

# Cuore e Salute

N. 1-3 Gennaio-Marzo 2024

Per leggere  
Cuore e Salute online  
collegati a  
[www.cuoreesalute.com](http://www.cuoreesalute.com)

## Con il tango nel cuore

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



Centro per la Lotta contro l'Infarto  
Fondazione Onlus

Capire per prevenire

# 5X1000

LA NOSTRA RICERCA HA BISOGNO DEL TUO AIUTO!

*Una scelta che fa bene al cuore*

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

## COME DESTINARE IL TUO 5 X1000

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

Firma per la prevenzione

oppure

Firma per la ricerca

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

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

FIRMA ..... *Mario Rossi* .....

Codice fiscale del beneficiario (eventuale) **97020090581**

Finanziamento della ricerca scientifica e della università

FIRMA ..... *Mario Rossi* .....

Codice fiscale del beneficiario (eventuale) **97020090581**

SEGUICI SU: [www.centrolottainfarto.it](http://www.centrolottainfarto.it)



# Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

**Presidente**  
**Francesco Prati**

**Presidente onorario**  
**Mario Motolese**

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

## **EDUCAZIONE SANITARIA**

Il CLI promuove l'educazione sanitaria attraverso:

- **"Cuore e Salute"**, rivista bimestrale di cardiologia divulgativa, nata nel 1983 e ora anche online, destinata a medici e pazienti. La rivista stimola l'adozione di un corretto stile di vita, la correzione dei fattori di rischio e dei principali errori di alimentazione, incoraggia l'attività fisica e insegna a riconoscere precocemente i sintomi che possono far sospettare una patologia cardiocircolatoria. **"Cuore e Salute"** aggiorna inoltre i medici sulle principali novità scientifiche. Gli articoli pubblicati sono tutti scritti da specialisti di riconosciuta professionalità.
- Il sito web [www.centrolottainfarto.it](http://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 41<sup>a</sup> edizione. Il congresso rappresenta ormai da molti anni uno dei principali eventi cardiologici nazionali.

## **RICERCA SCIENTIFICA**

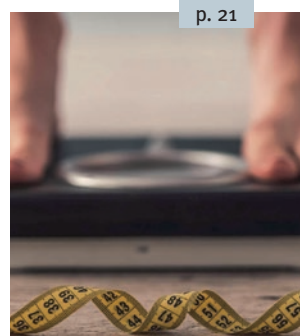
Il CLI ha avviato un innovativo programma di ricerche sperimentali rivolte a prevenire ed individuare le cause e i meccanismi dell'infarto. Il programma, che comprende tre filoni: la prevenzione, il riconoscimento delle cause ed il miglioramento delle cure, prevede l'applicazione di strumentazioni d'avanguardia 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. 1-3/2024

- 4 • **Dottor App** Filippo Stazi
- 7 • **Con il tango nel cuore** Eligio Piccolo
- 10 • **Bernard Lown, cardiologo emerito ma non solo**  
Alberto Dolara
- 14 • **Poesia ricreativa. Augusto Milosevich [E.P.]**
- 15 • **Qualche secondo di buon umore**
- 16 • **Il fantasma dell'Autunno** Filippo Stazi
- 20 • **Holiday fibrillazione [F.S.]**
- 21 • **Body Mass Index: è tempo di ripudiarlo?** Salvatore Milito
- 26 • **I gesuiti e la psicanalisi** Giorgio Bottero
- 29 • **Su Gabriele D'Annunzio, si raccontava [E.P.]**
- 30 • **CCC 2023**  
**Danni da chemioterapici per il tumore al seno: ace-inibitori e betabloccanti proteggono?**  
Camilla Cavallaro intervista Irma Bisceglia  
**Dilemmi in cardiologia: quando ricanalizzare una CTO**  
Simone Budassi intervista Filippo Stazi
- 37 • **Medicina Medievale. Regimen Sanitatis Salerni [F.S.]**



[www.centrolottainfarto.com](http://www.centrolottainfarto.com) - [www.cuoreesalute.com](http://www.cuoreesalute.com) - [cuoreesalute@centrolottainfarto.it](mailto:cuoreesalute@centrolottainfarto.it)

**Direttore Responsabile**  
Filippo Stazi

**Vice Direttori**  
Eligio Piccolo  
Francesco Prati

**Coordinamento Editoriale**  
Marina Andreani

**Redazione**  
Alberto Dolara  
Paola Giovetti  
Antonella Labellarte  
Salvatore Milito  
Mario Motolese  
Massimo Pandolfi

**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 XLI  
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



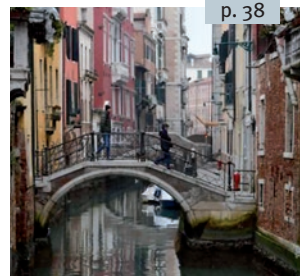
Abbonamento annuale  
Italia € 30,00 - Estero € 40,00

**Direzione, Coordinamento  
Editoriale, Redazione di Cuore e  
Salute**  
E-mail: [cuoreesalute@centrolottainfarto.it](mailto:cuoreesalute@centrolottainfarto.it)

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



- 38 • **E...Visse inquadrato** Eligio Piccolo
- 40 • **Quadri e Salute** Filippo Stazi
- 42 • **Quaderno a Quadretti** Franco Fontanini
- 45 • **Lettere a Cuore e Salute**  
- Ho avuto l'infarto. Posso fare sesso? Filippo Stazi
- 46 • **Nun sai c'a lo spedale ce se more? La mediscina sbajjata [F.S.]**
- 47 • **Dal sito del CLI**  
**La Semaglutide nel soggetto obeso riduce gli eventi cardiaci. Lo studio SELECT.**  
Francesco Prati  
**La terapia anticoagulante anche nella fibrillazione atriale di breve durata? I risultati dello studio ARTESIA**  
Filippo Brandimarte
- 52 • **L'ipertensione cosiddetta essenziale** Eligio Piccolo
- 56 • **Poesie in camice** Alessandro Fontanelli
- 57 • **CCC 2024**
- 61 • **Il cuore in cucina**
- 62 • **Aforismi**



Preghiera di Sir Robert Hutchinson

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

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

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



di Filippo Stazi

# Dottor App

Secondo la Treccani il termine applicazione significa: “vigile costanza nell’evitare le distrazioni per concentrare la mente su un oggetto o questione, ad esempio studiare o lavorare con applicazione”. L’invito all’applicazione ha svolto a lungo un ruolo centrale nella nostra società. I genitori, i maestri, gli anziani hanno sempre stimolato all’impegno le persone di cui avevano la responsabilità. “E’ bravo, ma non si applica!” “Chi si applica ce la fa!” “Chi non si applica è destinato all’insuccesso!” Gli americani preferiscono “no pain, no gain”: se non fatichi non ottieni nulla. Charlie Parker, il famoso jazzista, era solito dire: “esercitati tutti i giorni, 12 ore al giorno, e poi di te diranno che sei un talento naturale”. Attualmente si sente spesso dire che è venuta meno l’abitudine alla fatica, la voglia d’impegnarsi, la capacità di concentrarsi a lungo. Lecito attendersi, quindi, che anche il termine applicazione stia cadendo nel dimenticatoio. Non è però così. Tale parola sta infatti splendendo molto più di prima. Probabilmente non ce ne accorgiamo neanche ma la utilizziamo in continuazione, sebbene con un’accezione differente. La solita Treccani, infatti, le attribuisce anche un altro significato: “in informatica, programma software, de-



stinato a un utente finale, così chiamato perché possiede appunto un'applicazione pratica per chi lo utilizza. Sono applicazioni per esempio i programmi di word processing, i fogli di calcolo, i navigatori web e molti altri. In un'ideale classificazione dei programmi, l'applicazione si distingue dai programmi detti invece di sistema. Spesso, specie con riferimento a terminali mobili (smartphone e tablet), denominato anche con il termine inglese app". Le APP, appunto, sono il nuovo ombelico del mondo. Tutto è possibile purché ci sia un'app apposita. Se l'app esiste, tutto è a portata di touch. Scaricare musica, consultare l'orario dei treni, scoprire tra quanto passerà l'autobus, comprare il biglietto dello stadio, del cinema o della sala concerto, costruire la prossima vacanza e infinite altre opportunità.

Nel 2009 il trentunenne canadese Garrett Camp, ingegnere elettronico con un master in ingegneria del software, ed il trentatreenne californiano Travis Kalanick, studente a UCLA di ingegneria informatica mai laureatosi, sono a Parigi ed hanno appena assistito ad una conferenza. All'u-



scita dall'evento non trovano un taxi per tornare in albergo. Mentre guardano il via vai delle macchine di passaggio si chiedono quante automobili di quelle viste fino a quel momento sono dirette nella loro stessa direzione e intuiscono la potenzialità di un'app capace di mettere in comunicazione i guidatori con chi è alla ricerca di un passaggio. Dopo poco nacque UberCab, ognuno poteva diventare un Uber e guadagnare offrendo un servizio di trasporto passeggeri con la propria auto. Una vera e propria rivoluzione come testimoniato dal patrimonio di 65 milioni di dollari attribuibili al business dei suoi ideatori, dai milioni di persone che utilizzano il servizio e dall'offerta che si sta aprendo sempre di più a target e servizi diversi. Il nome dell'app venne due anni dopo accorciato in Uber

nel tentativo, comunque infruttuoso, di sedare l'inevitabile scontro con le compagnie di taxi tradizionali.

Sulla scia del successo di altre piattaforme di consegna a domicilio (Just Eat, Deliveroo ecc), Uber ha poi lanciato un servizio analogo: Uber Eats. Un'app che consente di ricevere direttamente a casa i piatti preferiti con un piccolo sovrapprezzo rispetto al costo originale. Funziona come Uber: si crea un account, si sceglie cosa mangiare, si cerca il locale più vicino e si ordina in pochi minuti. È possibile anche fissare un orario preciso per far recapitare i piatti ordinati. Il momento del ritiro prevede una mancia, che può essere corrisposta alla consegna o tramite l'applicazione entro i 30 giorni successivi: in questo modo è tutto tracciato e il cliente ha meno pensieri. In Italia il sistema non ha funzio-

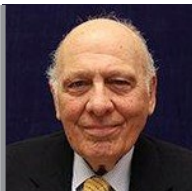
nato (“non siamo cresciuti in linea con le nostre aspettative per garantire un business sostenibile nel lungo periodo” ha detto l’azienda), non riuscendo a scalfire la supremazia di Just Eat e Glovo e quindi dallo scorso luglio la piattaforma non è più operativa ma in altre nazioni si è invece ampiamente affermata, come ad esempio in Portogallo. Nella terra lusitana a gennaio dello scorso anno, Uber Eats ha unito le forze con Ecco-Salva Medical Services, azienda specializzata nella fornitura di servizi medici a domicilio e leader nel mercato portoghese, per fornire, per la prima volta in tutto il mondo, assistenza medica tramite app con le stesse

modalità di quando si ordina un panino o un gelato. La visita costa 80 euro, il videoconsulto o la consulenza telefonica 20. Le prestazioni non sono però rimborsate dalle assicurazioni mediche. Il servizio è disponibile 7 giorni su 7, 24 ore al giorno. Per il momento è però possibile “ordinare” solo un “general practitioner”, l’equivalente del nostro medico di medicina generale ma in futuro l’azienda promette di introdurre anche l’assistenza infermieristica e



la fisioterapia. Il servizio lanciato inizialmente a Lisbona è stato poi esteso anche ad Oporto e, secondo l’azienda, sta riscuotendo un buon successo, anche se dati oggettivi non sono disponibili. Tre domande non possono però essere eluse. La prima è se sia un bene o un male il trattare l’atto sanitario alla stregua di qualsiasi altro oggetto di consumo. La seconda è come medici ed infermieri giungeranno al domicilio dell’assistito dato che nel 2019 Uber Eats ha dichiarato che avrebbe consegnato il cibo ai clienti tramite l’uso dei droni e la terza è se anche ai medici sarà elargita la mancia.





di **Eligio Piccolo**

# Con il tango nel cuore

Daniel Barenboim nacque nel 1942 a Buenos Aires da genitori russi di origini ebraiche e già all'età di sette anni ebbe il suo esordio come pianista provetto nella capitale argentina. Un esempio di enfant prodige come altri da Mozart in poi, ma personalmente mi è sempre rimasto difficile capire per bene perché la maggioranza dei grandi e precoci esecutori di musica classica, da Toscanini a Rubinstein, da Benedetti Michelangeli a Barenboim appunto, siano ebrei. Si è raccontato di una certa loro “concentrazione” causata dalle persecuzioni razziali, ma come medico che



La West-Eastern Divan Orchestra, guidata dal Direttore Daniel Barenboim

ha visto i progressi della genetica penso che anche questo dato storico-comportamentale sia entrato nel DNA di quei privilegiati. Barenboim, inoltre, sviluppò le sue doti in un ambiente dove una musica leggera, il tango, è divenuta “classica” con il contributo di molti, compreso l’italiano Piazzol-

casione Barenboim disse: “Quando sono cresciuto a Buenos Aires il tango era ovunque. Spesso sentivo alla radio il re del tango Carlos Gardel nelle sue melodie meravigliose dai testi spesso impegnativi. Potevo non aver compreso tutto di quelle storie d’amore, di tradimento e rovina, ma di certo ho sentito il tango nella mia anima. Quando la mia famiglia, nel 1952, si trasferì in Israele, uno dei miei ricordi più profondi dell’Argentina fu proprio il tango”.

La carriera di Barenboim al pianoforte e sul podio come direttore d’orchestra, iniziata con il maestro Vincenzo Scaramuzza e poi con

Claudio Arrau, ebbe un continuo crescendo fin dagli anni giovanili e ancor più dopo il suo trasferimento in Israele e in Europa. Le esibizioni da solista al piano e alla direzione delle orchestre più famose nel mondo sono state tanto numerose che ad elencarle sarebbe più facile citare quelle in cui non poté presenziare. Lo si è visto sempre con quel suo comportamento dimesso, quasi inespressivo, per nulla tentato dall’esibi-



la, e lo stesso Barenboim ne divenne un esegeta. Nel 2010 egli, già famoso, patrocinò nel Politeama Rossetti di Trieste lo spettacolo la Tanguera, ideato nel 2002 a Buenos Aires, dove ebbe 18 mesi di repliche, e poi esportato in molti teatri del mondo. In quell’oc-

zionismo. Solo durante la direzione della marcia di Radetzky in un concerto di capodanno a Vienna lasciò il podio per andare a congratularsi con ognuno degli orchestrali. Cercò di accontentare tutti quelli che lo richiedevano, perfino Fabio Fazio che lo invitò al Festival di San Remo, che dovette però disertare per problemi di salute. Diresse la nona sinfonia di Beethoven in presenza di Papa Benedetto XVI, il quale alla fine si alzò invitando il pubblico a una standing ovation che durò dieci minuti.

Oltre alla cittadinanza argentina ottenne anche quella spagnola

la, l'israeliana e la palestinese. Uomo di pace nel 1999 fondò la West Eastern Divan Orchestra, composta di musicisti israeliani e palestinesi, convinto che la musica potesse essere un linguaggio capace di favorire l'empatia e il dialogo fra i due popoli, ma fu addirittura criticato quando diresse in Israele una musica di Wagner, ritenuto un ispiratore del nazismo. Fu anche direttore alla Scala dopo Muti, ottenendo l'emblema di "Maestro scaligero". Da Milano raggiunse Berlino dove avviò un nuovo progetto per favorire la pace fra i popoli mediante la musica. Nacque infatti nel 2017

un'Accademia per sostenere una scuola musicale in grado di offrire una nuova intesa di pace a studenti provenienti da paesi, culture e religioni storicamente nemici nel medio oriente, la costante grande speranza di Barrenboim di conseguire un futuro di pace e dialogo. Insomma una specie di umanesimo culturale. Purtroppo questo nobile percorso è stato interrotto dalla recente guerra di Hamas contro Israele e nessuno può pronosticare se potrà essere ripreso. Negli ultimi tempi il grande pianista e conductor ha dovuto sospendere la sua attività per ragioni di salute, che spe-

riamo riesca a superare quanto prima; mentre anche la sua amica e quasi coetanea Martha Argerich, eccezionale pianista, vissuta contemporaneamente a Daniel in Buenos Aires, ha avuto, e si spera superato, un tumore recidivante. Entrambi quando appaiono in TV e, per i privilegiati, in teatro, ci trasportano nelle loro intelligenti interpretazioni delle musiche di Mozart, Beethoven, Chopin e Strauss, mentre la loro maniera di porgersi al pubblico riflette in qualche modo l'essere vissuti nel paese del tango argentino, lontani dalle rivalità del vecchio mondo.

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:

**Maria Assunta Addressi** di Roma

**Anna Lisa Calosi** di Bagno a Ripoli

**Maria Luisa Coen** di Roma

**Giorgio Colletto** di Crema

**Anna Maria Ercules** di Chieri

**Antonio Giovanzana** di Roma

**Andrea Gobbo** di Besana Brianza

**Margherita Occhipinti** di Modica

**Piero Pacchiarotti** di Ancona

**Giovanni Battista Tosoni** di Ancona

**Bruno Zandarin** di Cadoneghe





di **Alberto Dolara**

# Bernard Lown, cardiologo emerito, ma non solo

Negli anni 50-60 del secolo scorso non esistevano negli ospedali, compreso quello dove lavoravo, le unità di terapia intensiva coronarica: ricordo che i pazienti con infarto miocardico acuto erano ricoverati nei reparti di medicina generale e tenuti a rigoroso riposo a letto per settimane. Ne conseguivano stasi venosa e frequenti embolie polmonari mortali. Al Peter Bent Brigham Hospital di Boston Bernard Lown e Samuel Levine avevano allora proposto la mobilitazione precoce dei pazienti, ma trovarono la decisa opposizione dei clinici che ammonivano: “il cuore deve essere messo a riposo assoluto”.

I due cardiologi allora dimostrarono che mettendo i pazienti in poltrona dopo pochi giorni dall'evento acuto si otteneva una netta riduzione della mortalità (“Armchair” treatment of acute coronary thrombosis. JAMA 1952;148:1265-9); ogni obiezione fu messa a tacere, anche nel mio ospedale.

