nave imperiale, sospinta ancor solo da una dozzina di rematori, dolcemente virando, raggiunse la banchina e accostò quasi senza rumore al punto prestabilito... era quello il momento che la massa bestiale, nella sua sorda aspettazione, aveva atteso per cacciar fuori*



*quell'urlo di giubilo, ed ecco che quell'urlo proruppe, senza pausa e senza fine, vittorioso, vibrante, irrefrenabile, pauroso, immane, servile, se stesso adorando nella persona dell'Uno". Broch aveva descritto la psicologia delle masse nel libro *Massenpsychologie* pubblicato postumo e la descrizione che fa dell'arrivo di Augusto ricorda il Sieg Heil delle radunate naziste!*

Nei dialoghi con Augusto che percorrono il libro Virgilio afferma con ostinazione l'intenzione di voler distruggere l'Eneide ed espone le sue motivazioni. L'imperatore non le accetta e da politico raffinato alterna frasi di grande stima e amicizia a confutazioni ragionate e calme anche con la decisione di chi ha la coscienza del proprio immenso potere:

"D'improvviso, con un moto straordinariamente violento, Augusto si volse "Torniamo al fatto, Virgilio... perchè vuoi distruggere l'Eneide, ...hai parlato di manchevolezze, ma io non lo credo, poi di non aver raggiunto il tuo fine, nè la scienza nè la verità, che non hai tentato il primo passo verso la conoscenza, che tutto è incoerente... Io credo ad una realtà più semplice, mio Virgilio; io credo per esempio alla solida realtà della nostra vita quotidiana... La semplicità degli avi e degli antenati, Virgilio, la semplicità del tuo Enea; in questa semplicità della loro vita quotidiana essi hanno edificato lo stato romano".

L'insistenza di Augusto è comprensibile: la dedica del manoscritto rappresenta il riconoscimento della sua attività di governo, e del dominio di Roma del mondo. Del resto Virgilio già nelle Egloghe, libro IX, aveva scritto *"Ecco, è già alta nel cielo la stella di Cesare, disceso da Enea..."*

L'imperatore prosegue *"...ma che io in questi venticinque anni abbia condotto a termine la mia opera e che questa opera mi assegni un diritto all'Eneide, un diritto che solidamente si fonda sulle mie realizzazioni, sulla realtà di Roma e dello spirito di Roma, senza di cui l'Eneide non sarebbe mai nata, questo è troppo per te, questo tu non lo sopporti e distruggi il poema piuttosto*

che dedicarmelo ...".

Alla fine Virgilio cede: due schiavi portano via dalla stanza dove si trova il baule contenente i rotoli del manoscritto. Il poeta aveva ottenuto una contropartita: *"tu hai limitato l'affrancamento degli schiavi, Augusto, permetti che ai miei sia concessa la libertà"*. Risuona come un episodio che ha dato una svolta alla sua vita: nel 1938, in seguito all'annessione dell'Austria al Reich, Broch fu arrestato e rinchiuso in un carcere nazista. Fu liberato grazie a generosi ammiratori e amici,



Monumento a Virgilio (Mantova)

tra cui lo scrittore James Joyce. Emigrò negli Stati Uniti dove ottenne la cittadinanza americana e la cattedra di tedesco all'Università di Yale. Qui portò a termine la morte di Virgilio che aveva iniziato nel campo di concentramento.

ti spalancati, in quell'istante ancora Ottaviano, per allontanarsi poi come imperatore, esile, superbo, imperioso; alle sue calcagna si mise un leone dal vello d'oro pallido, con un passo pesante e morbido insieme, poi seguì la bara, e molti dei

bert Musil. Interpreti della loro epoca, hanno in comune la condanna dell'oppressione politica e della letteratura di propaganda, li unisce l'appello alle forze spirituali che sole possono salvare l'umanità in una epoca di "sfacelo dei valori".

Sono numerosi gli studi bibliografici sulle opere di Broch e sul romanzo *La morte di Virgilio*. Secondo la critica si tratta di un capolavoro problematico, perché lo scrittore tenta di dare forma letteraria alla sua crescente avversione per la letteratura desiderando di distruggere la sua opera. Proprio nell'anno in cui il romanzo fu pubblicato, aveva espresso un "profondo disgusto" per la letteratura in quanto tale, "dominio della vanità e della menzogna". Si trovano comunque nel libro pagine su pagine di grande suggestione poetica, con riflessioni filosofiche e psicologiche che ne rendono affascinante la lettura. La ricostruzione dell'atmosfera del viaggio iniziale, dei serrati colloqui con l'imperatore e la conclusione finale con la morte del poeta dimostrano ancora una volta con quale passione gli intellettuali stranieri si rivolgono al periodo classico.



New Haven nel Connecticut

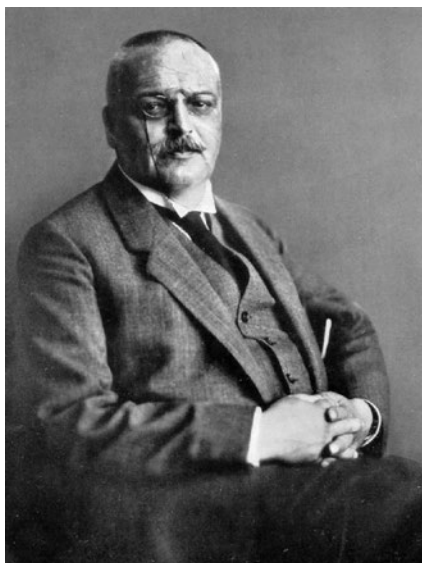
“Giunto alla porta, Augusto si voltò ancora una volta. Ancora una volta lo sguardo dell'amico cercò lo sguardo dell'amico e ancora una volta i loro sguardi s'incontrarono. “Possano i tuoi occhi sempre posare su di me, mio Virgilio” disse Ottaviano, fermo in piedi tra i battenti

presenti si unirono al seguito.” Hermann Broch muore nel 1951 a New Haven nel Connecticut ed è sepolto nel cimitero di Killingworth. Broch s'inserisce nel filone dei grandi scrittori tedeschi della fine dell'ottocento e del primo novecento, con Thomas Mann e Ro-

Alzheimer, chi era costui

Molti, quasi tutti, grazie a Manzoni e alle ripetute citazioni successive, conoscono l'esistenza di Carneade ma solo gli addetti alla filosofia sanno quando costui visse e cosa diceva. Allo stesso modo molti parlano di Alzheimer quando un vecchio diventa demente, ma scherzosamente anche se uno lì per lì non ricorda una parola, che gli ritorna quando oramai non può più rimediare alla corbellatura degli impietosi. Si consola però interpellando il medico, dal quale viene a sapere che queste piccole amnesie sono fisiologiche dopo una certa età ma anche prima se interviene un fattore emotivo a bloccargli il collegamento nervoso. Altra cosa invece è la malattia di Alzheimer o demenza senile, che in alcuni casi si manifesta anche prima che la curva della vita sia in evidente discesa.

Alois Alzheimer era un neuropatologo tedesco che agli inizi del secolo scorso ebbe la singolare capacità clinica di soffermarsi su una paziente di nome Auguste, che aveva richiamato la sua attenzione per una forma di demenza che non apparteneva alla nosografia dei casi abitualmente osservati. Si caratterizzava per amnesie e per una demenza progressiva, che lo incuriosirono tanto da indurlo a



Alois Alzheimer



Auguste Dexter



periodici controlli fino a quando la paziente esalò l'ultimo respiro. Era stata anche oggetto di discussione in diversi congressi e alla fine il suo cervello venne analizzato da vari patologi, tra cui due italiani, che su questa scia raccolsero altri casi analoghi. Il microscopio rivelò un'atrofia della corteccia cerebrale e la presenza di strani depositi, che diverranno l'oggetto di studi futuri. Un quadro che aveva tutte le caratteristiche di una nuova malattia, cui fu dato il suo nome. Il dottor Alzheimer ne ricavò grande fama e fu promosso di grado nell'Università di Breslavia per ordine diretto dell'Imperatore Guglielmo II. La malattia di Alzheimer non è propriamente un argomento cardiologico, ma lo è diventato nel tempo perché i progressi della nostra specialità han-

no aumentato tanto la vita media quanto il rischio di diventare dementi. Tale rischio, a sua volta, è legato, oltre all'invecchiamento, al diabete, alla pressione alta anche a molti altri fattori, gli stessi che favoriscono le malattie del cuore e dei vasi, compresi quelli che alimentano il cervello. Questo organo infatti risente di tutto quanto gli arriva da sotto, sia in termini di millimetri di mercurio della pressione che di coaguli, ma anche degli alimenti ingeriti, di certe sostanze chimiche, delle droghe, compresi i farmaci, talvolta prescritti in eccesso o senza la dovuta attenzione alle sue capacità di metabolizzarli. Negli ultimi decenni gli studi medici hanno cercato di svelare i meccanismi che causano sia le piccole amnesie, quali l'improvvisa dimenti-

canza di un nome, spesso un fisiologico inciampo dell'invecchiamento, che le allucinazioni e le gravi perdite della capacità di ragionare. Essi hanno chiarito molti dei meccanismi, che a loro volta hanno poi aumentato i dubbi e i perché. Non entrerò certo in questa diatriba da superesperti onde non confondere le poche idee chiare che abbiamo acquisito. Quelle con le quali raccomandiamo, soprattutto agli anziani, di mantenere il più possibile una certa attività fisica e mentale, di interessarsi ai giochi, anche enigmistici, di controllarsi la pressione, il colesterolo e il diabete, di assumere determinati farmaci e vitamine, e quant'altro i neurologi, gli psichiatri e i gerontologi consigliano loro. Va aggiunto che non stiamo parlando di una malattia rara, poiché l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha calcolato che quasi 36 milioni di persone ne soffrono attualmente nel mondo e che la cifra è destinata a raddoppiarsi entro il 2030. Tuttavia, obbligati a constatare che la terapia, quando la diagnosi di Alzheimer sono già in grado di farla anche i familiari, è solo palliativa, l'impegno medico deve orientarsi soprattutto

to a prevenire quelle alterazioni del tessuto cerebrale che ne sono la base. Quel tessuto bianco e grigio, sensibile a ogni sostanza che gli arriva, utile o meno che sia. Un farmaco, ad esempio, che noi gli mandiamo per una qualche azione, viene in genere eliminato entro 24 o 48 ore, ma non sappiamo con esattezza quali effetti esso produce se lo reiteriamo per mesi o per anni, come le statine, l'aspirina e i sedativi.

Il cervello ha anche una sua barriera di difesa contro alcuni prodotti del metabolismo e contro certe sostanze naturali o artificiali che ingeriamo, ma qui entriamo in un campo riservato agli esegeti moderni, quelli che operano con tecniche troppo complesse per essere volgarizzate dai non addetti come noi. E come ci fanno capire quei ricercatori dell'Università di Chicago, che nel 2016 sulla rivista *Neurology* hanno segnalato una particolare proteina protettiva del nostro encefalo, capace di oltrepassare quella barriera. Le è stato dato un nome, *Bdnf*, che non è cecoslovacco, ma l'acronimo di "brain derived neurotrophic factor", fattore neurotrofico del cervello.

