

Cuore e Salute

N. 4-6- aprile-giugno 2021

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

Covid intimo

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

Una pubblicazione del:



Centro per la Lotta contro
l'Infarto



Centro per la Lotta contro l'Infarto
Fondazione Onlus

Capire per prevenire

5X1000

LA NOSTRA RICERCA HA BISOGNO DEL TUO AIUTO!

Una scelta che fa bene al cuore

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

COME DESTINARE IL TUO 5 X1000

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

Firma per la prevenzione

oppure

Firma per la ricerca

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

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

FIRMA *Mario Rossi*

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

Finanziamento della ricerca scientifica e della università

FIRMA *Mario Rossi*

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

SEGUICI SU: www.centrolottainfarto.com



Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Presidente
Francesco Prati

Presidente onorario
Mario Motolese

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

EDUCAZIONE SANITARIA

Il CLI promuove l'educazione sanitaria attraverso:

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

CULTURA MEDICA

Il CLI organizza il congresso **"Conoscere e Curare il Cuore"** destinato ai medici, in particolare specialisti, che si svolge annualmente a Firenze e che è giunto alla XXXVIII 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.

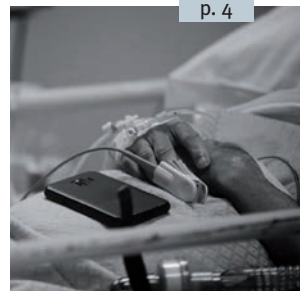
Il CLI ha infine condotto indagini epidemiologiche e studi di prevenzione della cardiopatia ischemica in Italia. In particolare ha partecipato, con il "Gruppo di Ricerca per la Stima del Rischio Cardiovascolare in Italia", alla messa a punto della Carta del Rischio Cardiovascolare e della carta Riskard 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. 4-6/2021

- 4 • **Covid intimo** Salvatore Milito
- 9 • **Il moscerino che ci rassomiglia** Eligio Piccolo
- 12 • **Storie di demenza, di anticoagulanti e...di specchi**
Filippo Stazi
- 14 • **'A riconoscenza [Cecco Gambizzato]**
- 15 • **Qualche secondo di buon umore**
- 16 • **I farmaci orfani** Massimo Pandolfi
- 19 • **Madre natura non tollera gli sciocchi** Eligio Piccolo
- 22 • **CCC2020**
Colesterolo sempre più giù. Razionale, significato clinico e ripercussioni terapeutiche Intervista di F. Brandimarte a F. Prati
- 24 • **Quadri e Salute** Filippo Stazi
- 26 • **Poesia ricreativa [E.P.]**
- 27 • **Una "Pietra d'inciampo" per Andrea Schivo.**
Agente di custodia, Giusto tra le Nazioni Alberto Dolara
- 30 • **Infettando i malati vinse il Nobel.**
La controversa storia di Julius Wagner-Jauregg Filippo Stazi
- 33 • **Ma di quanto la pressione si è poi abbassata? [E.P.]**

p. 4



p. 19



p. 27



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

Direttore Responsabile
Filippo Stazi

Vice Direttori
Eligio Piccolo
Francesco Prati

Coordinamento Editoriale
Marina Andreani

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

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

Ufficio abbonamenti e pubblicità
Maria Teresa Bianchi

Progetto grafico e impaginazione
Valentina Girola

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

Anno XXXIV
n. 4-6 Aprile-Giugno
*Poste Italiane SpA - Spedizione
in abbonamento postale - D.L.
353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art 1, comma 1,
Aut.C/RM/07//2013
Pubblicazione registrata al Tribunale
di Roma il 3 giugno 1983 n. 199*
Associata Unione Stampa Periodica
Italiana



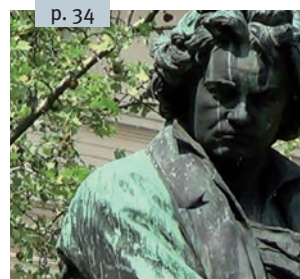
Abbonamento annuale
Italia € 25,00 - Estero € 35,00