È il primo risultato positivo della lunga attività professionale di Bernard Lown; molti anni dopo, nel 2000 fu nominato cardiologo emerito dalla Harvard School of Public Health, un titolo onorifico importante ma non sufficiente ad illu-

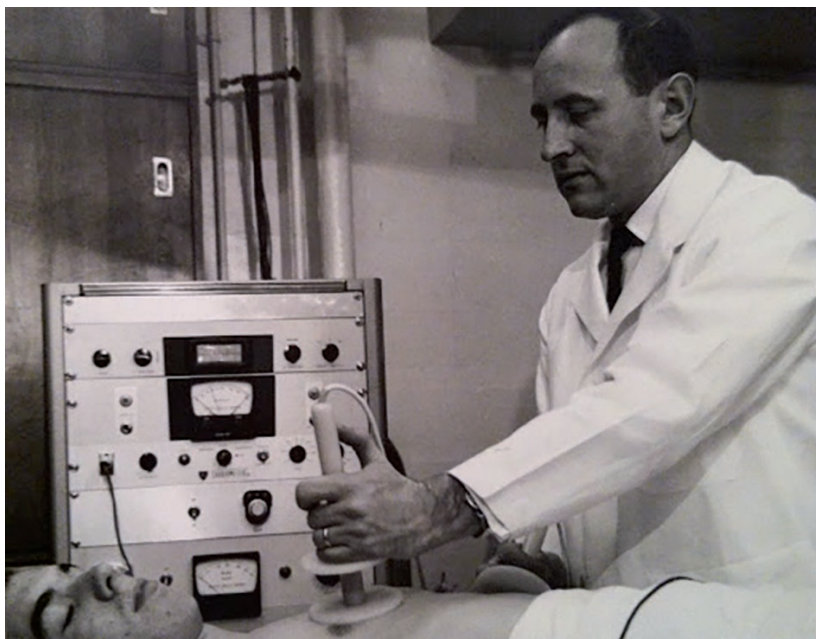


Il Peter Brent Brigham Hospital di Boston

strare il contributo che ha dato all'umanità con la realizzazione del defibrillatore cardiaco, lo strumento salvavita, la dedizione appassionata verso i pazienti messi sempre al centro dell'attenzione e l'impegno contro la guerra nucleare. La sua ironia e lo spirito critico sono documentati dalle pubblicazioni e le testimonianze di chi lo ha conosciuto.

Bernard Lown era nato a Utena in Lituania il 7 giugno 1921. Nel 1935, a 14 anni emigrò con la famiglia di religione ebraica negli Stati Uniti per sfuggire alle persecuzioni naziste. Si laureò in medicina alla Johns Hopkins University School of Medicine nel 1945 e ottenne la fellowship in cardiologia presso il Peter Bent Brigham Hospital di Boston.

Dimostrati i vantaggi della mobilitazione precoce nei pazienti con infarto miocardico Lown si dedicò allo studio e alla terapia delle aritmie cardiache e in particolare alla fibrillazione ventricolare. Quando questa aritmia si verifica il muscolo cardiaco si contrae in modo caotico, il sangue non viene spinto in circolo e la morte cerebrale avviene nel corso di 3-4 minuti. Tutti i tentativi precedenti d'interrom-



Bernard Lown ha sviluppato la tecnica di defibrillazione a corrente continua. Nell'immagine una delle sue prime cardioversioni

perla con farmaci o con scariche elettriche di vario tipo erano praticamente falliti. Alla fine degli anni 50, Lown contattò Baruch Berkowitz, un ingegnere esperto nel campo elettrico e dopo un anno d'intensa sperimentazione, nel 1962, trovarono che la scarica elettrica con una determinata forma d'onda faceva regredire l'aritmia, ripristinando il battito cardiaco normale senza danno per i muscoli scheletrici e cardiaco. L'uso del defibrillatore permise il successivo sviluppo della cardiocirurgia e la costituzione delle unità di terapia intensiva coronarica. Fu messo poi a punto la sincronizzazione: lo strumento erogava la scarica al di fuori del "periodo vulnerabi-

le" del cuore permettendo di trattare aritmie non mortali (Lown B. Electrical cardioversion of cardiac arrhythmias. Heart 1967;29:469-489). Ricordo l'emozione della prima cardioversione elettrica effettuata in un paziente con fibrillazione atriale in anestesia generale con lo strumento da poco arrivato nel nostro ospedale. I defibrillatori attuali sono apparecchi in grado di diagnosticare la presenza di fibrillazione ventricolare e segnalare a chi assiste il paziente che deve erogare la scarica. L'apparecchio è indispensabile in tutte le procedure di rianimazione sia intra che extraospedaliere e nel nostro Paese è previsto per legge nei luoghi pubblici. Un ulteriore sviluppo dei defibrillatori è

la loro miniaturizzazione che ne permette l'impianto nei pazienti cardiopatici che possono andare incontro a improvvisa fibrillazione ventricolare. Alla fine del secolo scorso ne erano stati impiantati nel mondo più di 100mila.

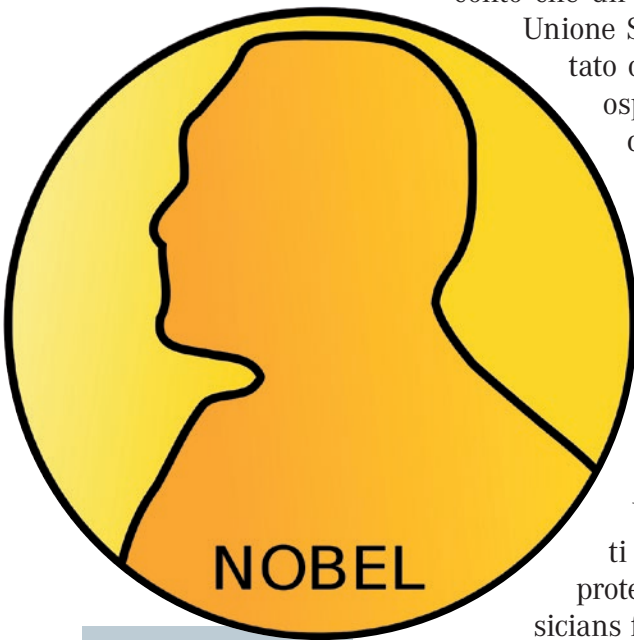
All'inizio degli anni 60 in piena guerra fredda Lown si rese conto che un eventuale conflitto nucleare tra Stati Uniti e

Unione Sovietica avrebbe vanificato qualunque risultato del progresso medico e con altri medici degli ospedali di Boston, creò l'organizzazione Physicians for Social Responsibility. Furono redatti diversi articoli scientifici, pubblicati nel 1962 dal New England Journal of Medicine, che illustrarono le conseguenze in campo sanitario in caso di un ipotetico attacco term nucleare sulla città di Boston. Gli articoli incoraggiarono il movimento antinucleare dei medici in tutto il mondo e favorirono l'approvazione del Limited Test Treaty da parte del Senato degli Stati Uniti.

Venti anni dopo, nel 1980, con medici e studenti della Harvard Medical School, Lown riprese la protesta formando l'associazione International Physicians for the Prevention of Nuclear War (IPPNW). La

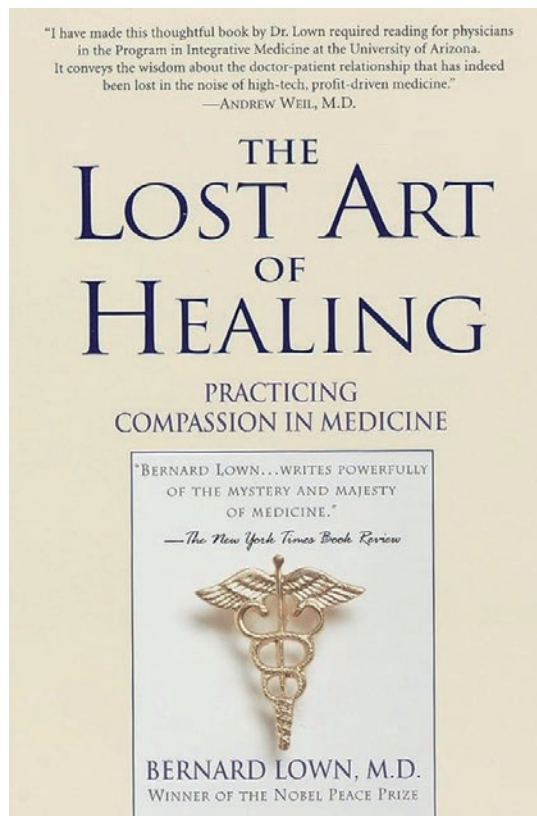
nascita dell'associazione fu possibile per la stretta amicizia col cardiologo russo Eugene Chazov. Entrambi avevano collaborato nelle ricerche sulla morte cardiaca improvvisa, sostenute dal National Heart and Lung Institute degli Stati Uniti. Lown era a capo dell' American Sudden Death Task Force, mentre Chazov era il leader di un gruppo di cardiologi sovietici. Il primo congresso mondiale della IPPNW si tenne negli USA e un secondo l'anno successivo a Cambridge in Inghilterra.

Nello stesso periodo tre medici sovietici, Eugene Chazov, Michael Kuzin e Leonid Ilyin, e tre medici americani, Bernard Lown, James Muller e John Pastore, comparvero su una rete televisiva nazionale in URSS. Circa 100 milioni di spettatori sovietici per la prima volta ascoltarono un'inedita discussione sulle conseguenze della guerra nucleare. Il programma fu trasmesso in seguito anche negli Stati Uniti.



Nobel per la pace nel 1985 a B. Lown e E. Chazov

Nel 1985 la IPPNW contava 135.000 medici di 60 paesi del mondo. Lown e Chazov ricevettero il premio Nobel per la pace a nome dell'organizzazione e Gorbaciov invitò i due co-presidenti dell'IPPNW ad un incontro al Cremlino per discutere la moratoria degli esperimenti nucleari e la detenzione del premio Nobel per la fisica Andrei Sacharov. Nel 2008 Lown organizzò un programma d'insegnamento via satellite per i paesi sottosviluppati. Proseguì l'attività clinica fino alla morte avvenuta il 16 febbraio 2021, all'età di 99 anni; l'amata moglie Louise era morta due anni prima, un matrimonio durato 73 anni; ha lasciato tre figli, cinque nipoti e un pronipote. Nel 1996 aveva pubblicato il libro *The lost art of healing*, uscito



in Italia l'anno successivo come *L'arte perduta di guarire*, editore Garzanti. Nel titolo traspare la preoccupazione che la tecnologia abbia sopravanzato l'arte medica, ma il messaggio finale non lascia dubbi: "La medicina non può abbandonare la gua-

rigione delle anime sofferenti senza compromettere il suo ruolo per la condizione umana". Lown riporta in dettaglio l'intensa attività clinica, gli incontri con i pazienti, gli aneddoti e le considerazioni critiche. Del tutto attuali sono quelle rivolte ai comportamenti erronei come l'insufficiente attenzione alla storia personale e all'ambiente che circonda il paziente, il non eseguire l'esame obiettivo, l'eccessivo uso dei farmaci e degli esami, le evitabili procedure invasive, il numero eccessivo d'interventi cardiocirurgici, l'uso non appropriato del linguaggio e la carenza di empatia da parte dei medici. La lettura del libro è consigliata in particolare ai giovani cardiologi attratti dalle sirene della cardiologia invasiva, ma che aspirano ad un'attività clinica non solo strumentale.

“

## Poesia ricreativa

AUGUSTO MILOSEVICH (1899-1970), poeta veneziano poco conosciuto, autodidatta, non aderente ad alcuna corrente poetica, forse per modestia, pensava alle cose semplici, come questa poesia raccolta nel libretto LA TROTTOLA pubblicato a Cittadella (PD) l'anno dopo la sua scomparsa. Le si potrebbe dare come titolo IL GATTO E L'INFINITO:

“In vetta al muro, signorilmente seduto eretto,  
che pensi, Gatto, nel vespro tinto di violetto?

Nessuno al mondo mi venga a dire che tu non pensi,  
che non sei altro che un po' di pelo, schiavo dei sensi.

Se Plato e il mondo de le idee prime ti sono ignoti,  
tu sai che il Bene domanda il Meglio con atti e volti;

e, quando annotta scendi dal muro per la poltrona;  
poi, se riesci, ti ficchi in grembo de la padrona.

Tu non conosci certo il Sermone de la Montagna,  
ma non ti turbi se vedi in casa qualche magagna;

e raca o pazzo tu non lo dici nemmeno a un cane:  
dirizzi il pelo, soffi, ma dopo non cerchi grane;

né i tuoi fratelli metti alla ruota, né li arrostisci.  
Molte cosucce ne la tua testa, Gatto, capisci.

Del Capitale u non hai letto neppure un rigo,  
ma sai ch'è ingiusto, quando si è sazi, mettere in frigo;

sai che bisogna lasciar campare anche i minchioni,  
se no, un bel giorno, li trovi al pasto fatti leoni;

per l'indomani, come il perfetto Rabbi ti affida,  
verrà da qualche pia finestrella nuova borida.

Tu l'alto Idillio su l'ermo colle non puoi gustare,  
ma quando levi gli occhi a le prime stelline rare,

e tieni fise le tue pupille quasi smarrito;  
io son sicuro, certo, che pensi all'Infinito;

se l'Infinito, che mise tanti cervelli all'opra,  
è proprio roba che ci si possa pensare sopra.

Miei cari amici, vecchi compagni che onoro e amo,  
che di più alto, per dirla schietta, noi cogitiamo?



Cittadella (PD)

Eligio Piccolo

”



# Qualche secondo di buonumore

Ero indecisa se andare a correre o andare a dormire: nel dubbio sono andata a dormire di corsa.

Il mio oroscopo di oggi è stato chiaro: lascia stare, se cambia qualcosa mi faccio sentire io.

Anche stamattina ho trasformato l'acqua in caffè, ma resto umile.

L'incontro sulla profezia sarà cancellato a causa di un imprevisto.



# Il fantasma dell'autunno

Sono passati quattro anni ma le immagini le ricordiamo bene. Papa Francesco che cammina solo sotto la pioggia di piazza San Pietro, i camion militari che partono da Bergamo, le terapie intensive piene. Ci sembrava di vivere cose mai successe prima ma in realtà l'uomo aveva già dovuto spesso affrontare l'assalto dei virus.

La poliomelite, ad esempio, descritta per la prima volta nel 1789 dal medico inglese Michael Underwood, ha flagellato per quasi due secoli le nazioni più sviluppate. La malattia, registrata per la prima volta in forma epidemica nell'Europa di inizio XIX secolo, arrivava puntualmente con

l'aumento delle temperature e colpiva principalmente bambini e ragazzi. La diffusione della polio raggiunse il picco negli anni 50 e in Italia si contarono oltre otto mila casi nel solo 1958. L'introduzione dei vaccini, prima quello inattivato di Salk e subito dopo quello a virus vivo di Albert Sabin, fu l'unico modo per fermarne il cammino, sebbene il danno neurologico causato dalla malattia si rivelò irreversibile nei pazienti che l'avevano già contratta. I vaccini hanno funzionato così bene che i ricordi dell'infezione si sono affievoliti fino quasi a sparire. L'ultimo caso americano risale al 1979, l'ultimo italiano al 1982. La crociata contro la poliomelite ha comunque lasciato un'eredità potente. Ha infatti segnato l'i-



Roma, 27 marzo 2020

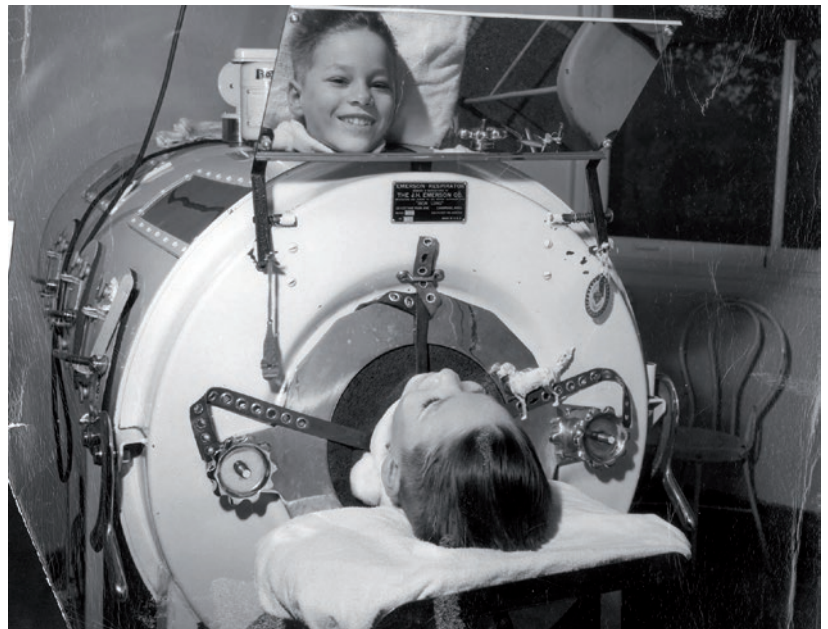
nizio dei massicci esperimenti di sanità pubblica, come gli studi in doppio cieco sul vaccino Salk che reclutarono più di 1 milione di giovani volontari, e ha innescato l'accettazione diffusa delle campagne vaccinali come barriera essenziale contro le malattie.

All'epoca la lotta contro il virus era quasi a mani nude. I respiratori artificiali a lungo termine, quelli che ventilano il paziente ininterrottamente per ore e giorni, dovevano ancora essere introdotti. L'unica terapia disponibile era il polmone di ferro, inventato da 2 professori di Harvard negli anni '20 per rianimare i lavoratori del carbone sopraffatti dal gas o coloro che erano rimasti fulminati e non riuscivano a respirare. A tenuta d'aria e a forma di siluro, creava una pressione negativa attorno al paziente, costringendo il torace ad espandersi e inspirare aria, cui faceva seguito il rilassamento della pressione, con contrazione ed espirazione passiva dei muscoli toracici. Per i soggetti affetti da poliomielite bulbare, che causava insufficienza respiratoria, il polmone di ferro significava la differenza tra la vita e la morte. Erano però macchinari complessi e che rendevano quasi impossibile il con-

tatto umano. I pazienti erano intrappolati all'interno, distesi sulla schiena e osservavano il mondo sottosopra attraverso gli specchi posti sopra di loro. I malati non potevano essere raggiunti, non gli si poteva tenere la mano, per misurare la pressione del sangue bisognava essere acrobati. Anche l'anestesiologia era a quei tempi agli albori tanto che si raccontava sarcasticamente che a fine giornata gli anestesisti tornassero a casa in bicicletta intossicati dai gas di scarico delle limousine dei chirurghi. La procedura tipica per addormentare i pazienti prevedeva la flebo di etere in una maschera fissata sulla bocca e sul

naso del paziente. I trattamenti endovenosi erano rari e l'ossigeno non era disponibile. I pazienti si dimenavano e la quantità di etere dispensata effettivamente variava a seconda della persona che la somministrava.