Essi inoltre dicono che quanto

più essa è presente nel nostro cervello tanto maggiore sarebbe la sua azione antagonista contro le alterazioni del morbo di Alzheimer. Per dimostrarlo, o meglio per sospettarlo, essi hanno studiato 535 persone di età media 81 anni, seguite fino al loro decesso dopo circa 6 anni. Esse erano state controllate da neurologi con test annuali della loro capacità cognitiva, ossia della presenza o meno di un lieve decadimento o di una conclamata demenza. Alla fine l'autopsia doveva precisare, oltre alle eventuali alterazioni istologiche della malattia, anche la concentrazione della *Bdnf*. Questa in effetti era tanto maggiore quanto



minore il declino psicologico. Detto in modo meno generico, in coloro che avevano alterazioni cerebrali tipiche dell'Alzheimer il declino cognitivo, cioè le manifestazioni della malattia, erano del 40% più lente se la quantità della proteina *Bdnf* era elevata. Un'altra curiosa ricerca, sempre dall'Università di Chicago e pubblicata su *JAMA* 2016, relativa ai riscontri post-mortem sul cervello di novantenni, ha dimostrato che l'alimentazione ricca di pesce è inversamente correlata con i segni neuropsicopatologici del morbo di Alzheimer; mentre l'aumento di mercurio dovuto al pesce, che era stato l'oggetto iniziale della ricerca per la sua possibile azione tossica, non era affatto dannoso. E an-

cora, Michal Schnaider Bee-ri del Mount Sinai Hospital di New York ha osservato che l'esercizio fisico aumenta i livelli di Bdnf nel sangue. Infine, nello stesso periodo, ricercatori tedeschi dell'Università di Bonn e di Rostock hanno segnalato su JAMA Neurology, che gli inibitori della pompa protonica, volgarmente noti come gastroprotettori, aumentano di circa il 50% il rischio di demenza negli anziani, ma solo se tali farmaci vengono prescritti per lunghi periodi.

A completare questa lunga analisi, nel 2017 un gruppo dell'Università di Los Angeles, convinto che uno dei maggiori fattori di rischio dell'Alzheimer fosse l'ipertensione arteriosa,

specie se non è ben controllata, hanno messo a confronto i normotesi (50%) con gli ipertesi trattati con differenti farmaci. Un campione piuttosto ristretto ad essere pignoli, 1626 casi, ma ottenuti con rigorosità in 50 centri negli USA e in Canada, di età fra 55 e 91 anni, e seguiti per 3 anni con scrupolosi test di valutazione della memoria e delle capacità esecutive, quali la scioltezza nel parlare e la velocità di attenzione. Dallo studio sono risultati una serie di dati ben precisi: gli ipertesi rispetto ai coetanei con pressione normale mostrano un evidente declino mnemonico e degli altri segni psicologici; anche alla risonanza magnetica nucleare del cervello gli

ipertesi risultano maggiormente danneggiati; i vari gruppi di ipertesi hanno tutti anche altri fattori di rischio cardiovascolare che contribuiscono al declino; tra gli ipertesi trattati adeguatamente, i farmaci che superano la barriera per poter agire direttamente nel cervello, ottengono risultati migliori rispetto agli altri antiipertensivi. Un risultato questo, si segnala, che fu ottenuto sperimentalmente anche nei topi, dove i farmaci ipotensivi che raggiungevano il cervello modificavano la motilità delle sue piccole arterie e riducevano il deposito di amiloide, quella "strana sostanza" che lo stesso Alzheimer aveva visto occupare il cervello della paziente Auguste.

Un secolo di ricerche, dopo quello che sembrava un raro caso isolato, certamente aiutati dai progressi neurologici e cardiovascolari, nonché dall'aumento della vita media, ci mostra oggi un quadro della malattia di Alzheimer così come lo aveva individuato lo scopritore con il suo occhio clinico. Purtroppo senza ancora poter individuare in tempo chi corre il maggior rischio e senza avere il farmaco per combatterla ma tuttavia con precisi riferimenti per prevenirla.



di Filippo Stazi

Quadri e Salute



The Pupils è un olio su tela di 70 x 60 cm, dipinto nel 2001 dal pittore belga Michaël Borremans.

Artista visionario e di raffinato estro immaginativo, Borremans è nato nel 1963 a Geraardsbergen e vive e lavora a Gent. Formatosi come disegnatore e incisore alla Luca School of Arts di Gent ha iniziato a dipingere solo a 33 anni. Oggi è uno degli artisti contemporanei più famosi e ricercati della sua generazione. Nonostante sia prevalentemente rinomato per la sua attività pittorica, Borremans lavora anche con i video, in cui, giocando con la lentezza della sequenza delle immagini, ricrea l'atmosfera angosciante dei suoi dipinti. Il suo atto creativo è caratterizzato dalla ciclicità, parte infatti dall'immagine fotografica, che sta alla base dei quadri, questi vengono poi sviluppati nei video e, infine, nuovamente trasformati in fotografia. Borremans crea un mondo austero e silenzioso, metafisico e surreale, scarsamente illuminato, abitato da un'umanità indecifrabile, deformata da un silenzio angoscioso. Le tele sono dipinte con una preferenza cromatica per ombre e terra che infonde alle composizioni una velatura di nostalgia e mestizia. I personaggi presenti nelle opere non ricercano nessuna forma di comunicazione, gli occhi sono in genere volti verso il basso e, in qualche caso, mancano addirittura delle pupille. I soggetti sono come bloccati in un fermo immagine, incastrati in sé stessi e in un'azione che non si compie mai. I dipinti di Borremans sono enigmatici: ci attirano, ci sembra di conoscerli, raffigurano scene a noi consuete ma non siamo mai sicuri di capirne veramente il significato. Secondo alcuni la sua principale qualità è proprio quella di

saper trasformare il banale del quotidiano in qualcosa di misterioso ed indecifrabile.

In *The Pupils*, tre giovani uomini, vestiti con quella che è probabilmente una tuta da lavoro, sembrano inseriti in una catena di montaggio. Capigliature ed abiti riproducono un'atmosfera passata, la scena potrebbe essere ambientata negli anni '30 o '40. I contorni del quadro sono tenebrosi ed indefiniti e contribuiscono a delineare un'atmosfera inquietante. Ognuno dei protagonisti è piegato verso una figura supina di cui esamina le pupille. Le teste appaiono private dei corpi e assomigliano agli uomini che le tengono. Tra gli occhi dei giovani e quelli delle teste vengono tracciate linee sottili che indicano la direzione dello sguardo o, forse, un timido tentativo di relazione.

Il quadro è conservato nella Galleria Zeno X di Anversa.

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

- *In ricordo del caro **Rodolfo Liberati**, Francesco Chirico*
- *In ricordo della cara amica **Rossana Rossi**, Antonio Croce*



Foto di Giorgia Magnoni

“

Poesia Ricreativa

EZRA POUND (1885-1972), poeta statunitense, ha vissuto molti anni in Italia, paese che amava e in cui è morto, a Venezia, ed è stato sepolto. Fu criticato per le sue idee filosofiche e politiche, ma non per le sue poesie “I cantos” e “I canti pisani”, dai quali riporto questo brano:

*Quello che veramente ami rimane,
il resto è scorie
Quello che veramente ami non ti sarà strappato
Quello che veramente ami è la tua vera eredità
Il mondo a chi appartiene, a me, a loro
o a nessuno?
Prima venne il visibile, quindi il palpabile
Elisio, sebbene fosse nelle dimore d'inferno,
Quello che veramente ami è la tua vera eredità
La formica è un centauro nel suo mondo di draghi.
Strappa da te la vanità, non fu l'uomo
A creare il coraggio, o l'ordine, o la grazia,
Strappa da te la vanità, ti dico strappala
Impara dal mondo verde quale sia il tuo luogo
Nella misura dell'invenzione, o nella vera abilità dell'artefice,
Strappa da te la vanità,
Paquin strappala!
Il casco verde ha vinto la tua eleganza.
“Dominati, e gli altri ti sopporteranno”
Strappa da te la vanità
Sei un cane bastonato sotto la grandine,
Una pica rigonfia in uno spasimo di sole,
Metà nero metà bianco
Né distingui un'ala da una coda
Strappa da te la vanità
Come son meschini i tuoi rancori
Nutriti di falsità.
Strappa da te la vanità,
Avido di distruggere, avaro di carità,
Strappa da te la vanità,
Ti dico strappala.
Ma avere fatto in luogo di non avere fatto
questa non è vanità. Avere, con discrezione, bussato
Perché un Blunt aprisse
Aver raccolto dal vento una tradizione viva
o da un bell'occhio antico la fiamma inviolata
Questa non è vanità.
Qui l'errore è in ciò che non si è fatto, nella diffidenza che fece esitare.*



Ezra Pound

E.P.

”

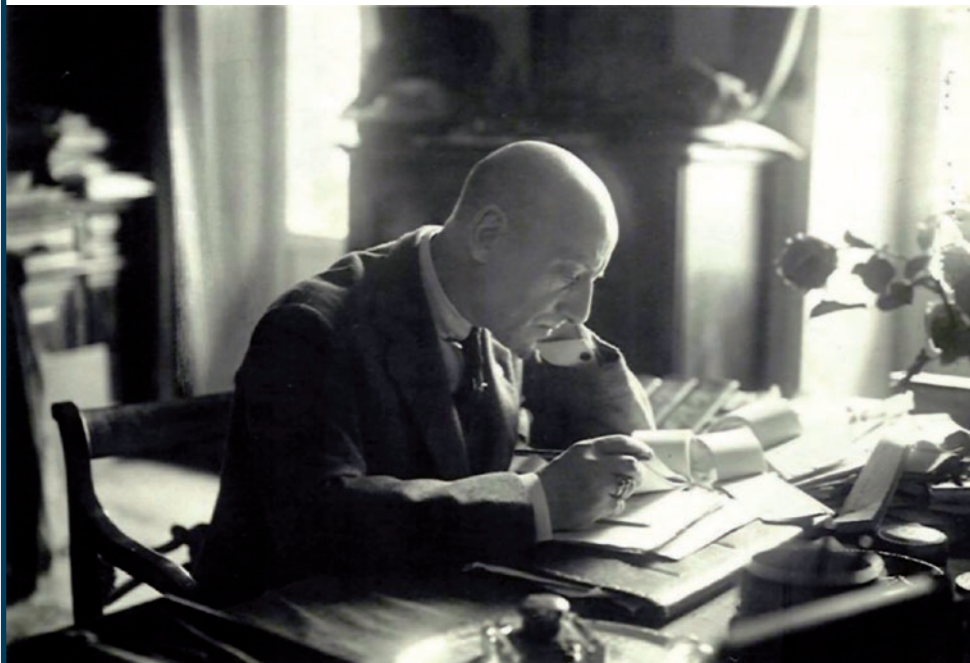


di Paola Giovetti

Cento anni fa nasceva il Vittoriale degli Italiani

Cento anni fa, nel febbraio 1921, Gabriele D'Annunzio, all'epoca 58enne, entrava per la prima volta nella villa di Gardone che sarebbe diventata il Vittoriale degli Italiani. Doveva essere un soggiorno di alcuni mesi, giusto il tempo di finire il *Notturmo*, ma divenne la dimora stabile e definitiva del Vate, che vi lavorò instancabilmente fino alla morte avvenuta il 1° marzo 1938. Al Vittoriale D'Annunzio è sepolto.

“Vi si dedicò come se fosse un'opera, la definiva il suo libro di pietra viva.