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

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



- 34 • **La Palla di Tiche**
Ludwig Van Beethoven Anna Alice Mazzola
- 41 • *Fausto Rovelli, un pioniere della cardiologia [E.P.]*
- 42 • **Vignetta di Cip** Giovanni Ciprotti
- 43 • **Dal sito del CLI**
Una rete per l'infarto più forte del COVID. I dati dell'Emilia Romagna nella fase della pandemia G. Casella, G. Di Pasquale
- 45 • *Chi va piano... va incontro alla morte [F.S.]*
- 46 • **Lettere a Cuore e Salute**
- *Fibrillazione atriale, Eligio Piccolo*
- *Faccio chemioterapia, sospendo la statina?, Filippo Stazi*
- 48 • **Non ti scordar di me** Eligio Piccolo
- 51 • **Un grande cuore per un'alimentazione sostenibile**
Stefano Spagnulo
- 57 • **Conoscere e Curare il Cuore 2021**
- 61 • **Il cuore in cucina**
Mousse di ricotta Lucilla Scuto
- 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 **Salvatore Milito**

Covid intimo

Quando tutto finirà - perché è certo che finirà! - e la bestia sarà soggiogata, sapremo quante tragedie e quanti sconvolgimenti avrà causato il Covid-19, quante famiglie avrà decimato, di quante menomazioni senza rimedio si sarà macchiato. Verranno riscritti interi capitoli sull'origine dello stramaledetto, sulle sue furbizie, sui tranelli che ha teso alle sue vittime. Saprò (forse) come e perché anch'io sono finito nella sua tagliola nonostante le mie ossessive precauzioni. L'entità, non vivente ma dagli intenti spietati, aveva colpito anche me. Nei momenti più bui della malattia ho sentito vicina la mia fine. La mia inappetenza era totale, il malessere profondo, il respiro corto, il deperimento allarmante; i miei muscoli si erano ingraciditi e inflacciditi, la mia debolezza era estrema. Una condizione che la Treccani descrive con i termini "spompato, distrutto, estenuato, prostrato, sfinito". Io ero tutto questo. Ma là fuori il subdolo nemico faceva di peggio. Uccideva un numero via via crescente di miei simili e sfidava con tattica vietcong





gli stremati medici e infermieri sui quali, ogni giorno, giungevano il sostegno e l'osanna della nazione.

La mia è stata, in fondo, solo una parentesi in cui la malfamata star del momento si accaniva a minare le mie forze, a intaccare le mie speranze e a infondere cattivi pensieri tra i miei cari. Ma ho finito per sconfiggerla. Merito, anche, di quella potente risorsa chiamata immunità, che pattuglia la labirintica complessità del nostro organismo.

Ma procediamo con ordine. Poco dopo l'esordio della malattia i sintomi divennero preoccupanti. Non tardai a mettere da parte il *Medice cura te ipsum* e chiesi di chiamare l'ambulanza. Dalla barella salutai mia moglie con gli occhi di chi parte per terre inesplorate e

rivolsi un pensiero intenerito ai miei figli lontani, che forse non avrei più visti.

Trascorsi un breve periodo in ospedale, assistito da fruscianti scafandri abitati da operose creature protettive, indaffarate fino allo sfinimento tra i conati e i gemiti e i lamenti degli agonizzanti. Medici bardati dalla testa ai piedi, pressati dai casi critici, si prodigavano nel tentativo di ridare qualche filo di respiro e di speranza ai morenti.

Dagli esami fatti risultò che ero stato risparmiato, almeno fino a quel momento, dalle temute complicazioni da coronavirus. Vennero anche escluse le patologie cardiache e polmonari che i miei sintomi all'arrivo in pronto soccorso avevano fatto sospettare: un forte dolore dietro allo sterno, brividi squassanti, febbre molto alta, fame d'aria, calo allarmante della pressione arteriosa, palpitazioni rapide e dal ritmo anarchico, chiazze petecchiali fitte ed estese alle due gambe.

Dopo un congruo periodo di osservazione lo stato di malattia venne definito stabile. Lì dentro c'erano casi davvero disperati. A confronto, il mio mi sembrò a quel punto poco più che routinario. Pur svuotato di ogni energia, col fiato appena bastate per fare qualche passo, chiesi di tornare a casa.

Lì mi aspettava un periodo di incerta durata circondato da pillole e iniezioni e vari dispositivi medici e rincuorato dalle frasi di conforto di pazienti che chiamavano e che si sentivano rispondere "Il dottore non sta bene. Non visiterà per un po'". Fu-

rono settimane di morale a terra e di totale inabilità fisica. Le consumai nel chiuso della mia camera, accudito a distanza di rispetto da mia moglie che, protetta dalla sua FFP2 calcata sul viso, era tornata ad esser madre e mi vezzeggiava come faceva anni prima con i nostri figli ancora impuberi.