L'estate del 1952 fu una delle più calde e asciutte di sempre. Forse per questo nel settembre si scatenò la più violenta epidemia di poliomielite della storia. Una delle nazioni più martorate, con quasi 6.000 casi di cui la metà solo a Copenaghen, fu la Danimarca, che all'epoca contava meno di 5 milioni di abitanti. I più colpiti erano i ragazzi di età compresa tra uno e quattro anni e un bam-



Bambino affetto da poliomielite bulbare. Intrappolato nel polmone di ferro osserva il mondo sottosopra attraverso lo specchio.

bino su duecento era paralizzato. Uno scrittore scandinavo battezzò l'epidemia il fantasma dell'autunno. L'ospedale Blegdam di Copenaghen, specializzato in malattie infettive, si ritrovò rapidamente a corto di posti letto. Aveva un solo polmone d'acciaio e molti pazienti morivano per insufficienza respiratoria con i



Bjorn Aage Ibsen

medici che li osservavano impotenti.

Bjorn Aage Ibsen era uno dei pochi medici danesi specializzati in anesthesiologia. Per migliorare la propria preparazione decise di trasferirsi al Massachusetts General Hospital di Boston. Un giorno, mentre era di turno in otorinolaringoiatria, gli fu insegnato a praticare un'anestesia inalatoria a una ragazza sottoposta a tracheostomia, scoprendo con quanta facilità questa poteva essere somministrata attraverso il tubo nel collo. La bellezza della procedura era nella sua semplicità. La presenza della tracheostomia gli aveva inoltre consentito di ventilare manualmente la ragazza, utilizzando la pressione positiva per spingere l'aria nei suoi polmoni.

All'inizio dell'epidemia del 1952 Ibsen tornò al Blegdam. Resosi presto conto della situazione ebbe un'idea e la sottopose agli amministratori dell'ospedale, forte della sua esperienza americana. Che questi abbiano ascoltato, e poi approvato, le proposte di un giovane anestesista era chiara misura della loro disperazione. Il modo migliore per mantenere in vita i pa-

zienti affetti da poliomielite bulbare era eseguire una tracheostomia e ventilarli manualmente. Prevedendo turni di otto ore, il limite massimo che non era umano superare, erano però necessari 3 "ventilatori umani" per paziente ogni 24 ore, sette giorni su sette: un'impresa enorme. Con la forza della disperazione il Blegdam reclutò gli studenti di medicina dell'Universi-



Copenhagen

tà di Copenhagen. Considerando che in Danimarca gli studenti si iscrivevano a medicina subito dopo la scuola superiore, significava porre il destino dei pazienti più malati nelle mani di adolescenti. Il lavoro era monotono ed estenuante: stringere il sacchetto di gomma, attendere alcuni secondi, strizzarlo nuovamente; contare i respiri, osservare l'apporto di ossigeno, stare costantemente attenti. Il burnout era comune, ma il tasso di mortalità al Blegdam diminuì drasticamente.

La gestione da parte del Blegdam dell'epidemia del 1952 ha contribuito a trasformare l'anestesiologia in una specialità legittima ed al contempo ha gettato le basi della nascita delle moderne unità di terapia intensiva, concentrando i pazienti più gravi in un unico spazio dove il personale poteva focalizzarsi sulle loro necessità. Non a caso molti anestesisti e medici di terapia intensiva considerano il 27 agosto, il giorno in cui Ibsen propose di usare la ventilazione a pressione positiva per salvare vite umane, il "Bjorn Ibsen day". Altra lezione dell'epidemia fu la comprensione dell'importanza della congruità degli organici: c'erano 27 medici e 260 infermieri al Blegdam quando era iniziata l'epidemia, al termine se ne contavano invece, rispettivamente, 60 e più di 600.

“

## Holiday fibrillazione

Che il consumo cronico di alcol aumenti la probabilità di essere affetti da fibrillazione atriale è ben noto da tempo ma ora sta emergendo anche, e sono soprattutto i pazienti, in particolare quelli più giovani, a raccontarlo, che il suo consumo acuto può essere fattore scatenante, sia pure con una latenza di qualche ora, degli episodi aritmici. Si pensi, ad esempio, al giovane, altrimenti sano, che sconta gli eccessi del fine settimana con la comparsa dell'aritmia. Situazione per la cui definizione gli anglosassoni hanno coniato il termine di “holiday heart”. Un recente studio dall'intrigante acronimo di HOLIDAY (How Alcohol Induces Atrial Tachyarrhythmias) ha cercato di documentare tale effetto acuto, di indagarne l'eventuale dose-dipendenza e di comprenderne i meccanismi. A 100 pazienti con età media di 64 anni, in prevalenza (79%) maschi, sottoposti a monitoraggio continuo dell'elettrocardiogramma e della concentrazione di alcol nel sangue, è stato chiesto di attivare la registrazione dell'elettrocardiogramma ogni volta che assumevano una bevanda alcolica. Nelle ore immediatamente successive si assisteva al raddoppio della possibilità di un episodio di

fibrillazione atriale. L'effetto era funzione della dose e il rischio aumentava infatti di tre volte e mezzo in caso di due drinks e ancora di più in caso di ulteriori assunzioni. Il picco del rischio si osservava a 3-4 ore dal consumo ma l'effetto si protraeva fino a 8-9 ore. Non veniva ahimè identificata alcuna dose soglia al di sotto della quale non vi era aumento del rischio aritmico. Sebbene non sia possibile escludere con certezza il possibile ruolo causale di altri comportamenti associati al consumo alcolico (uso di fumo e caffè, carenza di sonno) lo studio suggerisce



una possibile spiegazione dell'effetto proaritmico dell'alcol. Questa sostanza, infatti, probabilmente attraverso la sua azione sul sistema parasimpatico, indurrebbe una modifica delle caratteristiche elettriche degli atri del cuore (nello specifico una riduzione della durata del periodo refrattario) che li renderebbe più suscettibili all'aritmia. Il ritardo di qualche ora notato tra l'ingestione dell'alcol e l'innesco delle aritmie troverebbe spiegazione appunto nel tempo necessario all'attivazione del parasimpatico (notoriamente “lento”) o alternativamente al fatto che l'alcol non agirebbe direttamente ma attraverso un suo metabolita, ossia un prodotto della sua digestione, per la cui formazione servirebbe appunto qualche ora.

Inevitabile, quindi, il consiglio a chi è ad aumentato rischio di fibrillazione atriale di evitare di bere più di una bevanda alcolica al giorno. Bevitore fibrillante avvisato, mezzo salvato!

F.S.

”



di **Salvatore Milito**

# Obesità: è davvero tempo di ripudiare l'Indice di Massa Corporea (o BMI, Body Mass Index)?

Nel 2013, l'AMA (American Medical Association) ha definito l'obesità come malattia sociale.

In Occidente il fenomeno ha assunto proporzioni epidemiche: nel 2022 un rapporto dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) dichiara che in Europa il 59% degli adulti e il 30% circa dei bambini è in sovrappeso o obeso. In Italia, il 33% della popolazione è in sovrappeso, il 10% è obeso; il Paese è al primo posto per obesità infantile. Solo gli Stati Uniti stanno peggio.

Sono noti gli effetti deleteri dell'obesità sulla salute: sindrome metabolica, malattie cardiovascolari, ipertensione arteriosa, dislipidemia, diabete, alcuni tumori, gonartrosi, apnea ostruttiva del sonno, stato di infiammazione cronica, ecc.

Secondo stime recenti, l'obesità sarebbe responsabile di più di un milione di decessi all'anno nella sola Europa (circa il 13% dei casi di mortalità totale). A livelli più importanti di obesità corrispondono rischi maggiori di fibrillazione atriale, scompenso cardiaco, tromboem-



bolismo polmonare, ipertensione arteriosa resistente alle terapie, ecc.

Da tempo è in uso presso la classe medica, per la valutazione del sovrappeso/obesità, il BMI (Body Mass Index) o IMC (Indice di Massa Corporea), semplice metodo per stabilire se un soggetto è magro, normopeso, pingue o francamente obeso.

### Che cos'è il BMI?

Nel 1832, Adolphe Quételet (1796-1874), matematico e statistico belga, evinse dai suoi studi sui dati antropometrici umani che “il peso cresce con il quadrato dell'altezza”. Dal rapporto tra le due misure nacque l'Indice di Quételet. Nel 1972, Ancel Keys, epidemiologo e biologo, ritenne necessaria, sulla scorta dei dati di Quételet, l'adozione di un metodo semplice per valutare l'obesità, per il quale conìò il termine di **Body Mass Index o BMI (o Indice di Massa Corporea)**.

Nel 1995, l'OMS diffonde, anche grazie al contributo di Keys, l'uso del BMI, sia presso la classe medica sia in contesti non medici, al fine di sensibilizzare i professionisti della salute e il grande pubblico sui



rischi connessi all'eccesso di peso. L'indice diviene popolare come criterio di riferimento per la valutazione dello scostamento del peso da una condizione teoricamente ideale.

### Vieni avanti, Bastian contrario!

Recentemente, l'AMA, ha deciso di sconsigliare alla classe medica di continuare a usare il BMI, ormai superato e foriero di errori, e raccomanda di abbandonarlo al suo destino di roba vecchia, dopo decenni in cui ha svolto la sua funzione di valutazione dell'obesità.

### Come viene calcolato il BMI (e che cosa ci dice)?

Elementare il calcolo: basta dividere il peso corporeo espresso in chilogrammi per il quadrato dell'altezza espressa in metri. Esempio: per un peso di

62 kg e un'altezza di 1,65 metri, il BMI sarà 22,77.

L'OMS ha stilato una classificazione che contempla, per un soggetto adulto di età fra 18 e 65 anni, quattro categorie di peso basate sul BMI: si è sottopeso se il BMI è inferiore a 18,5; normopeso se è compreso tra 18,5 e 24,9; sovrappeso da 25 a 29,9; obeso se è tra 30 e 40 e oltre, con quattro gradazioni (o classi) di obesità che vanno dalla forma lieve fino alla forma grave o superobesità (45 e più). La fascia di valori tra 18,5 e 25 è da assumere come “normale”, quindi desiderabile, perché associata ai rischi più bassi di morbilità e mortalità.

Per converso, al fine di combattere l'anoressia e reagire all'intimidazione delle case di moda (“Un velo di ciccia in più sui fianchi e sui seni e sei fuori dalla pedana”), in alcuni paesi europei erano state emanate norme che vietavano alle indossatrici di sfilare se avevano un BMI inferiore a 18. Su pressione dell'industria delle grandi firme è stato deciso di demandare ai medici il compito di valutare se, in base a dati clinici globali, una modella fosse davvero troppo magra per la passerella.



## Basta il BMI per definire il rischio di complicazioni legate al sovrappeso?

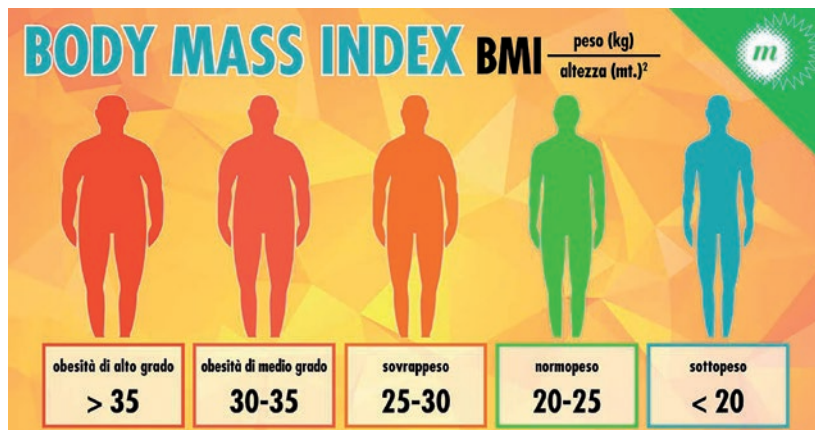
No, non basta più, dicono gli esperti: è importante integrarlo con la circonferenza addominale, con la misurazione della composizione corporea in acqua, in massa magra (muscolatura), in massa grassa, con il sesso e l'età del soggetto, con fattori genetici e con condizioni mediche specifiche (comorbidità ed altro). La distinzione fra i generi è importante: la distribuzione del grasso corporeo è differente tra gli uomini (il cui accumulo di grasso a livello addominale è associato a rischio maggiorato di malattie metaboliche e cardiovascolari) e le donne, per la loro tendenza all'accumulo ginoide dell'adipe su glutei e fianchi.

Ma sembra che l'aggiunta dei suddetti elementi di valutazione non abbia soddisfatto gli esperti dell'AMA, il loro obiettivo essendo la rottamazione pura e semplice del BMI.

E non solo per ragioni mediche, come dirò in seguito.

## Come ovviare, secondo l'AMA, all'inesattezza del BMI?

L'AMA rileva che il BMI correla con la quantità di massa



grassa nella popolazione generale ma perde affidabilità se applicato al soggetto singolo; per esempio, non distingue tra la massa magra di un "palestrato" dal peso uguale a quello di un soggetto corpulento per accumulo di grasso.

Per ovviare all'inconveniente, l'AMA suggerisce di misurare i depositi adiposi con strumenti come il DEXA (o Assorbimento a Raggi X a Doppia Energia), l'ecotomografia, la TAC, la risonanza magnetica o l'analisi dell'impedenza bioelettrica.

## Cos'altro viene imputato al BMI? (E qui vien fuori il busillis).

Con un fervore non dissimile da quello di una pia donna, l'AMA proclama che l'uso del BMI ha anche **implicazioni politiche**; che a livello indi-

viduale comporta "esclusione razzista" di alcune minoranze etniche particolarmente colpite dal sovrappeso; che, sviluppato in origine da dati raccolti su uomini bianchi, avrebbe causato e perpetuato "danni storici identificando in maniera errata il peso delle persone in molti gruppi di minoranze razziali ed etniche". Nei soggetti neri ad esempio, precisa l'AMA, il **rapporto massa magra (muscolare)/massa grassa** è a favore del primo termine, mentre nei bianchi aventi lo stesso BMI tale rapporto è inverso. Ne consegue che l'indice potrebbe classificare erroneamente la media dei soggetti neri come obesi.

Da notare che già nel 2015 il comitato per l'obesità dell'American Heart Association aveva bollato il BMI come "strumento non ideale per l'identificazio-

ne dell'obesità o per la valutazione del rischio cardiovascolare”, **soprattutto per gli appartenenti a popolazioni asiatiche, nere, ispaniche e isolate del Pacifico**”.

### **Segue dibattito, nei circoli dell'adipe e non solo.**

Il BMI, dicono i suoi aficionados, è semplice, rapido, economico, tracciabile e sostituisce bene l'impreciso criterio “occhimetrice”. Altri insorgono contro l'accusa di **“disparità e discriminazione”**, quasi di Cancel Culture, che incombe sul BMI. Altri ancora scagliano contro accuse del tipo: “Questa si chiama **politica**, magari alimentata dal movimento body positivity (che è la sfida ai diffusi pregiudizi sulla diversità dei corpi),

**“ma non è medicina!”**.”

Inoltre, pur volendo condividere l'enfasi dell'AMA sull'utilità dei mezzi tecnologici di cui sopra, va detto che questi sono difficilmente proponibili e applicabili, se non in determinati ambiti clinici o di ricerca. Forniscono certo misure accurate sulla quantità di grasso viscerale (che è quello nascosto in profondità, il più deleterio) ma sono costosi e, teoricamente, non privi, almeno alcuni di essi, di possibili effetti nocivi (vedi il metodo DEXA, basato sull'uso di raggi X).

### **Ci sono misure alternative al BMI?**

Stabilito che non esiste un approccio unico per valutare l'obesità, servono allora protocol-

li affidabili per la valutazione dell'adiposità e per la sua localizzazione corporea, quest'ultima essendo, come già detto, un importante indicatore di rischio di complicanze cardiometaboliche. Alcuni metodi accessibili alla pratica corrente sono il girovita e, in particolare, il rapporto Vita-Fianchi o WHR (Wrist to Hip Ratio), che ha mostrato di essere un buon predittore di morbilità e mortalità, riferito in particolare alla cardiopatia ischemica.

Altro limite del BMI è la valutazione della quantità di grasso nei soggetti molto alti o molto bassi. Una formula matematica ideata da ricercatori dell'Università di Oxford sopperirebbe alla lacuna ma la sua (relativa) complessità potrebbe scoraggiarne un uso routinario.

Comunque, qualsiasi metodica sarebbe monca se fosse priva dell'apporto di altri fattori di rischio.

### **Riflessione finale**

Il BMI viene ritenuto ormai impreciso dall'American Medical Association e da altri. Viene anche accusato di prestarsi a **“esclusione razzista”** di alcune minoranze etniche particolarmente colpite dal so-



vrappeso. Quasi un'allusione al rischio di una possibile deriva **eugenetica**. Altri ne denunciano lo “**standard sessista**” e il suo legame con la “**supremazia bianca**”.

È davvero tanta roba caricata sulle spalle di un indice il cui scopo era principalmente di valutare, seppur alla buona, quanta salute in meno ci fosse nei chili di troppo.

È indubbio che sulla salute pubblica influiscano anche determinanti politiche e sociali. Ed è probabilmente sulla base di una presunta inosservanza di queste determinanti che l'AMA ed altri organismi richiamano i medici al rispetto delle minoranze etniche, all'impegno ad evitare ogni elemento che

suoni discriminatorio, all'attenta disamina delle peculiarità uniche di ogni individuo, al riguardo da avere per gli appartenenti a gruppi umani specifici.

Ma si potrebbe obiettare che questi appelli rivolti a una disciplina eminentemente umanistica qual è la medicina, appaiono superflui, poiché le doti da essi evocate sono già connaturate alla professione medica. È innegabile, infatti, che tra i presupposti senza i quali un medico non può dirsi tale ve ne sono due, imprescindibili: la sensibilità umana e culturale e la fedeltà al giuramento di “**curare ogni paziente senza discriminazione alcuna [...]**” e contro ogni **forma di disuguaglianza** nella tutela della

salute dei suoi pazienti.