Gabriele D'Annunzio

Fu il suo ultimo capolavoro”, ha detto, in una intervista al Corriere della Sera del 2/2/2021, Giordano Bruno Guerri, dal 2006 Presidente della Fondazione Il Vittoriale. Nel 1921 Gabriele D’Annunzio era celeberrimo: poeta, drammaturgo, eroe di guerra, conquistatore della città di Fiume, autore della famosa beffa di Buccari, grande seduttore. “Disse ai suoi di cercargli una casa, vicina all’acqua e nel Nord Italia”, racconta ancora Guerri.

“Conosceva il lago di Garda perché lo sorvolava in aereo. Diceva: “splende come una calza sulla gamba di una donna”. Gardone gli piacque anche perché difficile da raggiungere e lui non voleva essere tanto visitabile. Nel 1921 era l’italiano più famoso del mondo e il più conteso, a destra e a sinistra.

Escluso dalla politica ma omaggiato da Mussolini preoccupato di controllare le sue sempre possibili bizzarrie, D’Annunzio si dedica anima e corpo alla nuova impresa: c’è la Prioria, una dimora del Settecento appartenuta al critico d’arte tedesco Henry Thode, che ne era stato espropriato nel 1920 lasciandovi i suoi preziosi seimila libri d’arte, dimora che il poeta configura a sua immagine e somiglianza dotandola di raffinate opere d’arte, di immagini e simboli esoterici, di cimeli come il pianoforte di Franz Liszt che vi aveva soggiornato ospite di Thode, di innumerevoli oggetti insoliti e originali, di gusto sempre raffinatissimo, espressione dell’insopprimibile bisogno di superfluo del Vate: solo nel piccolo Bagno Blu si trovano ben 600 oggetti! Subito all’ingresso, una coppia di cornucopie, simbolo di abbondanza, sovrastate da un timpano col famoso motto dannunziano: *Io ho quel che ho donato*.

Artefice dei lavori del Vittoriale, che il Vate chiamava “la Santa Fabbrica”, fu l’architetto Gian Carlo Maroni (1893-1952), che per anni fu progettista, segretario, confidente, sovrintenden-



Studio letterario di D’Annunzio al Vittoriale

te del Vittoriale, e dopo la morte di D’Annunzio suo esecutore testamentario. Maroni era medium e si sa di sedute durante le quali lui e il poeta evocavano il Caldeo, un misterioso personaggio morto nel 199 d.C., l’amatissima madre di D’Annunzio e, si dice, anche la Duse.

D’Annunzio, vivamente interessato a tutto ciò che era occulto e misterioso, frequentò per tutta la vita sibille, astrologi e sensitivi, non perdeva occasione per farsi fare pronostici e ospitò più volte al Vittoriale Bice Valbonesi, che in una dedica definì “messaggera del mondo occulto”, con la quale trascorreva lunghe ore per udire le “voci venenti dal Mistero”. Il Vittoriale ha un vastissimo parco che rievoca le imprese

belliche di D'Annunzio: vi trovano posto la prora della Nave Puglia, il MAS 96 che gli ispirò il motto *Memento audere semper*, l'aereo col quale nel 1918

Garda che si gode dal curatissimo giardino. Negli ultimi anni è stato allestito anche il museo *D'Annunzio Segreto*, dove fanno bella mostra di sé gli abiti, le calzature, le vestaglie del poeta, che fu un dandy elegantissimo, e anche delle donne che vissero con lui, prima fra tutte Laura Baccara, l'amante ufficiale, che

senza gelosie e anzi con orgoglio per le conquiste del Vate faceva da chaperon alle numerose amanti che D'Annunzio via via invitava al Vittoriale. Si può visitare inoltre il museo *D'Annunzio eroe* dove sono raccontate le imprese del poeta-soldato.

Al Vittoriale D'Annunzio conduceva una vita molto larga: aveva una ventina di persone di servizio e numerosi operai erano continuamente all'opera per costruire, ampliare, abbellire. Chi pagava tutto questo, visto che D'Annunzio, oltre che per la fama di poeta-soldato, era celebre anche per i debiti che anni prima l'avevano costretto a lasciare in tutta fretta l'Italia per trasferirsi in Francia?

Pagava Mussolini, o meglio lo Stato Italiano al quale nel 1923 Gabriele D'Annunzio aveva fatto dono di tutto. "Ma fu un affare anche per lo Stato", ha spiegato Guerri, "migliaia di libri preziosi (33.000 compresi quelli del primo proprietario), migliaia di pezzi artistici, e una casa-museo visitata ogni anno da 300.000 visitatori: si regge sui biglietti d'ingresso e dà lavoro a centinaia di persone".

sorvolò Vienna inondandola di volantini; un grande teatro all'aperto, portato compiutamente a termine ai giorni nostri.

Una visita al Vittoriale degli Italiani costituisce un'esperienza straordinaria: luogo panoramicamente affascinante, vista sul lago, memorie storiche, un'infinità di cose insolite da scoprire all'interno della Prioria, ultima e definitiva dimora di un poeta che, lo si ami oppure no, è stato unico nel suo genere.

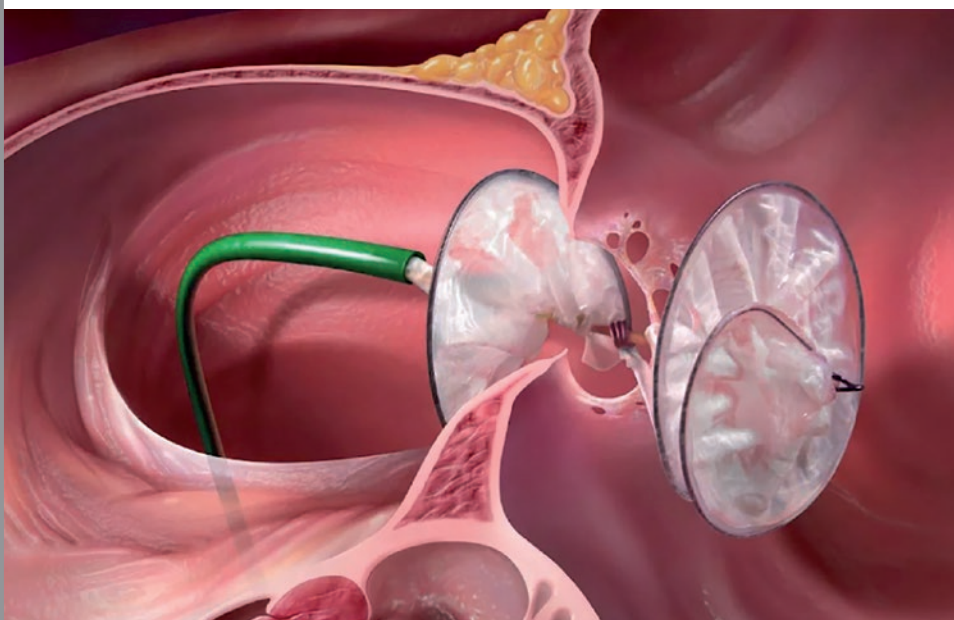




Flavio Giuseppe Biccirè Intervista Marco Zimarino



Quando il PFO fa paura: caratteristiche anatomiche e funzionali di alto rischio



Biccirè: Professor Zimarino, si sente sempre più parlare di forame ovale pervio. In cosa consiste e qual è la sua prevalenza nella popolazione adulta?

Zimarino: Il forame ovale rappresenta una comunicazione tra i due atri data da una pervietà tra il septum primum ed il septum secundum in prossimità della fossa ovale, la quale risulta fondamentale durante la vita fetale. In una percentuale non trascurabile (circa 25%) della popolazione si assiste alla mancata chiusura di questa pervietà e quindi alla sua persistenza anche dopo la nascita.

Biccirè: In che modo un PFO può risultare pericoloso?

Zimarino: È stata ampiamente dimostrata la correlazione del PFO con la presenza di eventi tromboembolici sul versante arterioso in relazione alla possibile embolizzazione paradossa destro-sinistra. Ogni anno circa 350.000 persone di età compresa tra i 18 e 60 anni e con PFO presentano un ictus ischemico criptogenico. La tromboembolia criptogenica del circolo di sinistra viene definita come qualunque evento ischemico del circolo sinistro di natura criptogenica includendo al suo interno anche lo stroke criptogenico. Nel momento in cui il PFO viene individuato come correlato all'evento ischemico cerebrale è bene parlare di stroke correlato al PFO e non più di stroke criptogenico.

Biccirè: Prof. Zimarino, qual è il meccanismo principale attraverso il quale un PFO può determinare uno stroke criptogenico?

Zimarino: L'embolia paradossa rappresenta senza dubbio il principale meccanismo in grado di correlare il PFO ad un evento ischemico cerebrale; si assiste infatti alla migrazione di un trombo dal sistema venoso al sistema arterioso. Altri meccanismi fisiopatologici alternativi alla base della correlazione PFO-stroke sono rappresentati dalla formazione di un trombo a cavallo del difetto interatriale, la disfunzione atriale sinistra e le aritmie sopraventricolari.

Biccirè: In quanti soggetti con stroke si può riconoscere il PFO come principale causa eziopatogenetica?

Zimarino: Tutt'oggi la stretta dimostrazione del rapporto di causalità tra PFO e stroke resta una questione di estrema complessità avendo il PFO un'elevata prevalenza nella popolazione generale tale da poter giustificare la sua identificazione anche come un semplice riscontro incidentale. È quindi necessaria un'estrema accuratezza nella valutazione delle caratteristiche di rischio di stroke del PFO in modo da selezionare quei pazienti che realmente beneficerebbero di un trattamento di chiusura del PFO, evitando una correzione "cosmetica".

Biccirè: Dunque, in un soggetto con stroke, il PFO può essere sia un attore protagonista che uno "spettatore innocente"?

Zimarino: Sicuramente un ruolo importante è giocato dall'età, in considerazione del fatto che, nelle prime decadi di vita, condizioni congenite quali il PFO rivestono senza dubbio un ruolo fondamentale nella fisiopatologia dell'evento ischemico, mentre già dopo la quinta decade di vita si assiste ad una maggiore prevalenza di altri meccanismi patogenetici. La fibrillazione atriale silente è senza dubbio la principale causa di stroke embolico per cui rappresenta il principale agente causale da indagare nel work-up diagnostico nei pazienti di età ≥ 55 anni, anche tramite un monitoraggio prolungato elettrocardiografico, per i quali appare anche giustificato l'impiego di loop recorder.

Biccirè: Quali sono le altre cause frequenti di stroke?

Zimarino: Altre cause di stroke sono rappresentate dall'aterosclerosi dell'arco aortico o del distretto intra- ed extra-cranico, dalle cardiomiopatie atriali, dall'embolia paradossa non-PFO relata (malformazione ar-

terovenose, difetti del setto interatriale e tetralogia di Fallot), da patologie neoplastiche, da processi endocarditici di diversa natura e dalle trombofilie ereditarie. Solamente dopo aver escluso la fibrillazione atriale in prima battuta e le altre principali cause di eventi embolici, è opportuno indagare la presenza di PFO e successivamente le sue eventuali caratteristiche di alto rischio.

Biccirè: Ammettiamo che un paziente non abbia una causa di ictus identificata. Ci sono dei criteri che ci aiutano a capire se effettivamente la presenza del PFO in quel paziente sia correlata ad un rischio aumentato di evento cerebrale?