Infine i sintomi si dileguarono senza lasciare postumi apparenti. Ma andare oltre nel raccontare quei giorni di tormenti sarebbe irrispettoso verso quelli che stanno ancora lottando per uscirne vivi e verso la memoria di coloro che non ce l'hanno fatta. In fondo, a me era stata risparmiata ogni intrusione di tubi, canule, cateteri ed altri arnesi che servono a tirarti fuori dai guai ma spesso al prezzo di grandi tribolazioni; non fui sottoposto a sedazione profonda, che fa di un corpo un peso morto da girare di frequente nel letto a forza di braccia. A me non accadde ciò che era toccato agli sfortunati i quali, estubati a fine corsa, venivano avviati all'obitorio.

Avevo la meglio su quel mortifero assemblaggio di nucleotidi responsabile della Sars-Cov-2, con tutto ciò che la scienza mette dentro a questa sigla e che la variegata e cacofonica militanza complottista ci aggiunge di suo, armata di bignamini da censori o da veggenti apocalittici. Spirito di questi tempi strani, incerti, in cui medici e scienziati di ogni dove si ingegnano per sconfiggere il flagello, mentre correnti di attivisti propalano con foga i loro pareri di profani, in dispregio delle evidenze scientifiche. Strani tempi questi in cui più la spari grossa e campata in aria e più fai incetta di *like* sui *social media*.

Durante la mia clausura forzata mi capitò tra le mani, frugando tra i miei libri, un volumetto che avevo comprato mesi prima, allo scoppio della pandemia, incuriosito dal titolo *Voyage autour de ma chambre* (Viaggio intorno alla mia camera), di uno scrittore savoiardo di lingua francese, Xavier De Maistre, vissuto a cavallo tra il XVIII e il XIX secolo. In breve, nel libro l'autore dice che, costretto per quarantadue giorni agli arresti domiciliari per un affare di duello vietato, aveva occupato il suo tempo in febbrili elucubrazioni suscitate dagli oggetti d'arredo e da quelli di uso comune. Ispirato da quelle pagine mi diedi anch'io all'esercizio. Mi venne da cogliere cose minime e senza importanza, almeno fino al giorno prima, alle quali l'occhio s'e-

ra assuefatto da tempo ma che ora si imponevano alla mia attenzione in forma nuova. Non erano più la solita scrivania, la banale lampada da tavolo, l'anonima poltroncina, la libreria a parete, muta seppur gremita di parole. Ora ogni cosa sembrava voler riaffermare la propria potestà sulla porzione di spazio che occupava e che temeva le contendessi; ognuna sembrava volermi parlare, propormi un tema su cui riflettere, suggerirmi un percorso di memoria. Perfino l'ordinaria maniglia della porta parve candidarsi a guida del mio andare a zozzo fra pensieri sgangherati.

Voyage Autour De Ma Chambre



Xavier de Maistre



L'esplorazione della camera, cui mi dedicai con scrupolo, divenne un'occasione di meditazione su tutto e su niente. La quarantena fu feconda in quanto a fantasticherie. Riemergevano, tra le mie età, quelle in cui la noncuranza, il non dover decidere, la mancanza di pianificazione, non erano ancora segno di irresponsabilità o di imprevedente leggerezza. Ma non mancavano di farmi visita anche alcuni ricordi dal sapore di rimpianto o, peggio, di rimorso. Un altro libro occhieggiava da tempo dallo scaffale, *Il Memoriale del Convento*, di José Saramago, autore portoghese da me prediletto, dalla sfrenata inventiva e dalla prosa fatta di

frasi interminabili ma intensamente coinvolgenti, spesso lunghe un'intera pagina senza un punto, una virgola, un punto interrogativo né virgolette nei dialoghi, così come privi di punteggiatura sono in certi momenti i nostri pensieri e i nostri dialoghi interiori.

Il flusso ininterrotto dei periodi del libro, del tutto privi di pause, non mi impediva di riandare di tanto in tanto con la mente allo sconquasso universale provocato da quel nefasto grumo di molecole, quella "cosa" auto-incoronatasi, così dispotica nell'imporre alla cellula-ospite le sue esigenze di replicazione, così scaltra nel gabbare le mascherine e così

brava nel salto in lungo da superare i distanziamenti da DPCM.