Da menzionare, per meglio delineare i campi sui quali l'Associazione Medica Americana si autorizza ad intervenire (forse impropriamente), le sue seguenti affermazioni: “Il sesso dovrebbe essere rimosso come designazione legale nella parte pubblica dei certificati di nascita”; “Obbligare i nostri pazienti a [...] identificarsi come sono in base al sesso assegnato alla nascita, principalmente sui genitali, non solo non è necessario ma è attivamente deleterio per la loro salute”; “Ora, [...] le informazioni sul sesso assegnato alla nascita vengono utilizzate per minare i diritti dei nostri pazienti transgender, intersessuali e non binari.”

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

- *In ricordo della Sig.ra Susanna Papotti gli amici e colleghi di Sonia Lorenzon per onorare la memoria della mamma: I sigg. Fede, Franci, Puddi, Giuli, Matti, Rick, Marti, Eri, Stefi, Maria Luisa, Daria, Anna Cap, Ale Tivano, Ale Libretti, Maria G, Gaia, Luciana, Alessia Tony, Carlo, Franci Della Sala, Elena Osella, Anthea, Sonia G, Giorgia Gattei, Gloria, Bea Burzio, Dile, Chiara Uglietti, Angela Vizari, Imma, Viviana, Enrica, Susanna Ingraio, Elisabetta Tarrano, Silvia Bonassisa, Luca Izzo, Gisella, Alma, Caro Casarotti, Elisa Maffei, Anna Demand, Ari Fornara, Libera, Nicolò Scavone, Paola Amoruso, Daniela Surico, Alessandro Vigone, Robi Pozzato, Stefano Caccia, Orietta, Rossella de Rosa, Meme Iorio.*



Foto di Giorgia Magnoni



di **Giorgio Bottero**

# I Gesuiti e la psicanalisi

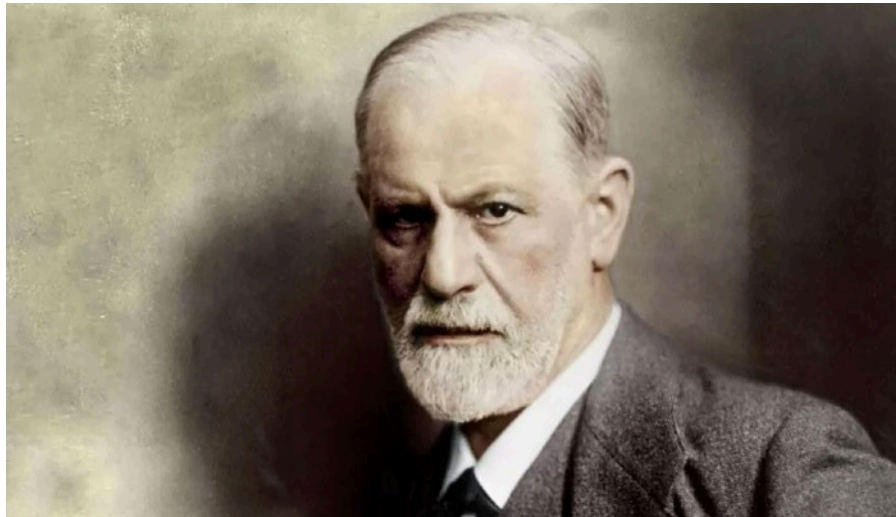
Si può paragonare un ordine religioso ad una divinità pagana? Il solo pensiero suscita perplessità, ma nel parlare della Compagnia di Gesù questo appare possibile. Come può un Ordine, nato ed a lungo considerato come la tetragona fortezza su cui si basa il potere papale, diventare una delle associazioni più aperte ai problemi del mondo contemporaneo, alla povertà, all'antiautoritarismo ed alle culture terzomondiste? Se si parla dei Gesuiti questa parentela con Giano bifronte è storia vera, basta ricordare le parole di Ignazio che nei suoi scritti raccomanda l'obbedienza al Papa ed alla Chiesa "perinde ac cadaver" e poi passare all'ostilità che Giovanni Paolo II manifesta nei confronti di Padre Pedro Arrupe, generale dell'ordine, per i suoi legami con la teologia della liberazione e che lo porterà alle dimissioni prima ed alla sostituzione poi (1980). In questa apparente doppiezza si nasconde la grande ricchezza di un Ordine che non ha mai cessato con la "Discrezione Ignaziana" di seguire il correre della Storia. Nel fare questo i gesuiti non hanno mai rinunciato alla Parola ed all'introspezione nella preparazione dei suoi adepti alla vita religiosa ed al lavoro di annuncio della parola divina. Occorre ricordare che molti psicanalisti non freudiani ortodos-



Padre Pedro Arrupe, il gesuita che non piaceva al Papa

si hanno interpretato recentemente la capacità di Gesù prima, e dei suoi apostoli poi, di scacciare i demoni come intervento psicoterapeutico volto a combattere il disagio psichico. La metodica psicanalitica con il suo meccanismo di introspezione, comunicazione e di lavoro di indagine personale realizzato da Freud prima e dai suoi discepoli poi, non fa altro che riprendere con 300 anni di ritardo quanto l'Ordine considerava indispensabile per la trasformazione della "Vocazione" subitanea e sconvolgente in prassi quotidiana, metodica basata tanto sulla Fede quanto sulla Ragione. La prassi sia dei novizi che dei religiosi ormai "confessi" prevedeva una confessione almeno settimanale, la stesura di diari quotidiani e di lettere inviate all'autorità competente all'interno dell'Ordine per motivare le proprie scelte. Chi seguiva il novizio doveva rielaborare di continuo quanto da lui comunicato valutando le caratteristiche e le potenzialità dello stesso "pro aetate, doctrina vel ingenio". Una raccolta enorme di queste missive ed in particolare di quelle che contengono il desiderio di essere missionari in Oriente, le cosiddette "Indipe-

tae", è ora digitalizzata ed analizzata da vari istituti universitari sia in Europa che negli Stati Uniti. Da questo spirito missionario traspare un'altra caratteristica dei Gesuiti, quella di essere il primo Ordine veramente globale della Chiesa e la loro apertura verso l'Altro, la sua cultura, le sue esigenze religiose. In fondo un ulteriore aspetto della disponibilità all'ascolto che la Psicanalisi trasformerà in metodo di cura. È obbligatorio ri-



Freud

cordare a questo proposito che solo i Gesuiti con Matteo Ricci hanno avuto alla fine del '500 qualcuno che ha imparato il cinese, fatto gli esami da Mandarino e proposto di accettare i cosiddetti "Usi religiosi confuciani" all'interno della liturgia cattolica. L'empatia del terapeuta verso il paziente riprende quell'accettazione del pensiero altrui che il missionario deve praticare per diffondere la Fede. Se lo psicanalista ha i suoi schemi mentali teorici per interpretare il disagio del paziente e portarlo verso l'equilibrio psichico, il missionario sa che l'unica vera terapia è la fede e che nell'abbandono all'invisibile Divino si nasconde una certezza che non dà la pace momentanea del superamento di un conflitto ma la pace assoluta della vittoria sulla morte. Credere a tutto questo è ovviamente impossibile per una mentalità razionale, ma l'affinità profonda dei due me-



Papa Francesco e la psicanalisi: "Mi ha aiutato molto".

todi è innegabile. Basti pensare a quanto sospetto ed ostilità li abbia circondati entrambi al loro comparire; Ignazio finì addirittura in prigione ad opera della Santa Inquisizione per eresia e Freud fu oggetto del bando da parte di tutte le società mediche della Vienna a lui contemporanea. Lavorare sulla psiche infrange qualche tabù ancora più potente di quelli che infrangevano i primi anatomisti nel sezionare i cadaveri e questo è facilmente comprensibile perché così come Freud metteva in discus-

sione alcune certezze della società borghese, Ignazio nella conquista delle anime dei suoi giovani convertiti metteva in discussione spesso i rapporti familiari, la gestione dei patrimoni e cercava di riportare al centro del dibattito la parola di Gesù. E questo era il vero scandalo per una società come la sua, in cui la ricchezza ed il potere erano incompatibili con il messaggio che avrebbe voluto una "Chiesa povera per i poveri! Perché i poveri sono il centro del Vangelo". Certo i Gesuiti per sopravvivere spesso hanno assunto atteggiamenti e condotte antagoniste e sono stati considerati baluardo della reazione fino ad essere soppressi nel 1773 ad opera di Benedetto XIV, ma la cosiddetta terza compagnia, quella del '900 è ritornata all'ispirazione originaria fino ad entrare per la sua posizione progressista in contrasto con il Vaticano. Certo è che un papa gesuita venuto dal mondo extraeuropeo come Papa Francesco e che per di più ha praticato a lungo la psicoanalisi è la felice sintesi di questa contraddizione da cui siamo partiti.

“

## Su Gabriele D'Annunzio, si raccontava

Si raccontava, ma lo si dava per certo, che in un paesino del Veneto durante gli anni '30 del secolo scorso, in pieno regime mussoliniano, due giornalisti, piuttosto sprovveduti ma in cerca di notorietà, pensarono di poter intervistare nientepopodimeno che Gabriele D'Annunzio,



Olio su tela. *Ritratto di Gabriele D'Annunzio* di Ercole Sibellato

l'immaginifico. Il Vate viveva nel famoso Vittoriale degli Italiani a Gardone Riviera nel bresciano, dove ancora oggi molti estimatori e curiosi vanno come turisti ad ammirare i trofei e i ricordi dello stravagante letterato, valoroso combattente della prima guerra mondiale e protagonista del grande gossip sentimentale con Eleonora Duse. Il Vittoriale fu una specie di “buen retiro” dopo la gloria, che si dice fosse costato una fortuna all'erario statale, tanto che i buontemponi ipotizzarono un saluto del Duce al poeta “Salve o suonator di lira (la moneta)” e la risposta altrettanto polemica del Vate “Ti saluto o lesto-fante (ex bersagliere)”.

Ma riprendendo il racconto dei cronisti veneti, ben decisi ad affrontare l'incontro con D'Annunzio, i due partirono all'alba e giunti alla meta furono accolti da un addetto che li fece accomodare in un salottino del Vittoriale, assicurandoli che il Comandante si sarebbe fatto vivo quanto prima. Passarono le ore, anche quelle in cui sentivano il digiuno, nel più assoluto silenzio e isolazionismo. Solo verso il tramonto udirono un ticchettio: si era aperto un piccolo oblò, nel quale appariva evidente un occhio e udirono una voce, la Sua, che disse “Andate e dite al mondo che avete visto l'occhio di Gabriele D'Annunzio”. Si ricordarono infatti che

il grande poeta e scrittore, nonché l'eroe della Beffa di Buccari sul finire del conflitto nel 1918, aveva perduto l'occhio sinistro durante un incidente aereo, da cui l'epiteto che gli fu onorato di “orbo veggente”. Ma a quel punto i due giornalisti si resero anche conto che dopo la voce e la chiusura dell'oblò l'intervista doveva considerarsi conclusa. Si guardarono e con un misto di sollievo e di delusione uscirono a cercare un bar per rificillarsi del digiuno e poi ripartire. Tornati al paesello, cercarono di raccontare con aggettivi che speravano in grado di nobilitare la loro spericolata impresa, ma rimasero delusi. La gente che li conosceva, chiacchierando nei caffè o dal barbiere, si convinsero del loro grullismo e della divertente nuova beffa dannunziana.

E. P.

”

# DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2023



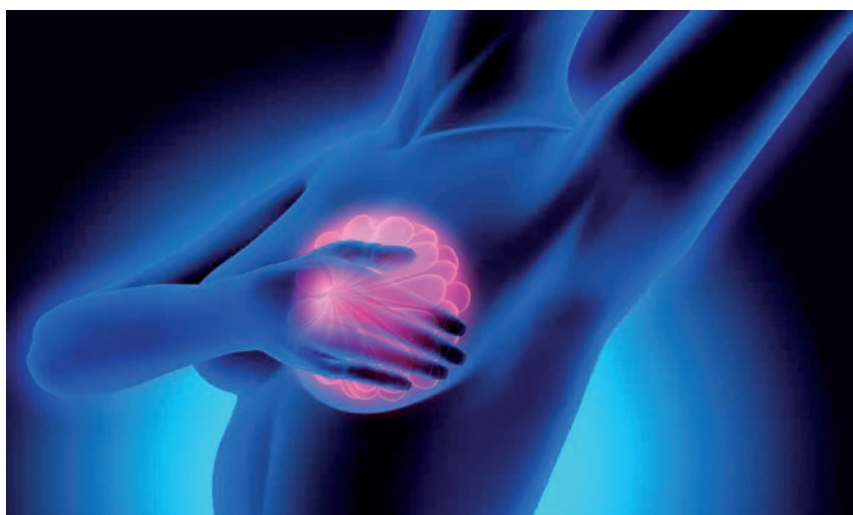
Camilla Cavallaro Intervista Irma Bisceglia



## *Danni da chemioterapici per il tumore al seno: ace-inibitori e betabloccanti proteggono?*

**Cavallaro:** L'aumento dei "survivors" del tumore al seno ha portato allo sviluppo di un grande interesse nel campo della prevenzione e del trattamento della cardiotoxicità; quali sono le ultime raccomandazioni in merito alla terapia cardioprotettiva?

**Bisceglia:** Sebbene i primi studi suggerissero un beneficio complessivo sulla funzione cardiaca con l'utilizzo degli ace-inibitori (ACEI) e beta bloccanti (BB), studi randomizzati più recenti hanno dimostrato un effetto modesto o nullo degli interventi farmacologici. Data l'incompletezza delle evidenze non esiste un chiaro consenso su quali pazienti debbano iniziare una terapia cardioprotettiva. Come raccomandato nelle nuove linee guida della società europea di cardiologia la stratificazione del rischio prima del trattamento è fondamentale per identificare i pazienti ad alto rischio che trarrebbero i maggiori benefici dall'utilizzo della terapia di cardioprotezione.





**È corretto definire la cardiotoxicità esclusivamente come riduzione della funzione sistolica ventricolare sinistra (VS) e/o lo sviluppo di un'insufficienza cardiaca?**

Non proprio, le linee guida ESC da poco pubblicate hanno classificato la cardiotoxicità in sintomatica e asintomatica ed hanno enfatizzato il ruolo del global longitudinal strain (GLS) e del dosaggio dei biomarcatori in aggiunta alla sola misurazione della Frazione d'Eiezione Ventricolo Sinistro (FEVS) per la definizione e caratterizzazione delle classi di rischio e delle diverse forme di cardiotoxicità.

**Quale è l'incidenza della cardiotoxicità da antracicline (AC) e da trastuzumab?**

L'incidenza di cardiotoxicità delle AC varia notoriamente in relazione alla dose cumulativa somministrata. In uno studio di Cardinale et al. su pazienti adulti trattati con AC è stata riscontrata un'incidenza di tossicità cardiaca del 9% e nel 98% dei casi questa si è verificata entro il primo anno dopo il completamento del trattamento.

In una recente analisi di oltre 4.000 pazienti trattati in adiuvante con trastuzumab si è osservata un'incidenza dell'8,7%



di disfunzione VS paucisintomatica o asintomatica e un'insufficienza cardiaca sintomatica nel 2% delle pazienti mentre gli studi su popolazione hanno riportato tassi di incidenza più elevata rispetto ai trial clinici; infatti in un'ampia analisi retrospettiva pubblicata nel 2021 da Battisti et al., l'incidenza di cardiotoxicità nei pazienti trattati con trastuzumab è stata del 16,6% e lo sviluppo di insufficienza cardiaca sintomatica è stata del 5,0%.

**In caso di diagnosi di cardiotoxicità da antracicline, quali sono gli accorgimenti e gli interventi farmacologici da mettere in atto?**

Le misure includono la sostituzione con farmaci antitumo-

rali alternativi, la riduzione della dose di AC, formulazioni speciali, come la doxorubicina liposomiale. Invece gli interventi cardioprotettivi specifici, testati in studi randomizzati e controllati, includono il trattamento concomitante con dexrazoxano e il trattamento con bloccanti del recettore dell'angiotensina (ARB) o inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACEI) e/o beta bloccanti (BB).

**Quali sono i risultati dei più recenti studi sull'azione cardioprotettiva di ace inibitori sartani e betabloccanti?**

Lo studio PRADA (Prevention of Cardiac Dysfunction During Adjuvant Breast Cancer Therapy) ha valutato l'azione

cardioprotettiva di candesartan, BB (metoprololo) o placebo. A seguito di un follow-up di due anni (PRADA EXTENDED trial) non c'era nessuna differenza significativa nella riduzione della FEVS misurata con Risonanza Magnetica Cardiaca (RMC) tra i gruppi. Nel gruppo che assumeva candesartan si è osservata una ridu-

zione del volume telediastolico (EDV), ma non in quelli che hanno assunto il candesartan, suggerendo che l'attenuazione del danno miocardico potrebbe non riflettersi sempre in cambiamenti della FEVS.

Dall'analisi preliminare ad interim dello studio randomizzato a 4 bracci SAFE (Cardiotoxicity Prevention in Breast Cancer Patients Treated With An-

giornamento del GLS è risultato maggiore nel gruppo placebo. Sebbene lo studio sia ancora in corso, i risultati sembrano promettenti.

**Come abbiamo visto dalla sua relazione sono numerosi gli studi in merito alla scelta di una strategia cardioprotettiva ottimale. Stando alle ultime evidenze quali sono quindi i pazienti che potrebbero maggiormente beneficiarne?**

In ambito di cardioprotezione le linee guida ESC appena pubblicate propongono, con raccomandazione di classe II A, l'utilizzo di un regime con ace inibitori o sartani e beta bloccanti nella prevenzione primaria dei pazienti oncologici ad alto rischio cardiovascolare.