Zimarino: Nei pazienti con PFO, i criteri di rischio di stroke vengono classificati in clinici, anatomici, funzionali e circostanziali. Il RoPE score (Risk of Paradoxical Embolism), elaborato sulla base di 12 database, combina alcuni di questi criteri con l'obiettivo di distinguere i PFO potenzialmente correlati allo stroke da quelli riscontrati incidentalmente. Tra i criteri anatomici del PFO è necessario indagare la sua ampiezza, la sua lunghezza, la presen-

za di un eventuale aneurisma del setto interatriale o di ipermobilità del setto interatriale (setto "floppy" con escursione del setto interatriale ≥ 5 mm), la prominenza ≥ 10 mm in atrio destro della valvola di Eustachio o della rete di Chiari ed infine l'eventuale presenza di un angolo acuto tra la vena cava inferiore ed il PFO. La valutazione ecocardiografica funzionale prevede inoltre la valutazione di un'eventuale ampio shunt destro-sinistro attestato dal passaggio di un numero ≥ 20 microbolle in atrio sinistro, a riposo o durante manovra di Valsava. Nell'ambito della valutazione clinica, i criteri associati a maggiore rischio di ricorrenza di stroke PFO-relato sono rappresentati dall'età avanzata, dalla presenza di disordini della coagulazione, dal D-Dimero >1000 ng/mL al momento del ricovero e dall'uso dell'acido acetilsalicilico rispetto alla terapia anticoagulante orale.

Biccirè: I primi trials randomizzati sulla chiusura percutanea del PFO (CLOSURE I trial, PC trial and RESPECT trial) non hanno dimostrato in nessun caso una significativa riduzione di ricorrenza di stroke nei pazienti sottoposti a chiusura del PFO rispetto ai pazienti trattati con sola terapia antitrombotica. Come mai?

Zimarino: Senza dubbio la mancata selezione di PFO con caratteristiche di alto rischio, uno scarso rigore nella selezione degli stroke realmente criptogenici e la brevità del follow-up nell'ambito di un rischio di ricorrenza di eventi ischemici annuale così basso, hanno contribuito ad ottenere tali risultati deludenti.

Biccirè: Cos'è cambiato successivamente?

Zimarino: Nel 2017 altri studi randomizzati (CLOSE trial, DEFENSE-PFO trial, REDUCE trial, subgroup analysis of long term RESPECT study), selezionando pazienti con PFO a rischio maggiore e considerando un follow-up più lungo rispetto ai trials precedenti, hanno smentito i risultati precedentemente ottenuti e dimostrato una significativa riduzione della ricorrenza di stroke ischemici in seguito a chiusura del PFO rispetto alla sola terapia antitrombotica (terapia antiaggregante o anticoagulante). La superiorità della strategia di chiusura del PFO è stata documentata in tutti i trials sopramenzionati.

Biccirè: Ci possono essere delle complicanze legate all'intervento?

Zimarino: La chiusura percutanea del PFO è generalmente associata ad un basso tasso di complicanze a lungo termine, stimate intorno al 2.6%. Tali condizioni, seppur rare, devono essere sistematicamente ricercate, specialmente se associate alla comparsa di sintomi. Tra le complicanze a lungo termine si evidenziano la persistenza di shunt, le aritmie atriali, l'embolizzazione del device stesso, i processi endocarditici, l'erosione delle pareti aortiche, la perforazione delle camere cardiache con versamento pericardico, fino al possibile tamponamento cardiaco.

Biccirè: E qual è il ruolo della terapia medica?

Zimarino: La singola terapia antiaggregante riveste un ruolo cardine nell'ambito della prevenzione secondaria di un evento ischemico cerebrale acuto, sia esso PFO-relato o meno, indipendentemente dal trattamento di chiusura del PFO. La terapia anticoagulante rappresenta una valida alternativa all'antiaggregazione in presenza di concomitanti indicazioni a tale tipo di terapia come la fibrillazione atriale, la trombosi venosa profonda, l'embolia polmonare o la presenza di una protesi valvolare meccanica. Nei pazienti sottoposti a chiusura percutanea del PFO è raccomandata generalmente la doppia terapia antiaggregante per ridurre gli eventi tromboembolici correlati all'impianto del device, stimati intorno a 1-2% per 1-6 mesi dopo la procedura; dopo i primi 6 mesi dal trattamento percutaneo viene invece presa in considerazione la singola terapia antiaggregante.

Biccirè: Concludendo la chiusura di PFO può essere indicata nei pazienti con stroke e caratteristiche anatomiche/cliniche di alto rischio?

Zimarino: Nei pazienti con alta probabilità che lo stroke sia correlato alla presenza del PFO e di ricorrenza di eventi ischemici, la chiusura del PFO deve essere presa in considerazione; si raccomanda invece un'approfondita valutazione clinica in quei pazienti con probabilità intermedia in modo da individuare la migliore strategia di trattamento, in accordo anche con il paziente stesso. Nei pazienti con basse probabilità di correlazione PFO-stroke e di ricorrenza potrebbe essere valutata anche una strategia di trattamento con sola terapia anti-trombotica. Ricordiamo che i benefici derivanti dalla chiusura del PFO vanno ampiamente e scrupolosamente soppesati con quelle che sono anche le possibili seppure rare complicanze procedurali.

Lettere a Cuore e Salute

DOMANDA

Cioccolata, gioia proibita?

Sono un goloso irredimibile. Adoro il cioccolato in tutte le sue forme e non sono capace di limitarmi. Anzi, non ero capace di limitarmi. Infatti da



quando ho avuto un piccolo infarto tutta la corte di miracoli che mi sta amorevolmente intorno (moglie, figli e parentame vario) me lo ha proibito drasticamente. I primi tempi ho provato a procurarmelo di nascosto, quasi fosse una droga di quelle vere, ma è stato inutile. Le attente indagini e le rigorose perquisizioni cui sono sottoposto hanno sempre avuto la meglio e non c'è stato nascondiglio, per quanto io mi sia profondamente ingegnato, che sia valso a scongiurare il sequestro del prezioso nettare. Sono mesi che non ne mangio, lo sogno ogni notte, ne sento continuamente l'aroma. Insomma, patisco terribilmente la sua mancanza. Un atroce dubbio però mi attanaglia: tanta sofferenza è davvero scientificamente giustificata?

Alessandro M., Arezzo

RISPOSTA

Gentile Alessandro, avendo anche io i miei problemi di gola, ho sofferto con Lei nel leggere la sua lettera. La totale astinenza dal cioccolato immagino sia veramente terribile. Terribile e forse non completamente motivata. Il cacao infatti non è necessariamente dannoso e, anzi, può anche avere un effetto protettivo sul nostro sistema cardiovascolare. Norman Hollenberg, il rinomato ipertensivologo di Harvard recentemente (2020) scomparso, trascorse un periodo sabbatico nelle isole al largo di Panama, incuriosito dal paradosso degli indios Kuna che, pur essendo incalliti consumatori di sale, ignoravano completamente cosa fosse la pressione alta, per lo meno fino a quando non si trasferivano sul continente. I membri di tale etnia erano soliti consumare le ingenti dosi di sale insieme ad altrettanto cospicue dosi di semi di cacao ed erano proprio questi ultimi a proteggerli dagli effetti dannosi del sale. Le urine di quegli indios presentano infatti, come scoperto da Hollenberg, elevate concentrazioni di vari derivati dell'ossido nitrico, sostanza ad azione vasodilatatoria notoriamente benefica per il cuore, la cui produzione è stimolata dalla epicatechina, uno dei flavonoli presenti nei semi del cacao e che contrasta l'insorgenza dell'ipertensione. Purtroppo la trasformazione dei semi del cacao in alcuni tipi di cioccolato, ad esempio quella al latte, può portare alla degradazione della gentile epicatechina ed alla conseguente perdita del suo effetto protettivo. La cioccolata al latte, inoltre, è ricca di zuccheri e grassi e quindi da sconsigliare anche per il suo elevato apporto calorico. Il cioccolato fondente e amaro ha invece mostrato di migliorare la funzione endoteliale delle coronarie, la funzione delle piastrine e di ridurre la resistenza all'insulina, una delle principali cause del diabete. Alcuni dati, ad onore del vero molto limitati, sembrano anche suggerire un suo effetto positivo sulla prevenzione degli eventi cardiaci maggiori.

In sintesi, quindi, caro Alessandro, dica effettivamente addio al cioccolato al latte, a quello bianco o al nocciolato ma si consoli pure senza remore con quello fondente. Mangiandolo forse non vivrà di più ma certamente neanche di meno. E sicuramente allevierà le sue attuali "terribili sofferenze".

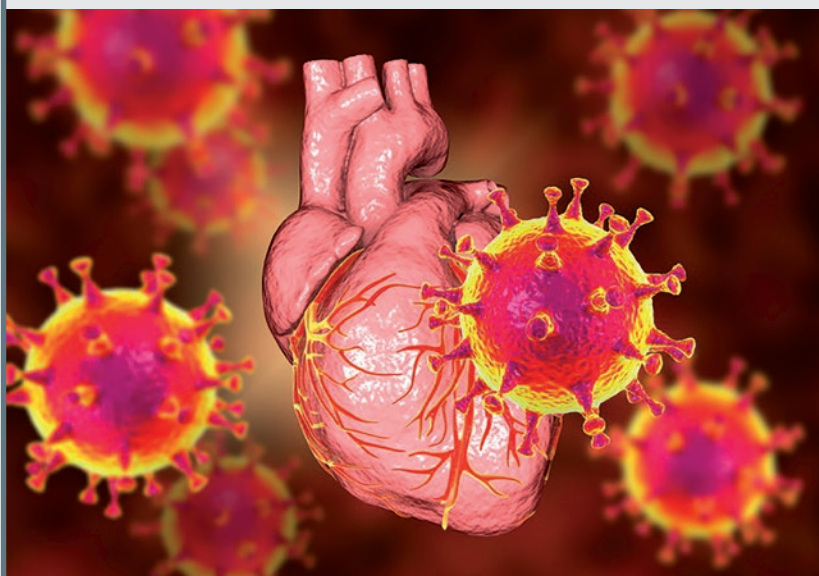
Cordiali saluti.

Filippo Stazi



Laura Gatto

Miocarditi e vaccino anti COVID-19: facciamo il punto



Nel Maggio 2021 il Centers for Disease Control and Prevention ha annunciato una **possibile correlazione tra la somministrazione di vaccini anti COVID-19 ad rna messaggero** (Pfizer-BioNTech e Moderna) **e l'insorgenza di miocarditi**. Israele è stato il primo paese ad intraprendere una campagna nazionale di vaccinazione contro il coronavirus con vaccino Pfizer-BioNTech, campagna iniziata nel Dicembre del 2020 e che nel Maggio 2021 aveva portato alla vaccinazione completa con entrambe le dosi di oltre il 54% della popolazione.

Witberg e coll. raccogliendo i dati del database del Clalit Health Services (la principale organizzazione sanitaria di Israele), hanno valutato **l'incidenza, il decorso clinico e la severità delle miocarditi nella popolazione Israeliana vaccinata contro il Covid-19** ed i risultati sono stati recentemente pubblicati sulla prestigiosa rivista New England Journal of Medicine.