E siccome non c'è evento, per quanto indesiderato, che non abbia il suo lato buono, la pandemia stava gridando al mondo quanto la Scienza fosse importante e necessaria per fermare le scorrerie della bestia; ha asserito che solo la ragione e l'evidenza dei fatti hanno diritto di parola in simili frangenti; ha tristemente confutato, con il suo sterminato numero di vite perse, le tesi dei negazionisti e ha eletto a testimonianza ed emblema di un'epoca le immagini delle file di camion di Bergamo con il loro mesto carico di bare, immagini di mor-

te da castigo divino che gruppi di preghiera si incaricarono di mitigare invocando pietà.

Vi furono giorni più infausti di altri, in cui sembrava che il virus portasse ai suoi misfatti quotidiani un sovrappiù di cattiveria. Le curve di contagio e di mortalità ebbero un'impennata. Le terapie intensive erano sature, oberate, sull'orlo della paralisi.

I malati spiravano lontano dalle loro famiglie, senza veglia né estremo saluto né sepoltura con la dovuta solennità

Stampa e TV misero in maggior risalto l'accresciuto, sfibrante impegno con cui dottori e paramedici dovettero far fronte all'inasprirsi della calamità e ci si impietosì nel più profondo per quanti, nelle loro file, morivano nell'esercizio delle loro funzioni. Fu allora che prese a risuonare nel Paese un tam tam dirompente. Salì dalla na-

zione, in varie forme, incluse le più gioiose, un coro commosso di incoraggiamento, compassione e fratellanza che rese la sciagura un po' meno penosa. Tutti i medici e infermieri risposero con ancor più dedizione e sacrificio, meritandosi l'unanime riconoscenza della collettività e la qualifica di eroi.

Meno "iconica" dei luttuosi camion di Bergamo, ma carica di fiducia e di speranza, è l'immagine dei salvati in via di dimissione dagli ospedali e la cui pressante richiesta si riassume in una parola antica e semplice che sa di buono e rassicurante: "Casa!".

Nel momento in cui scrivo (marzo 2021) è passato più di un anno dall'inizio della pandemia. Si susseguono i bollettini degli infetti (più di tre milioni e mezzo), degli agonizzanti, dei morti (oltre i centomila); si fanno tracciamenti, fervono

i piani vaccinali, si annunciano terapie innovative e promettenti, si tiene d'occhio con apprensione l'emergere di nuove varianti virali, si soppesano gli sconvolgimenti sociali ed economici, ci si prepara a respingere le possibili nuove ondate epidemiche e quelle dei contestari il cui sguardo nervoso sugli eventi è uno dei modi irrazionali in cui si esprimono la paura e l'incertezza planetari.

Il clima in Italia è ancora oggi da nazione assediata. La SARS-Cov-2 continua a sviare le strategie elaborate per sconfiggerla. Ma, fuor di retorica, non c'è ragione di dubitare sul trionfo prossimo venturo della medicina, della Scienza. Lo dicono anche gli occhi sorridenti e compiaciuti dei sopravvissuti e dei medici e infermieri usciti vittoriosi dalla sfida. Sono sguardi che le mascherine non possono nascondere.



di **Eligio Piccolo**

Il moscerino che ci rassomiglia

Quando al primo anno di università, anni '50 del secolo scorso, il professore di biologia cominciò a raccontarci con fare appassionato i risultati scientifici delle ricerche sulla *drosophila melanogaster*, delle sue caratteristiche genetiche così simili a quelle dell'uomo e sulle quali si ottenevano meraviglie indagando sui cromosomi e manipolandoli onde ottenere nuove conoscenze applicabili all'umano, mi immaginai chissà quale animale da esperimento fosse la cavia oggetto di tali conquiste. O lui nella foga non ce l'aveva detto o io preso dall'elegante dizione non l'avevo colto. Ritornando a casa con ancora nell'orecchio la bella esposizione, quasi una musica, ripensai a quale scimmia si fosse riferito e per prima cosa riandai al greco antico per l'etimologia: drosophila risultava "amante della rugiada", melanogaster "dall'addome nero", una miscellanea difficile da interpretare. La delusione fu notevole quando il vecchio vocabolario d'italiano mi chiarì che si trattava del moscerino della frutta. Per me da allora, fattami una ragione, ciò fu l'inizio di una rivalutazione del sempre più piccolo, ma più profondo, quali le cellule, i microbi e poi anche le onde dell'elettrocardiogramma.