**Guardando al futuro invece, potrebbero esserci nuove terapie in grado di proteggere il cuore dal danno da chemioterapici?**

Non è da escludere in un futuro l'utilizzo di strategie farmacologiche più efficaci come le gliptine o il sacubitril/valsartan che è attualmente oggetto d'indagine del trial ongoing PRADA II.



zione del volume telediastolico (EDV) e una riduzione minore del GLS mentre nei pazienti non trattati si osservava un aumento dei volumi telesistolici. L'analisi dei biomarcatori circolanti ha evidenziato un'attenuazione dell'aumento della troponina cardiaca nei pazienti che hanno ricevuto il meto-

tracyclines and/or Trastuzumab) che ha valutato l'effetto di bisoprololo, ramipril o della loro combinazione per ridurre il danno cardiaco subclinico associato alle AC è emerso che la riduzione della FEVS era inferiore nei gruppi trattati con ramipril e bisoprololo rispetto al placebo. Anche il peg-



**Simone Budassi** Intervista **Filippo Stazi**



## *Dilemmi in cardiologia: quando ricanalizzare una CTO*

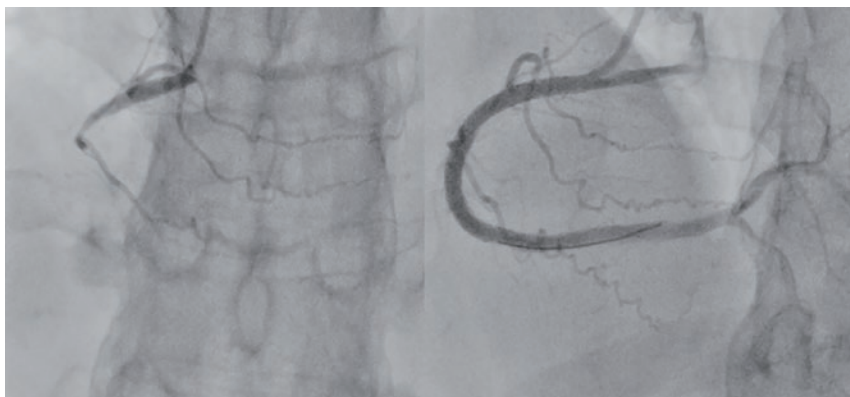
**Budassi:** Filippo, grazie per aver condotto una così accurata revisione della letteratura su un argomento ancora molto dibattuto e a me, come sai, molto caro. Potresti chiarirci quali sono i sintomi più frequentemente riferiti dai pazienti con CTO?

**Stazi:** L'angina tipica è meno frequente rispetto ad altre forme di discomfort toracico. Il disturbo più prevalente è la dispnea. Comune è anche la presenza di astenia, faticabilità e depressione. Inoltre, a causa della lenta progressione della malattia, i pazienti spesso si abituanano a convivere col loro problema, riducendo gradualmente, quasi senza consapevolezza, il loro livello di attività fino a considerarsi asintomatici.

**Qual è l'incidenza di CTO nei pazienti sottoposti a studio coronarografico?**

Il riscontro di CTO è relativamente comune, osservandosi nel 15-20% dei pazienti con coronaropatia ed ancora più frequentemente, 50%, nei soggetti precedentemente sottoposti a bypass aortocoronarico

Le CTO PCI sono sicuramente procedure complesse, costose, gravate da un più alto tasso di complicanze ma con il progredire delle tecniche il successo procedurale è aumentato notevolmente negli ultimi anni. Certamente, la percentuale di successo delle ricanaliz-





zazioni percutanee delle CTO (CTO PCI) è andata progressivamente aumentando, sia per il miglioramento dei materiali a disposizione che per la maggior competenza acquisita dagli operatori ed attualmente si attesta intorno all'85-90%, nei centri migliori, e intorno al 60-80% nei registri più ampi e quindi più indicativi del mondo reale. Senza entrare nello specifico sono ormai disponibili differenti tecniche (anterograda, dissezione-rientro, retrograda) che devono tutte essere parte del bagaglio tecnico degli operatori.

### **Qual è la prognosi di questi pazienti?**

I pazienti con CTO sono in genere più anziani di quelli con

coronaropatia non ostruttiva e con più comorbidità e presentano, in gran parte anche per questi motivi, una prognosi peggiore. In caso di STEMI la concomitante presenza di una CTO su un'arteria non culprit peggiora la prognosi sia a breve che a lungo termine, soprattutto se l'arteria responsabile dell'infarto forniva collaterali alla CTO.

### **C'è un'evidenza scientifica a favore del trattamento delle CTO?**

La letteratura al momento non è univoca al riguardo, con risultati discordanti soprattutto tra studi randomizzati e osservazionali, con i primi che hanno fornito esiti inferiori alle attese ed i secondi, soggetti però a possibili bias di arruolamento, invece molto più positivi.

### **Quali potrebbero essere i bias di arruolamento?**

Sicuramente lo scarso numero di pazienti arruolati, gli alti tassi di cross over tra bracci di trattamento, la breve durata dei follow-up, la scadente selezione dei pazienti inclusi, la commistione negli stessi soggetti di trattamento delle CTO e delle lesioni non occlusive, l'inserimento di pazienti a

basso rischio e paucisintomatici, la non omogenea ricerca di ischemia e vitalità preliminarmente al trattamento, hanno inficiato la qualità di questi studi, riducendone l'attendibilità.

### **E per quanto riguarda gli studi osservazionali?**

Molti importanti registri hanno fornito risultati più favorevoli al trattamento percutaneo delle CTO. Questi studi hanno spesso dalla loro la forza conferita dall'ampia numerosità dei soggetti osservati e la lunga durata (anche più di 10 anni) dell'analisi, mostrando come i benefici della procedura (riduzione della mortalità sia totale che cardiaca, del rischio d'infarto e di successive rivascolarizzazioni) divengano evidenti solo dopo circa 3 anni dall'intervento, oltre, cioè, i periodi di studio dei trial randomizzati. Registri e studi osservazionali scontano però l'arbitrarietà della selezione dei pazienti trattati che risultano in genere più giovani e "sani" di quelli gestiti conservativamente.

### **Quali potrebbero essere allora i possibili benefici del trattamento percutaneo delle CTO.**



## Randomized Trial Evaluating Percutaneous Coronary Intervention for the Treatment of Chronic Total Occlusion

The DECISION-CTO Trial

Editorial, see p 1684

Seung-Whan Lee\*  
Pih Hyung Lee, MD\*  
et al

**BACKGROUND:** Procedural results for percutaneous coronary intervention (PCI) in coronary vessels with chronic total occlusion (CTO) have improved in recent years, and PCI strategies have moved toward more complete revascularization with more liberal use of CTO-PCI. However, evidence evaluating CTO-PCI is limited to observational studies and small clinical trials.

**METHODS:** In this open-label, multicenter, randomized, noninferiority trial, PCI-eligible patients were assigned to receive either 1 of 2 strategies: PCI or no PCI for the qualifying de novo CTO lesion with the option for PCI of obstructive non-CTO lesions at the discretion of the operator. The primary end point was a composite of death, myocardial infarction, stroke, or any revascularization. Health-related quality of life was assessed at baseline and at 1, 6, 12, 24, and 36 months. Because of slow recruitment, the trial was stopped before completion of the 1284 planned enrollments.

**RESULTS:** Between March 2010 and September 2016, 834 patients were randomly assigned to the CTO-PCI (n=417) or no CTO-PCI (n=398) strategy. Among the patients assigned to the no CTO-PCI strategy, 78 (19.6%) crossed over to receive staged CTO-PCI within 3 days of randomization. The overall CTO-PCI success rate was 90.6%. Serious nonfatal complications associated with CTO-PCI occurred in 3 patients (1 stroke, 1 cardiac tamponade, and 1 patient with recurrent episodes of ventricular tachyarrhythmia induced by intracoronary thrombus). Approximately half of the patients in each group underwent PCI for an average of 1.3 non-CTO lesions, resulting in a comparable residual SYNTAX score (Synergy Between PCI With TAXUS and Cardiac Surgery;  $3.7 \pm 5.4$  versus  $4.0 \pm 5.9$ ,  $P=0.42$ ) confined to non-CTO vessels. During a median follow-up of 4.0 years (interquartile range, 2.4 to 5.1 years), there was no significant difference between the CTO-PCI and the no CTO-PCI strategies in the incidence of the primary end point (22.3% versus 22.4%, hazard ratio, 1.03; 95% CI, 0.77 to 1.37;  $P=0.86$ ). Both CTO-PCI and no CTO-PCI strategy were associated with significant improvements but without between-group differences in disease-specific health status that was sustained through 36 months.

**CONCLUSIONS:** CTO-PCI was feasible with high success rates. There was no difference in the incidence of major adverse cardiovascular events with CTO-PCI versus no CTO-PCI, but the study was limited by low power for clinical end points and high crossover rates between groups.

**CLINICAL TRIAL REGISTRATION:** URL: <https://www.clinicaltrials.gov>. Unique identifier: NCT01078051.

\*Drs. S.-W. Lee and P.H. Lee contributed equally.

The full author list is available on page 1681.

**Key Words:** arterial occlusive diseases  
■ outcome ■ percutaneous coronary intervention ■ randomized controlled trial

Sources of Funding, see page 1682

© 2019 American Heart Association, Inc.  
<https://www.ahajournals.org/journal/circ>

Una recente metanalisi ha mostrato che i pazienti con CTO trattati con terapia medica hanno un significativamente più alto rischio di morte per tutte le cause rispetto a quelli rivascularizzati mediante PCI (RR 1.99,  $p = 0.0002$ ). La stessa metanalisi ha mostrato risultati simili per quanto riguarda l'endpoint morte cardiaca (RR 2.36,  $p < 0.00001$ ), mentre non mostrava differenze statisticamente significative per il rischio di infarto (RR 1.65,  $p = 0.06$ ). Se si andava a differenziare studi randomizzati e non randomizzati, in tutti e tre gli endpoint hard, non vi era differenza per i primi, mentre invece era netta negli studi osservazionali.

**E per quanto riguarda aspetti molto cari ai nostri pazienti come la riduzione dei sintomi e l'eventuale miglioramento della qualità di vita?**

I risultati degli studi randomizzati EURO-CTO, IMPACTOR-CTO, COMET-CTO dimostrano l'efficacia della CTO PCI nella riduzione dei sintomi e nel miglioramento della qualità di vita. L'unico risultato discordante, quello del DECISION-CTO, è troppo inficiato dai limiti metodologici per

smentire l'esito degli altri studi: i pazienti erano poco sintomatici, le lesioni non ostruttive venivano rivascolarizzate dopo la randomizzazione e non c'era ricerca di vitalità miocardica.

### **Si sono osservati effetti sulla funzione ventricolare sinistra?**

Anche su questo aspetto vi è discordanza di dati. In una meta-analisi di 34 studi emerge come la CTO PCI induca un miglioramento della FE del 4,44% ( $p < 0.01$ ) ed una riduzione del VTD del ventricolo sinistro di 6.14 ml/mq ( $p < 0.01$ ). Però l'unico studio randomizzato condotto sull'argomento [EXPLORE], non ha messo in evidenza un miglioramento della funzione ventricolare sinistra salvo nel sottogruppo dei pazienti con CTO dell'IVA.

### **Il soggetto con CTO ha un rischio aumentato di aritmie e morte improvvisa?**

Questi soggetti sembrano avere un aumentato rischio aritmico e di morte improvvisa, specialmente se l'occlusione è di un'arteria responsabile d'infarto. Una meta-analisi ha considerato sei studi che analizzavano la relazione tra presenza di CTO e occorrenza di VT/VF o terapia appropriata del defibrillatore ed ha evidenziato che l'occlusione si associava ad un incremento di 1,68 volte di tali eventi aritmici (RR 1.68,  $p < 0.05$ ). Non è però ancora chiaro se la disostruzione possa ridurre tale rischio. Gli unici dati disponibili derivano da uno studio osservazionale su 1.162 pazienti sottoposti a CTO PCI che ha confrontato l'incidenza di morte improvvisa ed aritmie ventricolari sostenute tra coloro in cui la procedura aveva

avuto successo e quelli in cui invece non era riuscita. Nei primi, al termine del periodo di osservazione di 12 anni, si è osservata una riduzione significativa (7,5% vs 2,5%  $p < 0.001$ ) degli eventi aritmici che, però, era interamente dovuta al sottogruppo con CTO in arteria responsabile d'infarto

### **Concludendo cosa consiglieresti ai tuoi pazienti?**

La decisione di un eventuale trattamento di una CTO deve essere cucita sul paziente. L'analisi dei dati disponibili in letteratura non permette al momento affermazioni conclusive sul ruolo della CTO PCI. È indispensabile incorporare nell'algoritmo decisionale sia elementi clinici come la sintomatologia, l'età, la funzione ventricolare sinistra e l'eventuale presenza di comorbidità, che le caratteristiche anatomiche.

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

- *In ricordo del Dr. Verardo Michelini di Bologna, il Dr. Andrea Tonelli*



Foto di Giorgia Magnoni

“

## MEDICINA MEDIEVALE

### Regimen Sanitatis Salerni

#### DELLA CENA

Son le cene sontuose  
allo stomaco dannose.  
Perché il sonno ti sia lieve,  
la tua cena esser vuol breve.

#### DELLA DISPOSIZIONE AL CIBO

Tu a mangiar non sii mai tratto,  
se non hai stomaco affatto  
vuoto e libero dei pasti,  
dove innanzi lo aggravasti.  
Di ciò avrai nell'appetito  
segno certo e non mentito,  
chè le fauci ognor discreta  
son misura della dieta.

F.S.



Banchetto medievale

”

# E... visse inquadrato

Passeggiavo a Venezia per calli, ponti e campielli con un amico e le rispettive consorti, tutti nell'età "che della vita l'arco piega", ma ancora non lo affanna. Un pomeriggio d'autunno, fortunatamente con pochi turisti, tutti erano al Lido a vedere il red carpet del Festival Cinematografico. Si chiacchierava tra noi, goldonianamente, del perché le abituali torme di visitatori, provenienti da ogni parte del mondo, fossero spesso così sbracate, più interessate ai souvenir che alle bellezze del gotico fiorito, certamente fotografato, ma che al ritorno rimarrà senza la sua storia e la leggenda. Improvvisamente sbuca nel nostro campiello una ragazza, bella era un riduttivo, proprio uno schianto, come dicono i nostri figli, certamente fuggita dal Lido: un ovale perfetto, petto e fondoschiene proporzionati, su due gambe che non erano quelle della solita svedese asettica; in lei sprizzava non la scultura, ma quello che gli anglosassoni definiscono "sex-appeal" e che noi parlando e scrivendo, volentieri ripetiamo, perché il nostro "procace" non ren-





de bene l'idea. Naturalmente tra i quattro noi maschi istintivamente ci voltammo ad ammirarla, riconoscendo troppo tardi la non-signorilità verso le consorti. A rompere l'imbarazzo, Bruna disse: "perché non ci prendiamo un caffè?" Finalmente seduti all'esterno di un bar, le nostre occhiate s'incrociarono allusivamente e l'amico, un veneziano doc, di quelli che con lo humor sanno togliere l'imbarazzo, "sentenziò": "sulla mia lapide dovranno incidere NATO PER UNA VITA DI DISSOLUTEZZE, VISSE INQUADRATO". Ne seguì un amorevole scappellotto della moglie e una risatina di tutti, che ci riportò al nostro pomeriggio veneziano, ricco della tradizionale filosofia. Ma non per me, che veneziano insulare non ero, abituato a ripensare sull'accaduto e su ciò che esso può rivelare inconsciamente. Quel "visse inquadrato" mi piacque e lo rapportai al nuovo mondo dei nostri figli e nipoti,

che ancor prima della minigonna avevano rovesciato quel perbenismo. Noi vecchi eravamo i matusa che loro amorevolmente premettevano ad ogni iniziativa che li rendeva liberi di agire e di amare. Non tutti, si capisce, le resistenze si fecero sentire nei differenti paralleli e meridiani della nostra penisola, ma oramai il vaso di Pandora era rotto e i nuovi venti soffiavano come una rivoluzione inarrestabile. Cominciai con il dire: "naturalmente parlo da medico, ma vi rendete conto che all'incirca un secolo fa le donne medico erano solo o quasi la Montessori e Madame Curie, mentre oggi esse superano in proporzione gli uomini? Al mio paese, quando nel 1950 arrivò la prima dottoressa pediatra ci mancò poco che i colleghi la linciassero, e a parole lo fecero, ma lei si salvò con la bravura e l'intelligenza." Ognuno di noi intervenne poi con la propria esperienza che collima-

va soprattutto sui cambiamenti in troppo rapida evoluzione per dare a ognuna delle parti, tradizionalisti e futuristi, il tempo e il modo per adattarsi, e per accettarsi.

A questo punto il discorrere si stava addentrando nel pessimismo delle difficili reazioni familiari, dei femminicidi, della iponatalità e delle immigrazioni pericolose. Un futuro difficile da programmare, disse uno di noi, perché siamo coinvolti e penalizzati nel suo formarsi e soprattutto carenti nella speranza di risolverlo. Preferimmo restare in silenzio, guardare i colori decadenti della nostra bella laguna e, di scorcio, la chiesa della Salute, che ricordava tempi ben più difficili per i veneziani che la eressero. Ci alzammo per ritornare a casa e da un improbabile jukebox ci giunse il suono del "don't cry for me Argentina." cantata da Madonna; "bei tempi" disse l'amico veneziano, calcando con un sorriso l'ironia.

di Filippo Stazi

# Quadri e Salute



*La visita del medico* è un dipinto a olio su tela di 47,5 x 41 cm, realizzato tra il 1661 ed il 1662 dal pittore olandese Jan Steen ed attualmente conservato nel Wellington Museum di Londra.

Jan Steen nacque a Leida, in Olanda, in una famiglia cattolica. La data di nascita non è nota con esattezza. Il padre era un ricco birraio e Jan ne continuò il mestiere, alternandolo all'attività di pittore. Nel 1649 Steen sposò Margriet, la figlia del rinomato paesaggista Jan van Goyen, dalla quale ebbe otto figli e che morì nel 1669. Nel 1673 l'artista si sposò di nuovo, con Maria van Egmont, che gli diede un altro figlio. Morì a Leida nel 1679.

Il suo lavoro fu molto apprezzato dai contemporanei e la sua arte è stata fonte di ispirazione per molti artisti. Fu un pittore prolifico e dipinse circa 800 quadri, di cui 350 giunti fino a noi. Ciò nonostante Steen ebbe problemi di denaro per tutta la vita e quando morì lasciò la famiglia pesantemente indebitata.

Dipinse di preferenza scene quotidiane e popolari che ritraggono il caos nelle abitazioni, dottori finti, ragazze malate e osterie piene di adulti ubriachi e bambini che sembrano impazziti. Tali scene così caotiche sono talmente tipiche del suo lavoro che ancora oggi in olandese si usa l'espressione "casa di Jan Steen" ad indica-

re una dimora particolarmente caotica, al cui interno ognuno fa ciò che vuole. Realizzò inoltre una settantina di opere di genere storico e alcuni ritratti. Sebbene a volte abbia incluso il suo autoritratto in queste scene di apparente immoralità e caos, non ci sono prove che suggeriscano che la sua vita reale rispecchiasse la sua arte, come da alcuni calunniosamente sostenuto. Steen fu anzi un gran lavoratore, ottimo padre di famiglia e cattolico devoto.