Tra il Dicembre 2020 ed il Maggio 2021 **2.558.421** membri del Clalit Health Services hanno ricevuto almeno una dose di vaccino Pfizer-BioNTech, di questi 2.401.605 (94%) due dosi. I ricercatori hanno identificato i casi di miocardite diagnosticati entro 42 giorni dalla somministrazione della prima dose, individuando inizialmente 258 potenziali casi di miocardite. Dopo lo screening iniziale soltanto **54 pazienti** hanno soddisfatto i criteri della diagnosi di miocardite secondo la definizione dell'American Heart Association che è stata quella impiegata nello studio. Per molti dei pazienti esclusi (78), la diagnosi di miocardite era pregressa ed antecedente alla vaccinazione.

Per quanto riguarda la severità tra i 54 casi confermati: 41 pazienti si sono presentati con una miocardite lieve, 12 intermedia ed uno con miocardite fulminante. L'età mediana dei pazienti è stata di **27 anni** con una netta prevalenza del **sesso maschile** (94%). La maggior parte dei pazienti (83%) non presentava comorbidità importanti, al contrario il 13% assumeva terapie per patologie croniche. Un paziente riferiva una lieve disfunzione

ventricolare sinistra prima della vaccinazione. Il 67% dei casi ha ricevuto la diagnosi di miocardite dopo la seconda dose.

L'incidenza generale di miocarditi entro 42 giorni dalla somministrazione della prima dose è stata di **2.13 casi ogni 100.000 persone vaccinate**, incidenza che sale a 4.12 casi nel sesso maschile e scende a 0.23 casi per il sesso femminile. Per quanto riguarda invece l'incidenza in funzione dell'età, nella fascia d'età compresa tra 16 e 29 anni, l'incidenza è stata di 5.49 casi ogni 100.000 persone vaccinate, tale incidenza si riduce a 1.13 casi nella popolazione ultratrentenne. Pertanto **l'incidenza maggiore è stata nel gruppo di pazienti maschi con età compresa tra 16 e 29 anni, dove si sono registrati oltre 10 casi ogni 100.000 soggetti vaccinati**. Per quanto riguarda invece l'incidenza in funzione della severità, fortunatamente la più alta si è registrata per i casi di miocardite lieve (1.62 casi ogni 100.000 persone vaccinate) ed invece rarissimi possono essere definiti i casi di miocardite fulminante (0.04 casi 100.000 persone vaccinate).

Per quanto riguarda la presentazione clinica il **dolore toracico** è stato il sintomo più frequente (82%); i parametri vitali all'ammissione sono risultati generalmente nei limiti, solo un paziente si è presentato con instabilità emodinamica ma nessuno ha richiesto inizialmente l'impiego di farmaci inotropi o di supporto meccanico. L'**elettrocardiogramma** ha evidenziato un sopraslivellamento del tratto ST nel 53% dei pazienti in cui i dati elettrocardiografici erano disponibili, il 21% presentava un ECG normale, altre anomalie (alterazioni delle onde T, fibrillazione atriale e tachicardia ventricolare non sostenuta) erano presenti nei rimanenti casi. Il picco mediano della **troponina T** è stato di 680 ng/L.

Durante l'ospedalizzazione un paziente ha sviluppato shock cardiogeno che ha richiesto l'impiego dell'ECMO; nessuno degli altri casi ha invece necessitato di supporto inotropo, meccanico o ventilatorio. In un paziente è stata effettuata la biopsia miocardica che ha mostrato un'infiltrazione perivascolare di linfociti ed eosinofili. Il tempo medio di degenza è stato di tre giorni ed il 65% dei casi è stato dimesso senza indicazione ad assumere terapia a domicilio.

I **dati ecocardiografici** sono disponibili per 48 pazienti. La frazione d'iezione (FE) media è stata del $57.5 \pm 6.1\%$. La funzione ventricolare sinistra è risultata normale all'ingresso nel 71% dei casi; dei 14 pazienti (29%) che presentavano un certo grado di disfunzione il 17% ha mostrato una disfunzione lieve, il 4% una disfunzione da lieve a moderata, il 4% una disfunzione moderata, il 2% una disfunzione da moderata a severa ed il 2% una disfunzione severa. All'ecocardiogramma pre-dimissione 4 di questi pazienti hanno presentato il pieno recupero della funzione sistolica ventricolare sinistra; di cinque dei restanti dieci si possiedono i dati del follow up ecocardiografico che anche in questo caso ha mo-

strato una FE nella norma. Un versamento pericardico è stato riscontrato in dieci pazienti.

Lo studio presenta alcuni **limiti**, innanzitutto il periodo di osservazione troppo breve (circa 80 giorni) per giungere a conclusioni definitive riguardo la prognosi a lungo termine della miocardite post vaccinazione anti covid 19. Inoltre la raccolta dati si è limitata al Clalit Health Services, senza considerare le miocarditi diagnosticate e gestite nella rete extra-ospedaliera con conseguente possibile sottostima dell'incidenza dei casi.

Tuttavia i dati di Witberg e coll. hanno, a mio avviso, il **merito di aver cercato di quantificare questo possibile effetto collaterale della vaccinazione**, dimostrando che comunque si tratta di un evento raro e nella stragrande maggioranza dei casi con una **presentazione clinica non seria** e con una **prognosi molto favorevole**. Tale studio ha permesso inoltre di individuare un **sottogruppo di pazienti più a rischio (maschi con età compresa tra 16 e 30 anni)**, in cui nella fase immediata post somministrazione del vaccino bisogna fare più attenzione in caso di comparsa di sintomi, come il dolore toracico, per giungere ad una diagnosi e ad un trattamento che siano il più tempestivi possibili. Questi risultati devono anche essere letti in un'ottica di positività, soprattutto in questo momento storico in cui si è intrapresa la somministrazione della terza dose nelle categorie più a rischio e negli operatori sanitari!



Vittoria Rizzello

La gravidanza nelle donne affette da cardiopatie congenite: il sogno diventa realtà



Grazie al miglioramento delle tecniche chirurgiche, negli ultimi decenni stiamo sempre più assistendo ad un incremento di pazienti con cardiopatie congenite (CC) che raggiungono l'età riproduttiva. Di conseguenza, **sempre più donne con CC a media e alta complessità**, desiderose di diventare madri, **si presentano nei centri di riferimento per le CC per richiedere un counseling in merito ai rischi correlati ad un'eventuale gravidanza**. Mentre studi più datati hanno riportato alte percentuali di complicanze materne (inclusa la morte) e fetali, più recentemente l'ESC Registry Of Pregnancy And Cardiac disease (ROPAC) ha indicato un'evoluzione più positiva. Un ulteriore contributo alle evidenze disponibili su questo tema è fornito dal lavoro di Lammers e coll, recentemente pubblicato su European Heart Journal. Gli autori hanno pubblicato i loro risultati sul **più numeroso gruppo di pazienti con CC, ossia 4.015 pazienti, che hanno intrapreso una gravidanza** tra il 2005 e il 2018 in Germania (in totale 7.512 gravidanze). I dati analizza-

ti erano di tipo amministrativo, forniti dalla più grande compagnia assicurativa sanitaria tedesca. **Come gruppo di controllo sono state utilizzate 6.502 donne senza CC con 11.225 gravidanze.** I risultati hanno dimostrato che:

- 1) Il parto cesareo è risultato essere più frequente nelle donne con CC che nelle donne senza CC (40,5% vs 31,5%, $P < 0.001$);
- 2) **non è stato osservato alcun incremento di mortalità materna nelle donne con CC vs quelle senza CC;**
- 3) le donne con CC hanno presentato **più frequentemente stroke, scompenso cardiaco e aritmie** vs le donne senza CC ($p < 0.001$ per tutte le variabili), sebbene in assoluto tali complicanze fossero rare ($< 1\%$);
- 4) **la mortalità neonatale è stata bassa, ma comunque maggiore nelle pazienti con CC (0.83% vs 0.22%; $P = 0.001$).**

Inoltre, i figli di donne con CC avevano un più basso peso alla nascita, una maggiore prematurità e necessità di intubazione e terapia intensiva. **Tali complicanze neonatali erano più frequenti nelle forme più complesse di CC** (cuore univentricolare, trasposizione dei grossi vasi, sindrome di Eisenmenger). All'analisi multivariata, la complessità del difetto congenito materno, l'ipertensione arteriosa, lo scompenso cardiaco, la necessità di trattamenti dell'infertilità e il trattamento con anti-vitamina K erano predittori indipendenti dell'outcome neonatale. Infine, **nei figli delle donne con CC è stata osservata una ricorrenza di CC 6 volte più alta rispetto ai controlli.**

Lo studio di Lammers rappresenta un importante contributo nell'ambito della gestione delle pazienti con CC in età riproduttiva, con implicazioni pratiche molto rilevanti. Infatti, in queste pazienti, **la valutazione del rischio cardiovascolare materno in caso di gravidanza rappresenta un momento essenziale della gestione clinica.** Le linee guida europee raccomandano che tale valutazione sia effettuata, prima ancora del concepimento, sulla base della classificazione del rischio materno modificata dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (mOMS). **Nelle donne in classe IV (con ipertensione arteriosa polmonare o complicanze dell'intervento di Fontan) la gravidanza è controindicata e se già iniziata deve essere interrotta, perché grava-**

ta da un'altissima mortalità materna (40-100%). Nelle donne con patologie meno complesse, e quindi con un profilo di rischio meno elevato (classe I-III) la gravidanza non è controindicata, ma deve essere comunque gestita, preferibilmente dal **pregnancy team, in centri con competenze specifiche.**

I dati presentati da Lammers e coll rappresentano la dimostrazione che in realtà in cui viene effettuato un **corretto counseling pre-gestazione** le gravidanze ad elevato rischio sono molto rare nelle pazienti con CC (<1% nel loro studio) e questo si traduce in una mortalità materna che è uguale a

quella osservata nei controlli. Questo dato è sicuramente rassicurante e incoraggiante, profilando anche a queste donne la **possibilità di realizzare il loro desiderio di maternità.**

Tuttavia, la **maggiore frequenza di complicanze sia materne che neonatali** nelle donne con CC rispetto a quelle senza CC rappresenta un **elemento che deve essere ben noto ed adeguatamente bilanciato verso la volontà di ogni donna di diventare madre.** Analogamente, l'aumentato rischio di ricorrenza di CC deve essere considerato con attenzione, a causa delle importanti **implicazioni prognostiche e terapeutiche della ricorrenza di una CC nel neonato.**

In conclusione, lo studio di Lammers e coll costituisce un importante evidenza a favore della possibilità per le donne affette da CC di diventare madri. Tuttavia, lo studio sottolinea come **questo sia un percorso ricco di insidie e di possibili complicanze,** per la madre e per il bambino, che deve essere affrontato in un setting altamente specialistico e multidisciplinare e con la consapevolezza che il momento della nascita può rappresentare l'inizio di un'altra storia di cardiopatia congenita.