Quell'insetto, dalla sua tipica evoluzione che inizia come ovulo, poi larva e infine la completa maturazione, sul quale si sono scatenati tutti i biologi del mondo a partire dal 1910 per alcune somiglianze del suo



Gregor Mendel



Viagra

DNA con quello umano, per la facile coltivazione, riproduzione e manipolazione, mi ha stimolato subito la contraddizione rilevando scherzosamente che diverge dall'uomo perché la femmina è più grande del maschio, come in certi accoppiamenti umani che il popolo dileggia indicandoli simili all'articolo "il". Per non dire delle dimensioni, pochi millimetri, e della vitalità, che oscilla fra le due e le quattro settimane secondo la temperatura ambientale. Mentre invece, e qui sì la comparazione con noi è intrigante, lo sperma del "drosifilo" si armonizza con la compagna sia nello stimolarle l'ovulazione che nell'appagarla sessualmente. Di recente si è addirittura osservato che nel maschio è individuabile una specie di antenna, la quale a un certo punto della vita del mosceri-

no reclina il suo asse indicando l'ammalio delle sue prestazioni virili. Mi sembrava di ritornare al Carducci nell'espressione "duro marchese allor che della vita l'arco piega", ma gli esegeti, più prosaici, quelli che anni fa brindarono al viagra, stanno invece studiando per individuare quel fattore che prima del declino del maschio manteneva l'antenna ritta.

Il moscerino si è in effetti dimostrato molto utile per la mappatura dei cromosomi in genere, dei suoi geni e alleli, seguendo le fondamentali leggi del monaco Gregor Mendel, nonché quelle dei cromosomi X e Y per la determinazione del sesso. Le ricerche che il professore esaltava hanno consentito di individuare i geni legati alla lunghezza delle zampe, al colore degli occhi, alla forma delle ali e a tanti altri caratteri. Ar-

rivando perfino, in anni più recenti, a correlarne alcuni geni con quelli delle malattie neurodegenerative umane, quali il Parkinson e l'Alzheimer. Si è dimostrato utile per studiare il sistema immunitario, il cancro, il diabete, l'intelligenza, l'invecchiamento e pure l'abuso di sostanze stupefacenti. Nel 1971 alcuni studiosi hanno individuato nella drosifila una specie di orologio biologico che sovrintende ai ritmi più o meno rapidi delle sue funzioni, ma anche i geni che regolano la vista, l'udito, l'olfatto, la memoria, il corteggiamento e la longevità. La vista è la privilegiata perché circa i due terzi dei 200 mila neuroni che compongono il suo cervello vi sono impegnati, con una velocità della risposta visiva dieci volte maggiore di quella umana. Interessante è risultata la sua regolazione sessuale, caratterizzata oltre agli aspetti di coppia già indicati, da un programma quantitativo sul numero dei cromosomi X, definito come "sistema di equilibrio genico": quando il suo quantitativo è molto basso i moscerini sono definiti "metamaschi", ossia sterili o deboli; quando il valore è normale avremo "maschi" decisi; quando sarà

il doppio avremo la femmina; e quando sarà intermedio fra il normale e il doppio si realizzerà l'“intersesso”, con caratteristiche sia maschili che femminili. Non vorrei compromettermi, ma la tentazione di trasferire questa classificazione sessuale ai tipi e sottotipi umani è difficile da evitare.

Uno degli interessi maggiori che gli studiosi hanno perseguito nell'analisi genica di quel compiacente moscerino è la mutazione, ossia la capacità di modificare la propria struttura sia spontaneamente che per fattori artificiali, ossia provocata per vederne gli effetti. Si è calcolato che la frequenza di quella spontanea va da 1 su 100.000 a 1 su un milione, secondo gli agenti ambientali, dovuti alle radiazioni elettromagnetiche, ultraviolette o da sostanze chimiche.

Tali mutazioni sembrano perlopiù casuali, dicono gli esperti, poiché non determinano in genere vantaggi evolutivi, come quelli indicati da Darwin. Insomma un diluvio di conoscenze biologiche che non si fini-

sce mai di elencare, da cui spero di aver dato un'idea sommaria dell'importanza scientifica della drosophila melanogaster.