Sempre molto attento all'ispezione psicologica Jan è stato un maestro nel cogliere le sottigliezze delle espressioni facciali, specialmente nei bambini, dipingendo con grande perizia tecnica, grazie, in particolare, all'abbondante uso del colore.

Tra i soggetti preferiti di Steen c'erano la "visita dal dottore" o la "ragazza malata" in cui maggiormente traspare la sua vena umoristica. Dottori di tutti i generi, ciarlatani, impostori, cavadenti e giovani malate costituiscono, infatti, una cospicua percentuale del lavoro dell'olandese. Le condizioni delle pazienti non sono mai troppo gravi e in genere sono affette dal cosiddetto "mal d'amore", malattia frequentissima nel '600. Le scene hanno usualmente poco della tragicità che spesso ci si aspetterebbe in queste situazioni e i dottori sono sempre raffigurati come personag-

gi assurdi, vestiti con indumenti estremamente datati. Spesso l'artista derideva anche la stupidità dei pazienti, vittime delle prese in giro di tali "medici", sia che fossero poveri contadini, come nei primi dipinti, o pazienti ricchi, come negli ultimi. Ne *La visita del medico* la storia è semplice: un medico che assiste una giovane fanciulla scopre che lei non è malata ma solo incinta. Il dottore sembra un attore comico di teatro, indossa una berretta, un farsetto e una piccola gorgiera plissettata, come sarebbe stato alla moda nel secolo precedente. Al contrario, la ragazza è abbigliata al massimo della moda all'epoca del dipinto con un ampio kimono in stile giapponese. Alcuni dettagli rappresentati nell'opera: un ragazzo che gioca con un arco e una freccia, la tela appesa al muro con Venere e Adone, gli amanti più famosi di tutta la mitologia antica, suggeriscono all'osservatore attento la vera natura del male della ragazza.

I dottori di Steen, comunque, nonostante i loro tratti comici o ridicoli, sono tutti caratterizzati da una certa attenzione nei confronti delle loro pazienti, parlano con loro, le osservano, le rassicurano, le ascoltano. L'artista olandese aveva evidentemente compreso che la loquacità è l'arma più efficace per affrontare delle testarde innamorate e così aveva trasmesso tale geniale intuizione anche ai suoi medici.

# Quaderno a Quadretti

di Franco Fontanini

## Il chirurgo semidio

Ammettiamolo, gran parte di noi internisti non si è mai del tutto liberata dal complesso del chirurgo. Un medico poteva essere bravo e stimato finchè si vuole, ma il chirurgo era più popolare, più ammirato, più ossequiato. Le prestazioni più drammatiche le faceva lui, chi strappava gli ammalati alla morte era lui.

Negli ospedali del passato, per le decisioni più importanti era il medico che andava dal chirurgo, raramente accadeva il contrario.

Finché sono stati in voga i salotti, il posto di maggior riguardo era quello del chirurgo.

In una cittadina toscana alle prime elezioni la notizia che il primario chirurgo sarebbe stato capolista dei socialisti, gettò nello sconforto i democristiani.

Va riconosciuto che nessun clinico o primario medico per quanto autorevole riusciva a far alzare di buon'ora i propri collaboratori, tutti i chirurghi cominciavano le sedute operatorie alle sei del mattino.

Nessun medico si è mai permesso di trattar male la suora capo-reparto, per molti chirurghi era un normale riconosciuto segno di autorevolezza. A Modena un chirurgo era guardato con molta deferenza per i suoi interventi, ma ancor più per le sue imprecazioni in sala operatoria che nessun altro che lui poteva permettersi.

La calante differenziazione fra medici e chirurghi ebbe l'ultima impennata con la cardiocirurgia quando il chirurgo osò ciò che era ritenuto inossabile. Lo rimarcò una quarantina di anni fa con uno dei suoi coup de théât-



re il grande Sodi Pallares quando a sorpresa nel corso di una conferenza, chiese all'uditorio il nome del cardiocirurgo di Milwaukee. Tutti risposero ad una voce. Poco più avanti, simulando un'improbabile amnesia, chiese il nome del cardiologo della stessa università. Superato un momento di sconcerto, pochissimi risposero. Con amarezza, questa probabilmente non simulata, Sodi Pallares commentò: "anche i chirurghi ultimi arrivati ci hanno sopravanzato".

La supremazia dei chirurghi si è estinta solo per l'effetto livellatore della tecnologia.

Al tramonto del chirurgo semidio, purtroppo, è seguito il lento e progressivo declino del prestigio di tutta la medicina.

Difficile descrivere alle nuove generazioni il chirurgo di cent'anni fa.

In quel tempo Angelo Mosso fisiologo torinese pubblicò i suoi studi sugli effetti cardiocircolatori della paura dimostrando come di paura si possa morire;

Luigi Porta, celeberrimo clinico chirurgo di Pavia, quando un ammalato gli morì durante l'intervento, scagliò a terra il bisturi e togliendosi i guanti gridò sdegnato al cadavere: "i vili muoiono di paura!"



### Compleanni

Molto compassato in gioventù a sessant'anni è diventato ieratico. Gode di un grandissimo prestigio fra gli intellettuali della sua città. I lunghi capelli bianchi sempre ben pettinati, lasciano cadere una lieve ciocca che ondeggia sulla fronte con i movimenti della testa.

Le lunghe mani eleganti disegnano l'aria come un direttore d'orchestra. Parla lentamente, in stampatello. Cita spesso Pastonchi, suo maestro ideale anche se nessuno dei presenti sa chi sia.

Cita le sue opere con deferenza.

Ha mangiato pochissimo, distrattamente, per non interrompere il monologo.

Alla fine della cena ha brindato al suo ultimo libro di cui ha regalato a tutti i invitati una copia in anteprima con dedica.

Nel silenzio più completo di tutti ha letto alcune poesie.

La sua vena poetica, col passare degli anni si è riempita di varici come le sue gambe.

### Spie

La fantasia degli spioni è stata straordinaria in tutte le epoche. Erodoto racconta lo stratagemma cui ricorse Aristagora per spedire istruzioni segretissime a Istico, tiranno di Mileto. Suo cugino e genero quando organizzava la rivolta delle città ioniche contro la Persia. Fece rasare a zero la testa del corriere, scrisse sulla cute il messaggio, aspettò che i capelli ricrescessero, quindi lo

fece partire.

Giunto incolume a Mileto il corriere si rasò di nuovo e mostrò la testa al destinatario.

### Atto unico

Marito e moglie a Roma ai giorni nostri, una domenica mattina.

Lui: io non ho che te.

Lei: tu non hai che me.

Insieme: non abbiamo granché.

### Cospiratori

Leonardo Sciascia rimpiangeva “i bei cretini di una volta”, Alphonse Karr i bravi cospiratori di un tempo.

A suo dire Parigi era la città dove si cospirava di più: cospira-

ravano tutti, uomini e donne, per nostalgia, per interesse, per vocazione, per passatempo.

Il Signor Amilhau è stato un singolare congiurato sotto la Restaurazione.

Non si sapeva cosa facesse né perché congiurasse.

Probabilmente non lo sapeva neppure lui, ma cospirava ogni sera, dopo cena, senza mai saltare un giorno. Un fiacre arrivava puntuale all'ora convenuta a casa sua e lo portava con grande circospezione alla sede dove si riunivano i cospiratori.

Dava la parola d'ordine ed entrava badando che nessuno lo vedesse.

Dopo un saluto furtivo ai presenti si sedeva al tavolo per la partita di wist. Nella sala regnava il silenzio più completo, tutti erano seri nessuno parlava.

Puntualmente a mezzanotte meno un quarto se ne andava per non scontentare il portiere.

Usciva da una porta secondaria dove l'attendeva una carrozzella diversa da quella con cui era arrivato.

La cosa durò parecchi anni senza che il Signor Amilhau mancasse neppure una volta e senza che si facesse scappare la più piccola indiscrezione.

Nessuno seppe mai niente di lui né lui seppe mai niente degli altri.

Una sera, dopo dieci anni a sorpresa uno dei cospiratori chiese la parola che gli venne concessa fra mormorii di malcontento perché disturbava la partita a wist.

“Signori, disse con voce un po' emozionata ma decisa, è tempo di agire!”

“Come agire?” Chiese il Signor Amilhau, che cosa intendete dire con queste parole? Per chi mi prendete? Sappiate, Signore, che io sono un uomo integerrimo, incapace di fare qualsiasi cosa contro le leggi del mio Paese”.

Detto questo, il Signor Amilhau, con fredda calma prese il bastone e il cappello e se ne andò.

Non cospirò più.



# Lettere a Cuore e Salute

## DOMANDA

### **Ho avuto l'infarto. Posso fare sesso?**

Spettabile Redazione di Cuore e salute, ho 59 anni e quattro mesi fa ho purtroppo avuto un infarto. Fortunatamente il mio desiderio sessuale non se ne è andato insieme alla mia presunzione di invulnerabilità fisica. La mia partner è però spaventata e teme che la nostra attività sessuale possa nuocermi. Che devo fare?

Mario C., Rimini

## RISPOSTA

Gentile Sig. Mario, l'attività sessuale è componente fondamentale della vita e la sua mancanza ha un'indubbia ricaduta sul benessere della persona. Purtroppo dopo un infarto è frequente, per vari motivi, che vi sia un calo di tale attività. Riduzione che non è però sostenuta dai presupposti scientifici. Se è infatti vero che alcuni studi hanno suggerito un aumentato rischio di infarto dopo i rapporti, incremento che è peraltro minore in chi li ha frequentemente, è anche dimostrata una relazione inversa tra attività sessuale e rischio di mortalità nella popolazione generale. Vale a dire, se ci sono le condizioni per cui un infarto si verifichi è possibile che questo avvenga proprio dopo un incontro amoroso, specie se sporadico, ma il sesso è solo uno dei possibili elementi scatenanti dell'evento e non la sua causa.

Per rispondere alla sua domanda uno studio israeliano pubblicato sull'*American Journal of Medicine* ha specificatamente indagato il legame tra attività sessuale e mortalità nei pazienti sopravvissuti ad un infarto. 1.521 pazienti di meno di 65 anni e con un recente infarto sono stati suddivisi in

4 gruppi a secondo della frequenza della loro attività sessuale (più di una volta a settimana, una volta a settimana, meno di una volta a settimana, mai). I soggetti con vita sessuale più intensa erano mediamente più giovani, maschi e con un miglior grado d'istruzione. Dopo oltre venti anni di osservazione si è confermata, anche in questo contesto, la relazione inversa tra frequenza sessuale e mortalità totale, ossia un minor numero di morti tra coloro che facevano sesso più spesso. L'effetto protettivo dell'ars amatoria era in realtà molto attenuato quando i dati venivano statisticamente aggiustati tenendo conto di altre variabili (età, genere,

concomitanti malattie, condizioni socioeconomiche) ma non completamente annullato. La buona notizia per lei, perciò, è che l'attività sessuale dopo l'infarto, se non protettiva, quantomeno non è dannosa.

In conclusione, quindi, segua tutte le terapie che la saranno sicuramente state consigliate, adotti lo stile di vita più sano possibile e convinca senza timore la sua partner a godere pienamente della vostra intimità.

Filippo Stazi



# NUN SAI C'A LO SPEDALE CE SE MORE?

di Filippo Stazi



Giuseppe Gioacchino Belli, noto poeta in vernacolo romanesco del diciannovesimo secolo, ha ben rappresentato con l'occhio del popolano la quotidianità della Roma papalina. Molti dei suoi oltre duemila sonetti si sono occupati di medici e malattie. Nell'ambito di questa rubrica di Cuore e Salute ne pubblicheremo i più significativi.

## La medicina sbagliata

La mediscina sbajjata<sup>1</sup>  
Preso cuer bottoncin de sol-limato<sup>2</sup>  
Che mme diede sta bbestia de spezziale,  
m'incominciai de posta<sup>3</sup> a ssentì mmale  
a ffesce<sup>4</sup> tra de mé. Ssò ccuscinato<sup>5</sup>  
Subbito curze<sup>6</sup> er medico, er Curato,  
e ddu'abbatacci o ttre dder tribunale:  
e ppoi me straportonno<sup>7</sup> a lo spedale,  
dove addirittura fui sacramentato.  
Lì, Ddolovico, principiorno a spiggnere<sup>8</sup>  
Co li vommitativi<sup>9</sup>, e ddoppo a ddajje<sup>10</sup>  
co li purganti, e ppoi co le sanguiggnere.  
venti libbre de sangue!  
Eh? Cche ccanajje!  
L'esercito der papa nun ce tigne  
La terra manco in trentasei bbattajje.

1 errata

2 sublimato (corrosivo)

3 subito

4 dissi

5 cucinato, rovinato

6 corse

7 trasportarono

8 spignere

9 vomitivi

10 dargli





Francesco Prati

## *La Semaglutide nel soggetto obeso riduce gli eventi cardiaci. Lo studio SELECT.*



L'impiego di GLP 1 agonisti si è dimostrata molto utile nel soggetto diabetico. C'è un grande interesse su questa classe di farmaci per via dei risultati eccellenti ottenuti nella cura del sovrappeso e per la riduzione degli eventi cardiovascolari.

Rimanevano da chiarire alcuni aspetti tra cui il ruolo dei GLP 1 agonisti nei soggetti con malattia cardiovascolare e in assenza di diabete mellito.

Lo studio SELECT, appena presentato al Congresso dell'American Heart Association e pubblicato sul New England Journal of Medicine ha chiarito questi dubbi.

Lincof et al hanno condotto uno studio multicentrico a doppio cieco randomizzato su 17.604 soggetti con malattia cardiovascolare preesistente (pregresso IMA, ictus o malattia periferica) e senza storia di diabete.

La randomizzazione prevedeva un'iniezione settimanale sottocute di Semaglutide al dosaggio di 2,4mg o il placebo. **Ad una distanza media di  $39.8 \pm 9.4$  mesi si è osservata una riduzione statisticamente significativa dell'endpoint principale (compo-**

**sito di morte cardiovascolare, infarto miocardico non fatale, ICTUS fatale) nei pazienti trattati con Semaglutide (6.5% vs 8.0%,  $p < 0.001$ ).**

Eventi avversi che hanno causato la fuoriuscita dallo studio si sono osservati nel 16.6% dei soggetti nel gruppo trattato con Semaglutide e nel 8.2% dei pazienti nel gruppo placebo.

#### **Commenti:**

Il primo aspetto da commentare è l'efficacia della Semaglutide nel trattamento dell'obesità. Il peso si riduceva del 9.4% mentre la circonferenza vita scendeva del 7.6%, in linea con lavori già pubblicati sull'argomento.

**I dati sugli eventi avversi sono nel complesso confortanti.** A conferma di altri studi la Semaglutide, si è resa responsabile di disturbi gastrointestinali tra cui nausea, vomito o diarrea in una percentuale di casi non trascurabile (10%) ma che definirei accettabile. Più rassicurante il dato dell'incidenza di colecistite che si è attestata sul 8.8% con una differenza statisticamente significativa (seppur di poco,  $\pm 0.004$ ) rispetto al grup-

po placebo (incidenza del 2.3%). Molto favorevole infine il dato sull'incidenza di pancreatite acuta che si manteneva sui valori molto bassi (0.2% vs 0.3% nel gruppo controllo).

**Trovare una spiegazione sul meccanismo di effetto di questa classe di farmaci non è semplicissimo.** La mancanza di studi di progressione-regressione dell'aterosclerosi condotti fino ad ora non rende facile l'interpretazione del dato. Sicuramente la riduzione del tessuto adiposo addominale e periviscerale si traduce in **un' importante effetto anti infiammatorio**. Non a caso la PCR è scesa di ben il 39.1% nel gruppo Semaglutide. E' a tutti noto come farmaci a marcata azione ipolipemizzante si accompagnino ad una marcata riduzione della PCR e si è discusso a lungo sull'impatto clinico dell'abbassamento di questi segni di flogosi dovuto alla riduzione della colesterolemia. Non possiamo pertanto escludere che una buona parte del beneficio clinico sia proprio dovuto all'azione antiinfiammatoria del farmaco.

**Il beneficio della Semaglutide nello studio poteva anche essere dovuto agli effetti benefici del farmaco sulla riduzione di altri fattori di rischio tra cui la pressione arteriosa ed il controllo glicemico che, come è noto, si associano alla sindrome metabolica.** La pressione sistolica scendeva infatti da 3.8 mmHg vs 0.5 mmHg nel gruppo placebo, mentre l'emoglobina glicata scendeva al di sotto del valore soglia del 5.7% nel 65.7% dei soggetti del gruppo Semaglutide vs 21.4% nel gruppo controllo ed infine la colesterolemia si riduceva del 5.2% vs il 3.1% del gruppo placebo.

Le conclusioni offerte dallo studio SELECT sono di grande rilievo. Sappiamo da tempo che l'obesità ed il giro vita aumentato individuano soggetti a rischio di eventi cardiaci. Non si era però ottenuta una dimostrazione di efficacia così evidente sulla riduzione degli eventi cardiovascolari importanti mediante l'impiego di un farmaco in grado di contrastare l'obesità.

In futuro altri studi chiariranno meglio il meccanismo di azione di questa classe di farmaci di cui si sentirà parlare a lungo.



Filippo Brandimarte

# *La terapia anticoagulante anche nella fibrillazione atriale di breve durata? I risultati dello studio ARTESIA*



Rocky sulla scalinata di Philadelphia

Dall'analisi dei dati provenienti da dispositivi impiantati diffusamente negli ultimi venti anni e in grado anche di monitorare costantemente il ritmo cardiaco come pacemaker, defibrillatori e loop recorder, è emerso che brevi episodi di fibrillazione atriale della durata da pochi minuti a poche ore sono comuni e spesso asintomatici. Si stima che questa fibrillazione atriale subclinica, come molti autori amano definirla oggi, sia presente in più di un terzo dei pazienti anziani ipertesi che sono stati sottoposti ad impianto di un pacemaker e che sia associata ad un aumentato rischio di ictus o embolie sistemiche pari a 2 volte e mezzo rispetto alla popolazione che non presenta questi eventi. Dato l'inevitabile aumento del rischio di sanguinamenti derivante dall'uso di anticoagulanti (anche di ultima generazione e specie nella popolazione anziana), il ruolo di questi ultimi nel trattamento di questo tipo di fibrillazione atriale non è chiaro.