Bullismo cardiologico. Altri e nuovi tempi

Alla fine del secondo conflitto mondiale, 75 anni fa, tre generazioni, i giovani medici inseriti nelle cliniche universitarie e negli ospedali per imparare il mestiere o far carriera si resero conto ben presto che la ricerca medica aveva risentito dell'autarchia culturale del precedente ventennio e che per difesa la classe dirigente si era chiusa nel "jurare in verba magistri". Le diversità fra gli sconfitti e gli alleati si rilevarono subito: da una parte i sulfamidici di Domag poco utili, dall'altra la penicillina di Fleming un miracolo; da noi si disquisiva ancora sui soffi, da loro era iniziata l'esplorazione del cuore con il cateterismo; le V2 contro l'atomica. In medicina, almeno da noi, pesava l'annoso ostacolo allo scambio delle idee e alla meritocrazia. Spesso il rapporto fra direttori o primari con i nuovi assistenti pareva regolato più dal rilievo degli errori di questi che dall'insegnamento a non farli di quelli. Sembrava uno stratagemma utile al docente per mascherare la propria inadeguatezza alle nuove conoscenze e per riflesso anche al discente costretto a trovare da sé le risposte, da cui l'indiretta dimostrazione delle proprie incapacità. Non era certo una forma di bullismo ante litteram fra chi deteneva il potere della conoscenza contro coloro che la cercavano, bensì una necessità sentita ma non espressa di quei tempi difficili, alla "ricerca del tempo perduto". Questo "giochetto", che faceva di necessità virtù, durò pochi anni poiché ben presto i giovani allievi si resero conto dalle riviste scientifiche e dai libri più aggiornati che all'estero, laddove il progresso non



Missile V2

aveva avuto lunghe soste, il dialogo c'era e vi si potevano apprendere con facilità sia le nuove tecniche che i loro risultati. Cominciò quindi quell'emigrazione culturale, allora riservata a pochi e spesso favorita dagli stessi docenti, verso altri paesi europei e di oltre atlantico. Dove effettivamente l'aggiornamento era assicurato e in molti casi si stabiliva un rapporto permanente con alcuni di quei ricercatori appassionati dell'insegnamento, disponibili ad essere consultati in qualsiasi momento e che, come diceva Camerini dopo essere stato a Londra dal famoso Goodwin, non si sorprendevo se l'ultimo arrivato interloquiva con un "I am not agree with you", anzi erano lieti del confronto.

Mi sorprendo quindi oggi leggendo un articolo di Camm CF e coll. su Heart di ottobre 2021, nel quale si denunciano numerosi episodi di bullismo nel Regno Unito, soprattutto contro i giovani cardiologi stranieri da parte dei consulenti locali. Un fenomeno nuovo da quelle parti, ma rilevato anche nel Pakistan, a Singapore e in Australia, i paesi a loro legati, e che dura già da 10 anni. Con grave disappunto dei giovani apprendisti, nei quali pare si siano addirittura verificati episodi di esaurimento nervoso e di idee suicide. Un'incidenza di bullismo calcolata globalmente intorno all'11%, a carico soprattutto dei maschi (59%), data la maggiore emigrazione di questi, ma più pesante per le giovani mediche dati i frequenti riferimenti sessisti. Le motivazioni sono state anche di tipo razzista (3%) e omofobo (2%). I più colpiti sono gli stranieri europei (7%). I rilievi prevalenti dei consulenti verso i bullizzati sono stati la loro inadeguatezza alle mansioni assegnate (12%) e l'incapacità ad assimilarle (9%), mentre i calunniati li rimpallano denunciando un loro comportamento da bulli o da "machos" (82%). Circa le espressioni razziste esse vanno purtroppo messe nel conto di quanto accade oggi in molti paesi, considerando anche che il 58% degli apprendisti non erano bianchi. Naturalmente i bullizzati hanno reagito trascurando il lavoro e l'assistenza ai malati.

Il tutto, come viene riferito da Camm e coll., è soprattutto a ca-



Narciso, dipinto del Caravaggio

rico dei cardiologi, circa il doppio rispetto alle altre specialità (12.3% vs 6.9%), ed è giustamente considerato un grave vulnus nella tradizione britannica. La loro Società di Cardiologia infatti si sta adoperando per la formulazione di un piano contro questo fenomeno del bullismo a così alto livello della cultura. Da noi, invece, è migliorato quello delle cliniche, però primeggia il bullismo dei sottosviluppati, di coloro "c'hanno perduto il ben dell'intelletto", dei no-Vax/no-tutto, e dei monelli pericolosi; tutti forse giustificati per non aver letto o male il mito di Narciso, ma che comunque lo stanno interpretando nel peggiore dei modi.

“

Da “I QUIZ UNIVERSALI” di Cecco Gambizzato.

L'aquilone delle coppie che durano

“L'aquilone nostro”

Quant' è bello 'st' aquilone,
'ncopp' 'e nuvole è vulato,
cu 'nu spago luongo luongo
'o tenimm' assicurato.

'O facimmo vula' a duie,
poco tu, 'nu poco io,
sta' sicura ca nun fuie,
'o progetto è tuo e mio.

Nun è fatto 'e cartapesta,
nun se spezza, nun te molla,
'n mano 'o filo nun te resta,
si c' ammore è fatta 'a colla.

Basta sulo 'a comprensione
e 'o rispetto 'ncapo in testa,
nun se scassa l'aquilone,
sfida 'o viento e 'a tempesta.

'A struttura è resistente,
quann' bona è l'intenzione
ed in volo è cchiù splendente
si ce sta pure 'a passione

e, pazziann' sempe 'nsieme,
senza vinto o vincitore,
ce vulimm' assai cchiù bene
e, accussì, passano l'ore.

Passa 'o tiempo, scorre 'a vita,
fra cient' ann' cala 'o telo,
sempe appis' a 'st' aquilone
nuie saglimmo, 'nsieme,.... 'n cielo.



Illustrazione dell'Artista Antonio Esposito

Cecco Gambizzato

”

Quando posso tornare a guidare?

È la classica domanda posta dalla maggior parte dei pazienti sottoposti ad impianto di un defibrillatore. Guidare significa autonomia di movimento, indipendenza, autostima, capacità lavorativa e quindi tale richiesta è chiaramente comprensibile. Tale legittima esigenza è però controbilanciata dal rischio connesso con un ritorno troppo precoce alla guida. In realtà la conduzione di un autoveicolo non rappresenta un fattore di rischio per la comparsa di aritmie, però è possibile che, qualora queste comunque si verificano, il defibrillatore, pur salvando la vita al paziente, non sia in grado di prevenire una temporanea perdita di coscienza.



za che, durante la guida, può essere dannosa per sé stessi e per gli altri.

Le restrizioni alla guida dopo l'impianto di un defibrillatore hanno una duplice origine, legata, rispettivamente, alla procedura chirurgica ed alla cardiopatia di base. Per la prima sono sufficienti quattro settimane di attesa, il tempo necessario alla completa guarigione della ferita chirurgica nonché il periodo in cui è maggiore la probabilità che si verifichino complicanze legate all'impianto. Il secondo aspetto, quello legato alla cardiopatia sottostante, è quello predominante. In questo ambito è importante tenere conto dell'indicazione all'impianto: prevenzione primaria, cioè il paziente è ad alto rischio di aritmie ventricolari maligne ma ancora non le ha mai presentate o prevenzione secondaria, quando il paziente le ha già avute. Nel secondo caso il paziente ha un maggiore rischio di nuove aritmie, soprattutto nelle prime fasi successive all'evento già verificatosi. Da ciò deriva la necessità di differenziare il tempo di limitazione alla guida in questi due contesti: in genere quattro settimane, quelle legate alla

problematica chirurgica, per i pazienti in prevenzione primaria e tre o, più spesso, sei mesi, a seconda dei paesi, per quelli in prevenzione secondaria o dopo ogni evento aritmico di rilievo.

I sei mesi di astensione dalla guida che sono comunemente prescritti dopo l'impianto di un defibrillatore in prevenzione secondaria o dopo un evento aritmico sintomatico, derivano, però, da dati ormai stagionati e sono probabilmente un periodo eccessivo che potrebbe essere ridotto a 3 mesi alla luce dei risultati più aggiornati disponibili in letteratura. Un recente studio canadese su circa 700 pazienti, impiantati tra il 2016 ed il 2020 in prevenzione secondaria, mostra, ad esempio, che il rischio di recidive aritmiche è del 34% nei primi tre mesi successivi all'impianto ma scende all'11% dal terzo al sesto mese e si mantiene poi successivamente costante, con un 12% tra i 6 e i 12 mesi. L'incidenza cumulativa di sincope aritmica, quella più temuta durante la guida, è risultata dell'1,8% nei primi 3 mesi successivi all'impianto e dello 0,4% tra il terzo e il sesto mese. I pazien-

ti con cardiopatia ischemica, in accordo con i dati già noti, hanno un più alto rischio rispetto a quelli con cardiopatia non ischemica.

Sulla base di questi dati e degli altri analoghi che si stanno accumulando, sembra perciò ragionevole l'accorciamento del periodo di restrizioni alla guida privata ad un massimo di 3 mesi. Una simile riduzione potrebbe migliorare significativamente la qualità della vita e l'indipendenza dei pazienti, aiutandoli a tornare alla piena capacità della loro vita sociale e professionale. D'altro canto l'implicazione sociale di tale variazione, dal punto di vista della sicurezza, sarebbe minima, perché i tassi aritmici sono, come detto, molto bassi. Diverso atteggiamento, ovviamente, va riservato per la guida degli autoveicoli a scopo commerciale. La guida professionale è infatti sempre proibita essendo superiore il tempo passato al volante e maggiori le responsabilità e le possibili conseguenze avverse connesse con la guida. Pensiamo, ad esempio, alle conseguenze potenzialmente catastrofiche della perdita di controllo, per malore del conducente, di un pullman o di un camion.



di Aldo Di Giulio

Inquinamento atmosferico e COVID-19

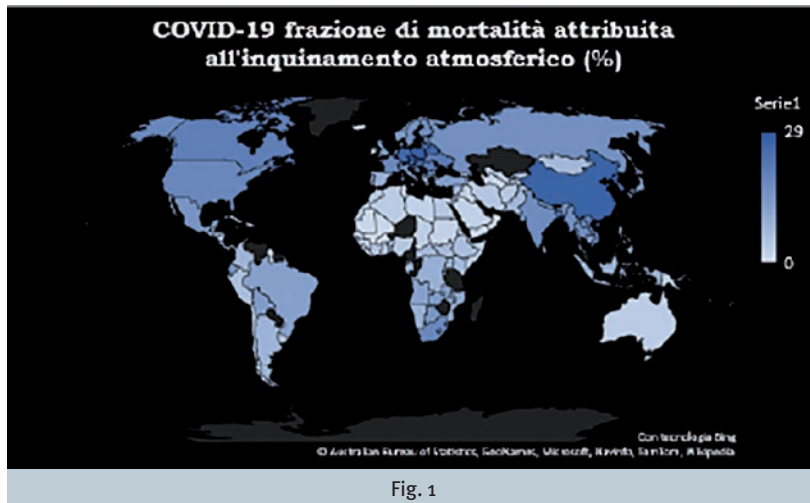
La scienza medica si interroga se fra l'inquinamento atmosferico (PM10, PM2,5) e la pandemia dal Coronavirus, SARS-CoV-2, ci sia un nesso scientifico documentabile. Ambedue i contaminanti considerati, chimico (PM10, PM2,5) e biologico (coronavirus), hanno la via dell'aria ambiente come mezzo di trasmissione e il bersaglio comune dei polmoni. Entrambi, sia pure in modo distinto, possono determinare disfunzione endoteliale vascolare, stress ossidativo, trombosi, aggressione al sistema immunitario. Il virus patogeno che determina la malattia, il COVID-19, presenta complicanze respiratorie, infarto miocardico, aumento dei biomarcatori che si rilevano anche con elevati livelli di inquinamento atmosferico. Il rapporto tra inquinamento atmosferico e COVID-19 è stato oggetto di studio in 65 lavori pubblicati. In Cina una ricerca svolta nel 2003 con 5.327 casi segnalati e circa 349 decessi, ha presunto che l'incidenza dell'inquinamento atmosferico potesse aggravare gli esiti sanitari dal SARS-CoV-1, antesignano del SARS-CoV-2. I due coronavirus sono simili in quanto i loro genomi sono estre-