A questo scopo è stato disegnato e condotto lo studio ARTESIA, i cui risultati sono stati recentemente pubblicati sulla prestigiosa rivista *New England Journal of Medicine* in occasione del congresso della American Heart Association tenutosi a Philadelphia lo scorso 11-13 novembre. Questo trial randomizzato, multicentrico (247 strutture in Europa e Nord America) a doppio cieco ha studiato, tra il 7 maggio 2015 e il 30 luglio 2021, una coorte di 4012 pazienti portatori di pacemakers, defibrillatori o loop recorder affetti da episodi di fibrillazione atriale subclinica (della durata da 6 minuti a 24 ore), con un CHADS-VASC score  $\geq 3$  ed un'età  $\geq 55$  anni. 2.015 pazienti sono stati assegnati alla terapia con apixaban 5 mg due volte al giorno (dose eventualmente ridotta a 2.5 mg due volte al giorno qualora vi fosse l'indicazione in base all'età, il filtrato glomerulare o altre comorbidità che aumentassero il rischio di sanguinamento) e 1.997 pazienti al trattamento con aspirina al dosaggio di 81 mg al giorno con un follow-up di  $3.5 \pm 1.8$  anni. Criteri di esclusione sono stati una storia di fibrillazione atriale clinicamente documentata, patologie per cui era indicata terapia anticoagulante, sto-



ria di sanguinamenti maggiori nei precedenti 6 mesi o una clearance della creatinina inferiore a 25 ml/min. L'endpoint primario di efficacia è stato un composito di ictus e embolismo sistemico mentre l'endpoint primario di sicurezza è stato la presenza di un sanguinamento maggiore secondo la definizione della Società Internazionale Trombosi ed Emostasi.

L'età media dei soggetti è stata  $76.8 \pm 7.6$  anni con il 36.1% di sesso femminile. Il CHADS-VASC medio è stato di  $3.9 \pm 1.1$  e la durata media dell'episodio di fibrillazione atriale più lungo è stato di 1 ora e 47 minuti. All'analisi intention to treat l'endpoint primario di efficacia si è verificato in 55 pazienti del braccio apixaban e in 86 pazienti del gruppo aspirina (HR 0,63; 95% CI 0.45-0.88,  $p=0.007$ ) con una riduzione del rischio di ictus fatale o invalidante del 49% a favore della terapia anticoagulante e numero di morti simili nei due gruppi. All'analisi on treatment l'endpoint primario di sicurezza è stato dell'1.71% per paziente/anno con apixaban e dello 0,94% per paziente/anno con l'aspirina (HR 1,80; 95% CI, 1,26-2.57,  $p=0.001$ ). La maggior parte dei sanguinamenti hanno risposto bene alla terapia di supporto, tra cui la trasfusione di emocomponenti. I sanguinamenti fatali sono stati 5 nel braccio apixaban e 8 nel braccio aspirina mentre le emorragie intracraniche sintomatiche sono state 12 nella coorte apixaban e 15 in quella trattata con aspirina.

Il trial ha dimostrato che in pazienti con fibrillazione atriale subclinica e multipli fattori di rischio per ictus, il rischio di ictus o embolia sistemica e il rischio di ictus fatale o invalidante sono ridotti rispettivamente del 39% e del 49% con la terapia

anticoagulante con apixaban mentre il rischio di sanguinamenti maggiori è aumentato con la stessa terapia di un fattore di 1.8 rispetto all'aspirina. Sebbene lo studio abbia dimostrato inoltre che il rischio di ictus o embolia sistemica in questi soggetti sia inferiore, come atteso, a quello presente nei soggetti con fibrillazione atriale chiaramente manifesta (nello studio AVERROES, infatti, il tasso di stroke o embolia sistemica è stato del 3.7% contro 1.24% del presente studio), questo rischio non è nullo. Nel valutare poi il rischio-beneficio della terapia anticoagulante è giusto ricordare che a fronte di 31 casi in meno di ictus o embolia sistemica si sono verificati 39 sanguinamenti maggiori in più ma mentre gli eventi ictali sono stati spesso invalidanti, le emorragie hanno determinato raramente condizioni patologiche irreversibili (90% degli eventi ha risposto a terapie di supporto).

I risultati di questo ampio studio vanno contestualizzati: è recente, infatti, il dato prove-

niente dal trial NOAH-AFNET 6 che ha analizzato una popolazione simile (sebbene meno numerosa, n=2.538) e che però non ha mostrato vantaggi della terapia anticoagulante (edoxaban). Tuttavia i due studi presentano delle differenze che potrebbero spiegare questa discrepanza e che gli autori del trial stesso sottolineano come anche un editoriale di Svennberg che accompagna il lavoro: innanzitutto lo studio NOAH-AFNET 6 non aveva abbastanza potenza per stabilire l'impatto degli stroke (soltanto 49 casi in entrambe i gruppi, meno della metà di quelli osservati nel trial ARTESIA); inoltre, lo studio NOAH-AFNET 6 ha incluso pazienti con CHADSVASC mediamente più basso, popolazione pertanto con meno fattori di rischio per ictus e per la quale è intuibile una necessità meno impellente di instaurare una terapia anticoagulante che di contro potrebbe aver pesato sui sanguinamenti; da ultimo, lo studio NOAH-AFNET 6 ha incluso nell'endpoint primario di efficacia la morte per cause cardiovascolari non presente nel trial ARTESIA e che potrebbe aver diluito e in qualche modo nascosto i benefici legati alla riduzione degli ictus dal momento che spesso la causa di morte in questi pazienti è raramente legata all'ictus ma più frequentemente dalle sottostanti malattie cardiovascolari e dall'età avanzata.

Concludendo, il messaggio clinico che deriva da questi studi è che anche la fibrillazione atriale subclinica comporta un certo rischio di ictus o embolie sistemiche, sebbene questo rischio sia decisamente più basso (circa la metà) di quello dei pazienti con fibrillazione atriale clinicamente manifesta e stimabile intorno all'1.1-1.2% secondo i dati ad oggi disponibili. Ciò detto, è verosimilmente ragionevole iniziare la terapia anticoagulante nei soggetti con rischio di ictus a priori elevato ovvero quelli con un CHADSVASC alto (verosimilmente superiore a 3). Negli altri casi il ruolo della terapia anticoagulante resta controverso ed a tutt'oggi forse non conveniente in quanto il rischio di sanguinamenti supera il beneficio sugli eventi ischemici.

# L'ipertensione cosiddetta essenziale

Da quando l'italiano Scipione Riva Rocci nel 1897 ha risolto il problema di misurare la pressione arteriosa senza dover pungere il vaso collegando l'ago a un manometro, è andato sempre più progredendo e diffondendosi la necessità di farlo, per le evidenti ragioni sanitarie. Dapprima solo il medico ne era autorizzato, poi anche l'infermiere e oggi perfino il paziente stesso; con apparecchi sempre più piccoli e semplici da usare, dal braccio fino al dito. I risultati, dal punto di vista medico, ma incoraggiati dalla curiosità di tutti, sono stati entusiasmanti; tuttavia quando si è cercato di interpretarli sono nate una grande incertezza e ignoranza. Che i valori fossero bassi durante uno svenimento o una convalescenza di malattia debilitante e invece alti nello sforzo ci stava, così come alterati in



Scipione Riva Rocci, il medico di Almese che ha inventato lo sfigmomanometro

certe rare insufficienze renali o nella iperproduzione di alcuni ormoni, ma che nella maggioranza dei casi gli ipertesi fossero soggetti apparentemente normali, magari un po' in là con gli anni o addirittura più tonici, tendenti all'iperattività o all'incazzatura, davano

potesse costituire un problema, anzi la maggior parte dei medici pensava fosse una risposta naturale e benefica dell'organismo all'irrigidimento dei vasi dovuto all'invecchiamento. Per questo era definita anche 'essenziale', ossia necessaria a garantire per le leggi dell'idraulica un adeguato flusso di sangue fino agli organi più lontani dalla pompa-cuore". Successivamente, ricorda ancora Pessina, "sono state individuate e studiate a fondo diverse cause di ipertensione suscettibili di essere curate alla radice, forme di ipertensione secondaria". Le quali

però pretendevano di esprimere nell'insieme tutti i crismi di una nuova malattia, non tanto per la cefalea e altri sintomi che alcuni lamentavano, quanto per gli esiti a distanza: insufficienza cardiaca o coronarica, ictus e mortalità anticipata.

Anche le terapie consigliate più di un secolo dopo Riva Rocci, adottate secondo l'esperienza di illustri clinici, ma pure alla luce delle ricerche scientifiche sulle cause e di quelle epidemiologiche in molte popolazioni, hanno dimostrato che di essenziale c'era solo l'ignoranza medica. Si è dovuto infatti constatare che i pazienti miglioravano i loro valo-



al medico l'impressione di uno stato senza una causa precisa, spesso ereditario.

Achille Pessina, il clinico padovano che ha dedicato molti anni all'ipertensione studian-dola perfino nei tacchini, sottolinea che "fino ai primi anni 60 del secolo scorso nessuno riteneva che la pressione alta

ri pressori riducendo il sovrappeso, il cloruro di sodio o sale da cucina negli alimenti, facendo più attività fisica, moderando lo stress da lavoro o caratteriale, bevendo meno caffè o alcolici o altre droghe. Ma il medico più attento si è anche accorto che alcuni pazienti in trattamento con farmaci rispondevano quasi solo al diuretico, magari somministrato non tutti i giorni, bensì periodicamente ogni 3-7 giorni, forse di più in chi non reggeva allo sciapo gustativo; e poi la terapia con gli ormoni estrogeni dopo la menopausa onde evitare l'"invecchiamento" della donna con la comparsa in lei della pressione alta e delle malattie cardiovasco-



Ritratto di Alessandro Manzoni di Francesco Hayez

delle predisposizioni genetiche, delle malattie che generano di per sé ipertensione e non ultime delle componenti psicologiche. Queste appaiono come una nebulosa caratteriale, educativa o condizionata dalla filosofia del momento storico. Forse i posteri vi individueranno con la risonanza magnetica nucleare o con altre novità diagnostiche insperate formazioni neurologiche, chissà simili all'amigdala, sulle quali intervenire con nuove terapie. Il tutto quindi appare come una specie di nemesi secondaria alle nostre secolari abitudini spesso malsane, che ricordano le condanne bibliche o il mito faustiano. Siamo infatti spesso noi stessi gli artefici dei nostri guai, mentre dovremmo prestare più attenzione alle cause dell'ipertensione e delle sue conseguenze che la medicina ci sta continuamente rivelando. Sto pensando a quel povero ragazzo che ha "dovuto" uc-

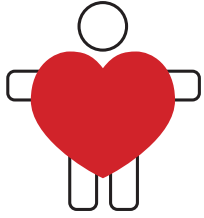
lari più precoci nell'uomo. Inoltre, in altri ipertesi, quelli dipendenti dai farmaci antiipertensivi, si è visto che alcuni rispondevano meglio ai betabloccanti, altri agli ACE-inibitori o ai calcio-antagonisti, o addirittura dovevano essere operati dal chirurgo.

Tutti questi progressi sono venuti accumulandosi negli ultimi decenni grazie alle indagini epidemiologiche, cliniche, biochimiche e ai nuovi strumenti diagnostici, che hanno consentito l'individuazione dei molti fattori di rischio,

cidere la sua ex per togliersi l'incubo di un rifiuto.

L'uomo e, come diceva ironicamente Manzoni, per uomo si intende anche la donna, continua a pubblicare le statistiche delle pressioni alte, meno alte e normali, in vari paesi e popolazioni, concludendo che tanto più basse tanto meglio è per la salute: minore mortalità, meno ictus e malattie cardiovascolari. La diatriba si concentra soprattutto sui valori della massima, meglio non oltre i 120 mmHg, "tollerata" fino ai 140 mmHg, ultimo compromesso 130-135 mmHg. A queste conclusioni sono giunti molti paesi occidentali e ultimamente anche la Cina. Il va sans dire, there is no doubt, no hay duda, non c'è dubbio che questa semplificazione sui valori millimetrici ha fatto perdere di vista la causa, o meglio le numerose cause che li provocano. Siamo quindi ritornati alla generalizzazione di ipertensione "essenziale", un aggettivo che non ci inchioda senza continuare la ricerca su ciò che dovremmo sforzarci di fare per migliorare diagnosi, prevenzione e terapie.





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

- **Signora Abita** di Roma
- **Vincenzo Alessi** di Roma
- **Giovanni Ambrosi** di La Spezia
- **Associazione Amici del Cuore Onlus** di Motta Di Livenza
- **Vincenzo Andreucci** di Rocca Di Papa
- **Luciano Arcari** di Roma
- **Emilio Asproni** di Nuoro
- **Giovanni Baldi** di Quarrata
- **Alessandro Balducci** di Roma
- **Antonio Bassan** di Vigodarzere
- **Leontino Battistin** di Tencarola-Selvazzano
- **Lino Beber** di Pergine Valsugana
- **Riccarda Beltrami** di Cortina D'Ampezzo
- **Paolo Berardini** di Roma
- **Renata Bisci** di Ancona
- **Antonio Bove** di Roma
- **Paolo Calderan** di Venezia
- **Sabino Cardone** di Maenza
- **Brunello Cerri** di Salò
- **Lanfranco Chiodetti** di Monza
- **Giuseppe Ciampbelli** di Novara
- **Giuseppe Cigna** di Roma
- **Enrico Lorenzo Conte** di Rosate
- **Massimo Corradeghini** di Sarzana
- **Fabio Costantini** di Roma
- **Felice D'amato** di Pistoia
- **Mario De Leonardis** di Pescara
- **Inerio Deiana** di Nuoro
- **Paola Del Din Carnielli** di Udine
- **Felice Di Francesco** di Borgomanero
- **Giampaolo Farris** di Cagliari
- **Agata Ferrara** di Misterbianco
- **Demetrio Festa** di Castiglione Cosentino
- **Francesco Frazzini** di Roma
- **Walter Funtò** di Roma
- **Oscar Gaddi** di Reggio Emilia
- **Vito Galeppi** di Roma
- **Aldo Gobbato** di Vicenza
- **Maria Grilli Caiola** di Roma
- **Valter Guelfo** di Val della Torre
- **Mario Ledda** di Cagliari
- **Mario Levoni** di Mantova
- **Elisa Lo Pinto** di Roma
- **Maria Maffei** di Trento
- **Andrea Manega** di Aosta
- **Antonio Manganelli** di Avellino
- **Luigi Mannucci** di Roma
- **Piera Masé** di Trento
- **Antonio Mastrolitti** di Bari
- **Mario Mazzetti** di Roma
- **Francesco Medi** di Viareggio
- **Emmanuel Miraglia** di Roma
- **Carmen Giulia Morandi Guidetti** di Correggio
- **Eugenio Morgia** di Roma
- **Anna Maria Narici** di Roma
- **Giorgio E Nada Nidoli** di Varese
- **Giuseppe Orofino** di Torino
- **Maria Adelaide Pagliuzzi** di Roma
- **Renzo Palazzetti** di Roma
- **Primo Pasqualitti** di Castel del Piano
- **Bruno Pasqualoni** di Roma
- **Daniela Patella Scola Bedin** di Venezia
- **Piergiorgio Paton** di Portogruaro
- **Emma Piccione** di Roma
- **Maurizio Pietrangeli** di S.Felice Circeo
- **Francesco Piras** di Cagliari
- **Marco Pisani** di Piacenza
- **PO.MO. Srl** di Roma
- **Claudia Pruni Lunardini** di Rimini
- **Luciano Rascio** di Roma
- **Gianfranco Rebucci** di Solara-Bomporto
- **Carla Ricci** di Roma
- **Fernanda e Gino Riva** di Varese
- **Paolo Roli** di Vignola
- **Alessandro Rossi** di Roma
- **Giulio Rossi** di Reggio Emilia
- **Antonio Ruffato** di Mira
- **Franco Salvati** di Roma
- **Luigi Santoro** di Ancona
- **Luciano Stefani** di Roma
- **Domenico Tarantini** di Trani
- **Mario Tecce** di Moricone
- **Saverio Tedesco** di Torrecuso
- **Italo Testa** di Campobasso
- **Lorenzo Tramaglino** di Roma
- **Farmacia Ubaldo Stazi** di Galliciano nel Lazio
- **Naya Youssoufian** di Roma
- **Elisabetta Zachara** di Roma

“

POESIE IN CAMICE

## Il generale dei corpi

Nella chiusura del mio studio  
mi accosto ai pazienti e  
sgorga un empatico pudore:  
vorrei essere generale  
di un esercito di corpi  
sofferti,  
abbondanti,  
consunti,  
perfino deformi  
che popolano gli ospedali  
e... armarli  
per scacciare  
quiz e show  
rivendicando  
rispetto per la carne  
cresciuta addosso  
da clandestina  
e per la sua sacralità  
che non ammette confronti  
sparati come granate,  
dimentichi della pietas  
e del monito di Donne.