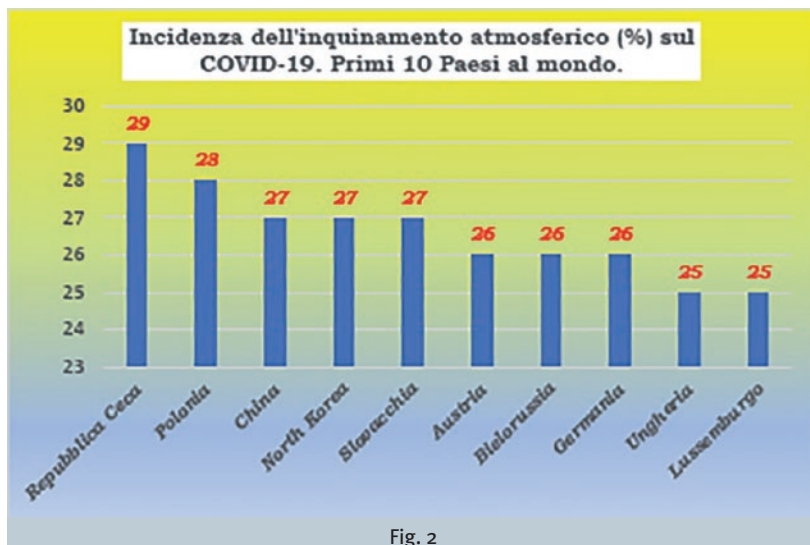
mamente correlati e i virus entrano nelle cellule ospiti legandosi allo stesso recettore di ingresso angiotensina-enzima di conversione 2. Un'analisi su l'esposizione a breve termine ha dimostrato che i pazienti con SARS provenienti da regioni con API (indice di inquinamento atmosferico, considerato in base alle concentrazioni del particolato, anidride solforosa, biossido di azoto, monossido di carbonio e ozono al livello del suolo) moderato avevano un aumento dell'84% del rischio di morire di SARS rispetto a quelli provenienti da regioni con API basse. I pazienti con SARS provenienti da regioni con API elevate avevano invece un aumento del 218% della probabilità di morire di SARS rispetto a quelle provenienti da regioni con API basso.

In Italia la Protezione Civile ha calcolato che al 21 marzo 2020, la mortalità da COVID-19 in Lombardia ed Emilia Romagna è stata di circa il 12% mentre nel resto di Italia è stata di circa il 4,5%. Il Royal Netherlands Meteorological Institute, studiando il monitoraggio dell'ozono dal satellite della Nasa, ha affermato che il Nord Italia rappresenta una delle aree più inquinate di Europa anche a causa della morfologia e orografia del territorio. La popolazione, con una età media avanzata e affetta da altre comorbidità, che vive in un'area fortemente inquinata, potrebbe avere le difese delle ciglia e delle vie aeree superiori indebolite sia dall'età che dall'esposizione cronica all'inquinamento atmosferico e l'esposizione al virus SARS-CoV-2 aggraverebbe lo stato di salute. Un sistema immunitario debole, per l'esposizione cronica all'inquinamento atmosferico, può portare a un distress respiratorio acuto (ARDS) e alla morte, in caso di gravi comorbidità respiratorie e cardiovascolari. L'alto tasso di inquinamento atmosferico dovrebbe essere considerato, quindi, come un ulteriore cofattore dell'elevato livello di letalità nelle regioni del Nord Italia. Anche ricerche svolte in Inghilterra e nei Paesi Bassi hanno confermato i riscontri fra la cattiva qualità dell'aria ambiente e l'infezione da COVID-19 (fonte: ESC European Society of Cardiology Cardiovascular Research Volume 116, N.114, 1 dicembre 2020, Pagg.2247-2253. Contributi regionali e globali dell'inquinamento atmosferico al rischio di morte per COVID-19 Pozzer, Dominici, Haines, Watt, Munzel, Lelieveld).

La cattiva qualità dell'aria influisce mediamente per il 15% sulla mortalità da Covid-19 nel mondo. L'area ove l'incidenza dell'inquinamento atmosferico risulta maggiore è l'Asia orientale (27%), seguono l'Europa (19%), Nord America (17%) e l'Asia del sud (15%). Al livello inferiore sono il Sud America (9%), Asia occidentale (8%) e l'Africa (7%). L'Oceania risulta all'ultimo gradino con appena il 3% (Fig 1)



L'influenza dell'inquinamento sulla pandemia dal COVID-19 indica che 8 Paesi sui primi dieci nel mondo sono in Europa (Fig.2) (fonte: Cardiovascular Research "Informazioni supplementari" Volume 116, N.114, 1 dicembre 2020, Pagg. 2247-2253).



I dati dei decessi per il COVID-19 in USA sono stati raccolti dalla John Hopkins University fino al 22 aprile del 2020, in 3.087 contee su 3.142, il 98% della popolazione, di cui il 42% ha riportato decessi per COVID-19. L'indagine ha considerato 20 potenziali fattori di confusione, la dimensione della popolazione, la distribuzione per età, densità di popolazione, periodo di tempo dall'inizio della pandemia, tempo trascorso ai confinamenti domiciliari, letti ospedalieri, numero di individui testati, condizioni meteorologiche, fattori socioeconomici e di rischio come obesità e fumo. Lo studio ha mostrato una confrontabilità fra le cause di morte dei pazienti da COVID-19 e quelle che determinano la mortalità da PM2,5. Il rischio di mortalità dal virus è aumentato fino all'8% con l'incremento del contaminante. L'effetto dello smog su gli esiti sanitari della pandemia in Cina nel 2020, è stato valutato con la correlazione spaziale dell'inquinamento da particolato. Un'analisi trasversale è stata eseguita per esaminare il valore giornaliero del PM2,5 e PM10 nello spazio con il tasso di mortalità da COVID-19,

attraverso il metodo di regressione lineare multipla. La ricerca ha riguardato 49 città tra cui Wuhan, 15 città all'interno dell'Hubei e 33 città fuori dell'Hubei con non meno 100 casi al 22 marzo 2020, pervenendo alla conclusione che il tasso di mortalità da COVID-19 ha una forte associazione con PM2,5 e PM10 sia nella provincia di Hubei che nelle altre città della Cina. Il tasso di mortalità delle città all'interno dell'Hubei era inferiore a quello di Wuhan.

Una conclusione congrua sul rapporto tra inquinamento atmosferico e COVID-19 sarà possibile solo al termine della pandemia tuttavia i dati finora disponibili suggeriscono che l'inquinamento atmosferico è un importante cofattore che aumenta la mortalità dal COVID-19. Le precondizioni broncopolmonari e cardiovascolari, tra cui ipertensione, diabete, malattia coronarica, cardiomiopatia, asma, BPCO e malattie acute delle vie inferiori, tutte influenzate negativamente dall'inquinamento atmosferico, portano infatti a un rischio più elevato in caso di infezione da COVID-19.

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

Vito Cagli di Roma

Maria Luisa Coen di Roma

Francesco Frazzini di Roma

Antonio Giovanzana di Roma

Andrea Gobbo di Besana Brianza

Anna Alice Mazzola di Milano

Margherita Occhipinti di Modica

Giuseppina Paton di Portogruaro

Eligio Piccolo di Mestre

Lorenzo Zotti di Padova



di Bruno Domenichelli

Dacci oggi il nostro astratto quotidiano

Omologazione comportamentale, conformismo ideologico, scarsa fantasia: sono fra le malattie collettive che hanno portato l'uomo al materialismo e all'egoismo e che stanno uccidendo lo spirito di un'Umanità sempre più indifferente all'armonia fra cielo e terra. Anche "Dio è morto", afferma Nietzsche. E con la Sua "scomparsa" vediamo agonizzare la spiritualità che per millenni ha animato la nostra avventura esistenziale.

Ma a salvarci potrà essere ancora l'arte, con la sua scintilla di laica spiritualità. E non solo l'arte dei secoli d'oro del Rinascimento che, con la sua "bellezza" e i suoi espliciti intenti "devozionali" stimolava l'uomo al trascendente. Ma anche, oggi, le diverse forme di arte contemporanea, ed in particolare l'arte astratta, che, rifiutando la materialità del figurativo, ha visto intensificarsi la subliminale e gratuita spiritualità del suo messaggio.

Nel suo *Lo spirituale nell'arte*, W. Kandinskij sottolinea la capacità dell'arte di parlare al cuore umano, di "esprimere l'inesprimibile", di attingere alla trascendenza. "Ogni oggetto, ogni parola... - afferma - ci dà un'emozione



Paesaggio con macchie rosse, W. Kandinsky (1913)

interiore... La pittura sarà un'arte pura al servizio del divino". E aggiunge: "È chiaro che la forza spirituale dell'arte si presenta come un gradino per andare oltre..." La vera opera d'arte nasce dall'artista in modo misterioso, enigmatico, mistico... vive e agisce..." per la "creazione della vita spirituale."

L'arte astratta, così come il surrealismo, escono dalla sfera del razionale per percorrere i sentieri dell'irrazionalità, facilitano la comunicazione dell'Io con l'inconscio e ci additano la strada al trascendente, per riappropriarci dell'originalità e della libertà del pensiero.

Nel "Paesaggio", di Kandinskij, sono ancora riconoscibili elementi paesaggistici, reminiscenze infantili dell'autore. Ma l'impianto essenzialmente astratto, le sue dinamiche linee di forza e la suggestione delle macchie di colore, inducono nell'osservatore subliminali risonanze estetiche ed emotive e suscitano richiami alla creatività. Entrare in consonanza con la "spiritualità" della composizione può allora essere un rimedio contro l'omologazione quotidiana della nostra epoca e l'atrofia della creatività, un modo per respirare anche noi l'atmosfera "spirituale" emanata dalla composizione astratta.

Kandinskij ci ripropone così un esempio del socratico "gnosi seautòn" e ci invita a percorrere la strada di quella libertà di espressione che, negli stessi anni, era terapeuticamente auspicata da Freud.

Il felice connubio fra razionalità e fantasia proposto dall'arte astratta, è anche per noi un invito al rispetto dell'"ecologia dello spirito", basata su una sana armonia fra razionale e irrazionale, fra astratto e figurativo, spirito apollineo e spirito dionisiaco.

Gli analfabeti di medicina

Ascoltando per radio una rassegna giornalistica, mi ha sorpreso l'affermazione di un "collega non medico" secondo il quale gli italiani sono analfabeti di medicina. È un giudizio un po' forte, che non avevo sentito finora così esplicito, evidentemente legato al comportamento dei molti, in Italia circa sei milioni ossia il 10%, che negano l'esistenza del Covid-19 o quantomeno la gestione della pandemia da parte delle organizzazioni sanitarie. Sono i cosiddetti no-vax. Capisco che i giornalisti di professione si guardino dalle ritorsioni dei benpensanti, dalle eventuali correzioni o querele degli esperti e soprattutto dalla penna blu dei loro direttori, ma non trovo argomenti per pensare al contrario rispetto a quel giudizio tranchant sui tanti ignoranti che imperversano, anche quando i virus ci lasciano in pace. Non mi riferisco soltanto ai cittadini che si fermavano alla quinta elementare o, dopo l'obbligo, alla terza media, ma anche ai laureati non medici, e ci aggiungerei pure i Nobel nostrani: quando mai essi hanno dovuto studiare a scuola nozioni mediche o di prevenzione come materie obbligatorie? Coloro che come me hanno studiato scienze alle medie superiori, materia presa un po' sottogamba, sanno che era solo un'infarinatura sul mondo animale, ma su come girasse la circolazione del sangue nell'umano, funzionassero il cuore, il cervello e i reni, nemmeno si esponevano tabelloni a fumetti. Per non parlare delle malattie dell'infanzia e di quelle che ci attentano la vita da grandi.

Alcuni anni fa, su questa stessa rivista mi azzardai ad affermare che la religione, in molti istituti scolastici obbligatoria, era materia da includere nella filosofia, mentre si sarebbe dovuto introdurre l'educazione sanitaria con votazione vincolante. Ero mosso non solo dalle considerazioni che sono poi emerse così brucianti negli attuali no-vax, ma anche





dal fatto che noi medici perdiamo più tempo per spiegare al paziente il suo problema che a visitarlo, rimanendo spesso alla fine del rapporto con la convinzione che egli non abbia ben capito il necessario o, piuttosto, si sia fatto nel segreto della sua incapacità di intendere e di volere un atto di fede. Il sospetto mi venne subito confermato nel successivo numero di Cuore e Salute, dove ricevetti la lettera di una lettrice romana che con garbo dissentiva dalla mia proposta, ma pure con il tono di chi temesse un attentato al Concordato fra Stato e Chiesa. Più comprensivo fu il format di un mio amico e paziente, il quale, pur avendo fatto le scuole alte, rifiutava di capire che i suoi crampi al camminare erano dovuti alle arterie chiuse delle gambe e non a un reumatismo, pagava volentieri un massaggiatore, ma gradiva che gli ripetessi la storiella del sangue che arrivava scarso nelle estremità e provo-

cava il morso nel “fatale andare”, espressione che lo riportava piacevolmente ai ricordi liceali. Un caso, se vogliamo, di no-vax, ma senza danno per gli altri. Pensando però alla sopravvivenza e ai danni dei no-vax, un vero castigo di Dio, i quali ci hanno fatto pensare ai peccati dell’umanità, all’inquinamento globale, all’imperizia dei laboratori cinesi, alle “speculazioni” farmaceutiche e alle mancate prevenzioni mediche e anagrafiche, mi viene solo in mente un’ineffabile espressione bolognese: “ma ch’ al vegne un caancher, che Dio li benedica”. Com’è possibile che circolino impuniti tanti contestatori, che si radunino come primati in libera uscita con cartelli che ci riportano a Cagliostro, che non sappiano, per ignoranza unita alla presunzione, come si è giunti ai vaccini e alla penicillina, partendo dal pensiero nobile e dalle erbe, e che il loro

razionale, quel poco che esprimono con tanta sicumera, anche quel poco viene dal cervello e non dal microbioma. Pensando a tutto ciò, mi domando a chi ci dobbiamo rivolgere e a chi affidarci? Non certo alla natura, che secondo Leopardi ci porta a un disegno universale che non sappiamo dominare. Forse, ma per la mia fortunata esperienza di medico direi certamente, alla scienza e all’etica, l’una non disgiunta dall’altra.

I pensatori antichi, quelli che avevano saputo riunire i due concetti, specie i biblici, avevano fatto derivare dalla famosa disubbidienza nell’Eden la necessità che il “ben dell’intelletto”, al quale si unisce anche la scienza, si associasse alla migliore etica per i supremi destini dell’uomo. Purtroppo o fortunatamente, secondo i punti di vista, la vicenda del Covid-19 ha riportato alla luce con maggiore evidenza la nostra miseria del presumere, dell’essere ancora sedotti dal suggerimento maligno dell’“*eritis sicut Dii*” (diventerete Dei), di voler sapere, come dicono pedestremente dalle mie parti, una pagina più del libro; mentre siamo soltanto dei decadenti Narcisi allo sbaraglio.

Il drone è più veloce dell'ambulanza

L'arresto cardiaco extraospedaliero, quello che si verifica in casa o per strada, è un'evenienza temibile, la sopravvivenza è bassissima e dipende dalla precocità del trattamento. Ogni minuto che trascorre senza la defibrillazione cardiaca riduce le possibilità di restare in vita del 7-10%. Ogni secondo è fondamentale per preservare la successiva funzione cerebrale. Purtroppo quando serve è estremamente difficile far giungere un



defibrillatore nei tempi necessari, specie nei luoghi troppo affollati, in cui il traffico rallenta inevitabilmente il tragitto dell'ambulanza o in quelli impervi e con scadenti collegamenti stradali. Un possibile aiuto in questi casi potrebbe però giungere dal cielo. La Divina Provvidenza, infatti, può assumere le sembianze di un drone, uno di quei piccoli apparecchi che volteggiano spesso sopra le nostre teste per acquisire splendide riprese televisive dall'alto o per far divertire i nostri bambini. Uno studio svedese ha recentemente testato la possibilità di far recapitare da questi apparecchi un defibrillatore sul luogo dell'arresto e ha confrontato la loro performance con quella delle ambulanze tradizionali.

Tra il giugno e il settembre del 2020, in un'area della Svezia di 125 Km² e 80.000 abitanti, alla centrale del locale 118 sono giunte 53 chiamate per sospetto arresto cardiaco. In tutti i casi è stata immediatamente fatta partire un'ambulanza. In 12 occasioni contemporaneamente all'autoveicolo si è messo in viaggio anche un drone. Nelle altre circostanze il dro-

ne è rimasto a terra per motivi vari: cattive condizioni meteorologiche o di visibilità, presenza di "no fly zone" o necessità di sorvolare zone eccessivamente affollate che, al momento, sono interdette a tali dispositivi. 11 volte su 12 il defibrillatore è stato consegnato con successo, con una distanza media di 9 metri dal paziente in arresto. Il tempo mediano di arrivo del defibrillatore col drone è stato di 9 minuti e 8 secondi contro i 9 minuti e 53 secondi impiegati dall'ambulanza. In 7 casi il drone è però arrivato significativamente prima dell'ambulanza precedendola, in media, di 1 minuto e 52 secondi. Risparmio di tempo che si traduce in un aumento di probabilità di sopravvivenza del 15-20%.

Molti aspetti sono sicuramente da perfezionare, come aumentare l'autonomia di volo dei droni, ridurre le restrizioni al loro utilizzo e, soprattutto, diffondere la cultura della rianimazione, in modo che il defibrillatore giunto a destinazione possa trovare chi è in grado di usarlo, ciò nonostante tale strada sembra assolutamente meritevole di essere percorsa.



Involtini di verza light

Ingredienti per 4 persone:

10 foglie grandi di verza
1 fiordilatte grande
Prosciutto cotto q.b
Passata di pomodoro
1 spicchio di aglio
Sale q.b
Olio evo q.b.

Preparazione

Sbollentare per qualche minuto le foglie di verza in acqua bollente.

Scoliamole, asciugiamole con un canovaccio e facciamole raffreddare.

Nel frattempo mettiamo in un tegame un filo di olio, un pizzico di sale e del pomodoro e cuociamo per dieci minuti.

Togliamo la parte centrale più dura della verza.

Prendiamo la foglia e adagiamo sopra una fettina di mozzarella e una di prosciutto cotto. Arrotoliamo e chiudiamo con un paio di stecchini. Adagiamoli nella padella e facciamoli insaporire per circa cinque minuti e poi serviamoli.

Buon Appetito!

aforismi

I fanciulli prodigio spesso sono fanciulli i cui genitori hanno molta immaginazione.

> *Mark Twain*

Se i risultati di una ricerca non sono già noti prima di iniziare, non si troverà mai un fesso disposto a finanziarla.

> *Arthur Bloch*

In Italia la borghesia è illuminata solo quando qualcun altro paga la luce.

> *Valentino Parlato*

Se, come dice la scienza, l'organo crea la funzione e la funzione sviluppa l'organo, come si spiega che il cieco Tiresia sia stato il più veggente dei greci, il brutto Socrate parlò della bellezza meglio di tutti, l'eunuco Soadi cantò l'amore con più dolcezza di qualunque altro persiano e che il sordo Beethoven abbia creato la musica più meravigliosa?

> *Giovanni Papini*

L'assurdità dell'avarizia sta nel fatto che l'avarò vive da povero e muore da ricco.

> *Vittorio Buttafava*

Rimanere se stessi in un mondo che giorno e notte si adopera per trasformare ciascuno di noi in un essere qualsiasi, vuol dire combattere la battaglia più dura della vita.

> *Romano Battaglia*

Mio padre andava sempre a testa alta. Era onesto. Ma aveva certi colletti alti così.

> *Marcello Marchesi*

La morte è difficile fissarla. Ma qualche occhiata è bene lanciarla.

> *Francois de la Rochefoucauld*

Bisogna essere decisi anche nel tergiversare.

> *Stanislaw J. Lec*

Non c'è niente di più temibile dell'ignoranza attiva.

> *Johann Wolfgang Goethe*

Le convenzioni più radicate sono nemiche della verità più delle bugie.

> *Friedrich Nietzsche*

Chi trova un amico trova un tesoro, chi trova un tesoro se ne frega dell'amico.

> *Open*

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

> *Indro Montanelli*

È semplice rendere le cose complicate ma è complicato renderle semplici.

> *Arthur Bloch*

I pazzi aprono le vie che poi percorreranno i savi.

> *Carlo Dossi*

Lasciati un nemico per la vecchiaia.

> *Proverbio cinese*

Il vizio è il male che si fa senza piacere.

> *Colette*

L'amicizia è una imbarcazione grande abbastanza per portare due persone col mare calmo ma una sola nella burrasca.

> *Ambrose G. Bierce*

Ciò che ci dà tanto astio contro quelli che ci giocano d'astuzia, è il fatto che si credano più intelligenti di noi.

> *Francois de la Rochefoucauld*




Essere stupidi, egoisti e avere buona salute, sono tre requisiti per la felicità. Se manca la stupidità, manca tutto.

> *Gustave Flaubert*

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 € 35.00 (invio tramite corriere) 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.



Centro per la Lotta contro l'Infarto
Fondazione Onlus

Capire per prevenire

5X1000

LA NOSTRA RICERCA HA BISOGNO DEL TUO AIUTO!

Una scelta che fa bene al cuore

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

COME DESTINARE IL TUO 5 X1000

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

Firma per la prevenzione

oppure

Firma per la ricerca

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

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

FIRMA

Mario Rossi

Codice fiscale del beneficiario (eventuale)

97020090581

Finanziamento della ricerca scientifica e della università

FIRMA

Mario Rossi

Codice fiscale del beneficiario (eventuale)

97020090581

SEGUICI SU: www.centrolottainfarto.com

Congresso

Conoscere e Curare il Cuore 2022

20-21-22-23 ottobre



Foto di Giorgia Magnoni

Firenze Fortezza Da Basso