Alessandro Fontanelli



*Anche per il corpo nessun uomo è un' isola (da J. Donne, rivisitato)*

”



# CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2024

Programma definitivo

## 41° Congresso di Cardiologia

del Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Firenze, Fortezza da Basso, 29 febbraio -1-2-3 marzo 2024

Coordinamento: Francesco Prati

### GIOVEDÌ 29 FEBBRAIO

**14.15** Cerimonia di apertura  
Saluto ai partecipanti

**I Sessione** Moderatori: Francesco Bovenzi, *Luca*  
Italo Porto, *Genova*

**14.30** L'emorragia cerebrale nel paziente fibrillante:  
impieghiamo i NAO senza attendere troppo?  
Giuseppe Di Pasquale, *Bologna*

**14.45** Controversia in cardiologia: clopidogrel o acido  
acetilsalicilico nel trattamento delle sindromi  
coronariche croniche?  
Laura Gatto, *Roma*

**15.00** La golden hour nella gestione dello shock: fare  
tanto, fare in fretta  
Marco Marini, *Ancona*

**15.15** Discussione

**II Sessione** Moderatori: Domenico Gabrielli, *Roma*  
Francesco Maisano, *Milano*

**15.30** Impiego delle glicozine nell'infarto miocardico acuto  
Fabrizio Oliva, *Milano*

**15.45** La stenosi aortica di grado moderato nel  
ventricolo disfunzionante. Va forse trattata?  
Michele Senni, *Bergamo*

**16.00** Il monitoraggio in remoto dello scompenso  
cardiaco grave  
Angela Beatrice Scardovi, *Roma*

**16.15** Discussione

**16.30** Intervallo

**17.00 - 18.00** LIVE IN THE BOX  
QUANDO LA DIAGNOSI POGGIA SULL'ECOGRAFIA  
TRIDIMENSIONALE

**Moderatori:** Alessandro Battagliese, *Roma*  
Mauro Pepi, *Milano*

**Casi Clinici 1**  
Alessandro Battagliese, *Roma*

**Casi Clinici 2**  
Mauro Pepi, *Milano*

**Experts:** Rodolfo Citro, *Salerno* - Francesco Faletra,  
*Palermo* - Maria Teresa Mallus, *Roma*

### VENERDÌ 1 MARZO

**8.30 - 9.00** LETTURA  
NUOVE SOLUZIONI PER ABBATTERE IL RISCHIO  
CARDIOVASCOLARE NEL DIABETE: GLP1-ra ORALE  
Claudio Bilato, *Arzignano* - VI

**Introduzione:** Marino Scherillo, *Napoli*

**SIMPOSIO**  
FOCUS SULL'INTERVENTISTICA: PAROLA AI NUOVI TRIALS

**Moderatori:** Ottavio Alfieri, *Milano*  
Francesco Barillà, *Roma*

**9.00** Trattamento riparativo percutaneo  
dell'insufficienza tricuspudalica  
Antonio Colombo, *Milano*

**9.10** Rivascolarizzazione multivasale immediata  
nell'infarto: cambio di strategia?  
Piera Capranzano, *Catania*

**9.20** In questi casi preferisco la MitraClip: i dati del  
COAPT a 5 anni  
Antonio Bartorelli, *Milano*

**9.30** L'imaging intravascolare per l'angioplastica  
complessa entra nelle linee guida  
Flavio Giuseppe Biccirè, *Roma*

**9.40** Discussione

## VENERDÌ 1 MARZO

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

**10.00** **Eliminare il colesterolo LDL dopo l'infarto.....  
ma solo per un po'**  
Francesco Prati, *Roma*

**10.15** **La sindrome di Brugada: identificazione dei  
soggetti a rischio e terapia**  
Fiorenzo Gaita, *Torino*

**10.30** **Intolleranza alle statine: molte armi a disposizione**  
Alberto Corsini, *Milano*

**10.45** **L'inibizione del fattore XI nei pazienti con  
sindrome coronarica acuta**  
Davide Capodanno, *Catania*

**11.00** **Discussione**

**11.20 - 11.50** **LETTURA**  
**COME E QUANDO IMPIEGARE L'ECOGRAFIA  
TRIDIMENSIONALE**  
Mauro Pepi, *Milano*

**Introduzione:** Matteo Cameli, *Siena*

**11.40** **Discussione**

**11.50** **Intervallo**

**12.00 - 12.30** **LETTURA**  
**ACIDO BEMPEDOICO: DALLA FARMACOLOGIA  
ALLA PRATICA CLINICA**  
Claudio Bilato, *Arzignano - VI*

**Introduzione:** Alberto Corsini, *Milano*

**12.00 - 13.30** **LUNCHEON PANEL**  
**DALLA STORIA AL FUTURO DEL CARDIOVASCOLARE**

**Moderatore:** Furio Colivicchi, *Roma*

**12.05** **Il continuum cardiovascolare dalla valutazione  
del paziente alla migliore terapia**  
Claudio Ferri, *L'Aquila*

**12.30** **Paziente fragile e aderenza: nuove evidenze  
dalla real life**  
Leopoldo Pagliani, *Padova*

**12.55** **Il nuovo alleato per il paziente con insufficienza  
cardiaca: a chi, quando e come**  
Daniele Masarone, *Napoli*

**13.20** **Discussione**

**12.30 - 13.00** **LETTURA**  
**LA PREVENZIONE SECONDARIA SI EVOLVE CON L'IMPIEGO DI  
ALIROCUMAB MENSILE?**

**Moderatori:** *Ciro Mauro, Napoli*  
*Francesco Prati, Roma*

**12.30** **Alirocumab mensile, la nuova soluzione ipolipemizzante  
per la gestione precoce dei pazienti ad alto rischio  
cardiovascolare**  
Marino Scherillo, *Napoli*

**12.45** **Come possiamo ottimizzare il pathway del paziente  
ad alto rischio cardiovascolare?**  
Alberto Menozzi, *La Spezia*

**13.00 - 13.30** **LETTURA**  
**SEMPLIFICARE LA TERAPIA PER RIDURRE IL RISCHIO  
CARDIOVASCOLARE: LE ASSOCIAZIONI FISSE**  
Giovambattista Desideri, *L'Aquila*

**Introduzione:** Francesco Prati, *Roma*

**13.30 - 14.00** **LETTURA**  
**UNMET NEED: TRATTAMENTO DELLA CARDIOMIOPATIA  
IPERTROFICA OSTRUTTIVA**  
Elena Biagini, *Bologna*

**Introduzione:** Francesco Prati, *Roma*

**14.00 - 14.15** **LIVE IN THE BOX**  
**RIVASCULARIZZAZIONE NEL PAZIENTE CON SCA:  
IL PROBLEMA DELLA LESIONE NON CULPRIT**

**Coordinamento** Francesco Prati, *Roma*

**Caso live in the box n. 1**  
Flavio Giuseppe Biccirè, *Roma*

**Moderatore:** Ugo Limbruno, *Grosseto*

**Caso live in the box n. 2**  
Simone Budassi, *Roma*

**Moderatore:** Franco Fabbiocchi, *Milano*

**Experts:** Paolo Angelo Canova, *Bergamo* - Enrico  
Cerrato, *Rivoli (TO)* - Carmine Musto, *Roma* -  
Giulio Piedimonte, *Rivoli (TO)* - Giovanni  
Ruscica, *Siracusa* - Rocco Vergallo, *Genova* -  
Giampiero Vizzari, *Messina*

**15.15 - 15.45 LECTURE**

**OPTIMAL REVASCULARIZATION STRATEGY IN HEART FAILURE WITH REDUCED EJECTION FRACTION (HFrEF)**

Edward T. A. Fry, *Indianapolis (IN) - USA*

**Introduzione:** Francesco Prati, *Roma*

**15.20 Discussion**

**15.45 - 16.00 LETTURA**

**IL CARDIOLOGO E IL PAZIENTE OBESO**

Pasquale Caldarola, *Bari*

**Introduzione:** Filippo Stazi, *Roma*

**16.00 - 17.00 3 MINI CORSI:**

- **LONGITUDINAL STRAIN TECNICHE E APPLICAZIONI CLINICHE**

Matteo Cameli, *Siena*

- **VENTILAZIONE POLMONARE IN UNITA' CORONARICA**

Marco Marini, *Ancona* - Luca Angelini, *Ancona*

- **TAC IN CARDIOLOGIA**

Saima Mushtaq, *Milano*

## SABATO 2 MARZO

**08.15 - 08.45 LETTURA**

**INNOVAZIONE NELL'INSUFFICIENZA CARDIACA CON EMPAGLIFOZIN: PENSARE AL CUORE PROTEGENDO IL RENE**

Andrea Di Lenarda, *Trieste*

**Introduzione:** Michele Senni, *Bergamo*

**IV Sessione Moderatori:** Giancarlo Piovaccari, *Rimini*  
Francesco Versaci, *Latina*

**8.45 Prevenzione della tromboembolia dopo una frattura: basta l'acido acetilsalicilico?**

Stefano Savonitto, *Lecco*

**9.00 Processo alla ricerca della vitalità del miocardio**

Leonardo Bolognese, *Arezzo*

**9.15 Ruolo dei GLP1 agonisti nell'obesità e scempeno a frazione di eiezione preservata**

Pierluigi Temporelli, *Veruno (NO)*

**9.30 Discussion**

**SIMPOSIO**

**PROBLEMI DA RISOLVERE NELLE CARDIOMIOPATIE**

**Moderatori:** Claudio Cavallini, *Perugia*  
Gian Franco Pasini, *Gavardo (BS)*

**10.00 Il punto sul trattamento dello storm aritmico**  
Giovanni Carreras, *Terni*

**10.15 Le nuove Linee Guida ESC 2023 sulle cardiomiopatie: complicazione, semplificazione o valido percorso guida?**  
Eloisa Arbustini, *Pavia*

**10.30 Nuovi concetti: le cardiomiopatie da disturbo di conduzione (BBSX, pre-eccitazione, sindrome da PMK)**  
Gianfranco Sinagra, *Trieste*

**10.45 Discussion**

**11.00 Intervallo**

**SIMPOSIO**

**NUOVI SPUNTI IN ARITMOLOGIA**

**Moderatori:** Claudio Ferri, *L'Aquila*  
Pierfranco Terrosu, *Sassari*

**11.15 L'ablazione del QT lungo nei pazienti con fibrillazione ventricolare ricorrente**  
Carlo Pappone, *Milano*

**11.30 Gestione delle aritmie atriali identificate da cardiac devices**  
Filippo Stazi, *Roma*

**11.45 Efficacia della crioablazione nella fibrillazione atriale: confronto con la terapia antiaritmica**  
Riccardo Cappato, *Sesto San Giovanni (MI)*

**12.00 Discussion**

**12.20 Intervallo**

**12.30 - 13.00 LUNCHEON LECTURE**

**GLI ANTI PCSK9i NELLA SCA: NON RIMANDIAMO A DOMANI**  
Ferdinando Varbella, *Rivoli (TO)*

**Introduzione:** Francesco Prati, *Roma*

## SABATO 2 MARZO

### 12.30 - 13.30 **SIMPOSIO** **SGLT2i E SCOMPENSO CARDIACO: DALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE ALLA PRATICA CLINICA**

**Moderatore:** Fabrizio Oliva, *Milano*

**12.35** **Lo scompenso cardiaco: una sfida da vincere**  
Leonardo De Luca, *Pavia*

**12.50** **SGLT2i e scompenso cardiaco: abbiamo tutte le evidenze necessarie?**  
Gennaro Cice, *Napoli*

**13.05** **Come e quando iniziare il trattamento con SGLT2i**  
Michele Senni, *Bergamo*

**13.20** **Discussione**

### 14.00 - 14.30 **LETTURA** **LA MEDICINA CHE CAMBIA: L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE**

Luigi Tavazzi, *Cotignola (RA)*

**Introduzione:** Francesco Prati, *Roma*

**14.20** **Discussione**

**14.30** **Premio Pier Luigi Prati**

### 14.35 - 15.30 **LIVE IN THE BOX** **APPLICAZIONE DELLA RISONANZA MAGNETICA IN CARDIOLOGIA**

**Moderatore:** Gianluca Pontone, *Milano*

**Casi Clinici 1**  
Andrea Baggiano, *Milano*

**Casi Clinici 2**  
Viviana Maestrini, *Roma*

**Experts:** Chiara Bucciarelli Ducci, *Londra (UK)*  
Santo Dellegrottaglie, *Acerra (NA)*  
Rosa Maria Manfredi, *Roma*

### 15.30 - 16.00 **LECTURE** **TREATMENT OF AMYLOIDOSIS: PRESENT AND FUTURE**

Angela Dispenziers, *Rochester (MN) - USA*

**Introduction:** Eloisa Arbustini, *Pavia*

**15.50** **Discussion**

### 16.00 - 17.00 **MINI CORSI:**

- **ECOGRAFIA TRANSESOFOGEEA BIDIMENSIONALE E TRIDIMENSIONALE**

Maria Teresa Mallus, *Roma* - Vittoria Rizzello, *Roma*

- **RMN IN CARDIOLOGIA**

Gianluca Pontone, *Milano*

- **TAVI**

Carmelo Sgroi, *Catania*

## DOMENICA 3 MARZO

### 08.45 - 09.15 **LETTURA** **ASSOCIAZIONE ROSUVASTATINA-EZETIMIBE: È FACILE ANDARE A TARGET**

Furio Colivicchi, *Roma*

**Introduzione:** Francesco Prati, *Roma*

### 9.15 **Premiazione "Comunicazioni Scientifiche"**

**V Sessione** **Moderatori:** Raffaele De Caterina, *Pisa*  
Carlo Di Mario, *Firenze*

**9.30** **La risposta ai farmaci antipertensivi è eterogenea? Razionale per percorsi personalizzati**  
Giovambattista Desideri, *L'Aquila*

**9.45** **C'è chi vorrebbe il colesterolo LDL a zero**  
Claudio Borghi, *Bologna*

**10.00** **Interpretare le extrasistoli per arrivare ad una diagnosi**  
Leonardo Calò, *Roma*

**10.15** **Tabù in cardiologia: gli antagonisti del RAAS aggravano l'insufficienza renale**  
Gennaro Cice, *Napoli*

**10.30** **Screening della cardiomiopatia dilatativa nei familiari stretti: a chi, come e quando**  
Maurizio Pieroni, *Arezzo*

**10.45** **Discussione**



# Polpette Vegetariane in due varianti, zucchine o ceci

### Ingredienti per 4 persone

3 zucchine (o 200 gr. di ceci in scatola)

1 patata grande

1 cipolla

1 uovo

Parmigiano reggiano q.b.

2 foglioline di menta a piacere

Sale q.b.

Pepe q.b.

### Preparazione

Sbucciate e lessate le patate. Lavate, tagliate a rondelle e cuocete le zucchine, fate lo stesso con la cipolla. Cuocete in una padella zucchine e cipolla e frullate il tutto insieme alle patate, l'uovo, il parmigiano. Aggiustate di sale e pepe e mettete le foglioline di menta a piacere. Formate delle polpette e cuocete in forno a 180° per 25 minuti si possono anche infarinare e rosolare in padella con un filo di olio, si formerà una crosticina croccante!

### Variante

Stesso procedimento ma, nel caso si usassero i ceci, soffriggerli con la cipolla, frullarli e proseguire con il procedimento come già indicato.

# aforismi

**Non discutere mai perché i casi sono due: o hai torto o hai ragione.  
E avere ragione non serve a niente.**

> *Pitigrilli*

**È bello dire ciò che si pensa, a patto di pensare ciò che si dice.**

> *Indro Montanelli*

**Mettemmo avanti le lancette dell'orologio. Così per ingannare il tempo.**

> *Alessandro Bergonzoni*

**Il gallo canta perfino la mattina in cui finisce in pentola.**

> *Stanislaw J. Lec*

**A chi non capisce l'allusione è inutile fornire le spiegazioni.**

> *Guido Ceronetti*

**Ho detto loro la verità e se la sono bevuta.**

> *Anonimo*

**Non so mai quanto di quello che dico sia vero.**

> *Bette Midler*

**La verità autentica è spesso inverosimile. Per renderla più verosimile, bisogna mescolarvi un po' di menzogna.**

> *Fiodor Dostojevskij*

**Le masse cadranno vittime più facilmente di una grossa menzogna che di una piccola.**

> *Adolf Hitler*

**Come? Nessun alibi? Allora deve essere innocente.**

> *Emile Gobarian*



**Qualcuno mi sta annoiando. Quel qualcuno sono io.**

> *Dylan Thomas*

**Non c'è nessun merito a cambiare idea, se si è costretti a farlo.**

> *Giancarlo Perna*

**Saprei fare bellissimi complimenti ed elogi, basterebbe che volessi dire bugie.**

> *S. Savino*

**L'intelligenza è una conquista, solo la stupidità è un dono.**

**L'ingiustizia ha ancora un avvenire.**

> *Leo Longanesi*

**Ci vogliono 20 anni a una donna per fare del proprio figlio un uomo completo e 20 minuti ad un'altra per farne un perfetto idiota.**

> *Geena Rowlands*

**Il soffitto di un uomo è il pavimento dell'altro.**

> *Robin Williams*

**Era sempre riuscito ad evitare l'arresto. Non evitò quello cardiaco.**

> *Raffaele De Caterina*

**I bambini iniziano amando i genitori, dopo un po' imparano a giudicarli, raramente arrivano a perdonarli.**

> *Oscar Wilde*




**La mente è come un paracadute. Serve solo se è aperta.**

> *Thomas A. Edison*

# 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 € 30,00.
-  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](mailto:info@centrolottainfarto.it).



## Programma preliminare

41° Congresso di Cardiologia - Conoscere e Curare il Cuore 2024. Dal 29 febbraio al 3 marzo 2024. Fortezza da Basso, Firenze. Per maggiori informazioni entra nella [sezione dedicata](#).

> IN EVIDENZA <



### TOP NEWS

23 Gennaio 2024

#### EFFICACIA DELL'INTERVENTO TRANSCATETERE PER LA RIPARAZIONE DELLA VALVOLA MITRALE NEL REGISTRO NAZIONALE FRANCESE: ALLONS, LE JOUR DE GLOIRE EST ARRIVÉ!

L'insufficienza mitralica è la malattia cardiaca valvolare più diffusa e, se non trattata, comporta una riduzione della qualità di vita,...



Flavio Giuseppe Biccirè



### TOP NEWS

23 Gennaio 2024

#### GENETICA, FIBROSI E PROGNOSI NELLA CARDIOMIOPATIA DILATATIVA: PUÒ LA RISONANZA MAGNETICA CARDIACA AIUTARE A SCOPRIRE IL MISTERO?

Introduzione: La Cardiomiopatia dilatativa (DCM) è spesso una malattia diagnosticata in giovane età la quale, al di là del rischio...



Rosa Maria Manfredi



### TOP NEWS

16 Gennaio 2024

#### EFFICACIA E SICUREZZA DI ACORAMIDIS NELLA CARDIOMIOPATIA DA AMILOIDOSI DA TRANSTIRETINA: I RISULTATI DELLO STUDIO ATTRIBUTE-CM

### Piattaforma di Formazione a Distanza, accreditata Agenas per corsi ECM



### Conoscere e Curare il Cuore: focus su fibrillazione atriale ed aritmie

### Intervista del Dott. Riccardo Di Pietro al Dott. E. Natale al CCC 2023

Sindrome di Tako Tsubo: sia al femminile che al maschile



> ALTRI ARTICOLI <



Simone Budassi

L'utilizzo routinario di un algoritmo di

Conoscere e Curare il Cuore 2024

29 febbraio - 1/2/3 marzo



Firenze  
Fortezza Da Basso