Caro moscerino innocente, della nobile schiatta dei dipteri, certo tu non ti duoli se volteggiando sulla nostra frutta imbandita a tavola o sui banchi del verdumaio ti scacciamo infastiditi, né ti ribelli alle manipolazioni sperimentali cui ti sottopone l'uomo, addirittura violentando la tua intimità genetica. Nemmeno ti inorgogliesci per essere diventato oggetto di tante ricerche che consentono al sapiens di capire come lui è fatto in certi



aspetti più reconditi e cosa succede in alcune sue malattie. La rassomiglianza intravista con particolari aspetti umani ti lascia del tutto indifferente, mentre continui il tuo volo in libertà. Tuttavia io ti canto e ti ringrazio, anche a nome di quelli che si sentono superiori, e proclamo a chi mi legge il riconoscimento di noi medici per le conoscenze biologiche acquisite grazie al tuo involontario ma generoso contributo.



di Filippo Stazi

Storie di demenza, di anticoagulanti e... di specchi

Giulia gestiva tutto, controllava tutto, era una perfetta macchina organizzativa. Aveva lavorato e contemporaneamente cresciuto cinque figli. L'estate mandava avanti una casa che diventava il rifugio di altrettante famiglie. Tutto sempre in maniera ineccepibile, senza una sbavatura. Nulla allora faceva pensare a ciò che sarebbe successo in seguito. Certo c'era l'ansia, c'era l'insonnia, con quei risvegli continui alle 4 del mattino ma erano considerati il prezzo da pagare per tutta quella smania di controllo e di efficienza. Certo c'era stato qualche campanello d'allarme, come quella volta che per qualche ora aveva perso la memoria, amnesia globale transitoria dissero i medici, e non si ricordava più chi fosse e dove abitasse. Era tutto però rapidamente rientrato nella normalità e nulla lasciava presagire il futuro. Ancora quando cominciarono i primi sintomi, i familiari, le figlie soprattutto, si illudevano che fosse solo un problema di ansia, che le impediva la capacità di concentrazione necessaria per ricordarsi le cose. Le parole crociate non le risolveva più come un tempo "ma che vuoi" dicevano in famiglia, "gli anni passano, è inevitabile". E invece non erano gli anni che passavano ma il sopraggiungere di quella terribile malattia: decadimento cognitivo, per usare un eufemismo, demenza per





essere espliciti. Quella stessa donna che era stata capace di gestire tutto e tutti, adesso rimaneva bloccata davanti allo specchio per ore, a tartagliare parole incomprensibili rivolte a quell'immagine riflessa che non capiva essere la propria. Il dolore provato da chi le stava vicino era forse inferiore solo al rimpianto di non aver seguito fin dall'inizio quello che il cardiologo aveva consigliato: la terapia anticoagulante, per quelli episodi di fibrillazione atriale troppo brevi e rari per sembrare preoccupanti, era sembrata allora eccessiva. E invece, forse...

... E invece la letteratura sta diventando sempre più ponderosa sulla capacità della terapia anticoagulante di ridurre la comparsa della demenza nei pazienti affetti da fibrillazione atriale. Tale patologia, la più comune delle aritmie che si incontrano nella pratica clinica, aumenta il rischio tromboembolico in chi ne è affetto. Tale aumentato rischio facilita la formazione di coaguli all'interno del cuore e da questi si possono staccare frammenti, gli emboli, destinati ad andare in giro per il corpo, ma preferenzialmente attratti dal cervello. La conseguenza è l'i-

ctus, quella condizione improvvisa e catastrofica che stravolge in un istante la vita di una persona e dei suoi cari, lasciando spesso drammatici relinquiati come la paralisi o l'impossibilità di parlare. La fibrillazione atriale sta però anche emergendo come la causa di un'altra condizione altrettanto pericolosa, appunto il decadimento cognitivo o demenza. In questo caso l'aritmia agisce in modo molto più subdolo, lentamente, con meccanismi non ancora completamente spiegati. Forse piccoli, ripetuti, microemboli vanno a "bucherellare" in maniera submicroscopica il cervello, minandone il funzionamento e portando lentamente alla comparsa della demenza.

I primi dati a sostegno dell'efficacia antidemenza della terapia anticoagulante derivano inevitabilmente dall'anticoagulante storico, il warfarin, quello, per intenderci, il cui dosaggio viene stabilito in base a periodici prelievi di sangue mirati a misurarne, tramite l'ormai famoso INR, il livello di coagulabilità. Un recente studio osservazionale coreano su oltre 50.000 soggetti con fibrillazione atriale ha però mostrato che i cosiddetti nuovi anticoagulanti, quelli che si prescrivono a dose fissa, sono superiori anche in questo contesto, riducendo del 22% rispetto al warfarin la probabilità di comparsa di demenza, con un effetto che appare indipendente dall'età, dal sesso e dalla concomitante presenza o meno di ictus.

La medicina, si sa, non è scienza esatta e non esiste controprova. Se Giulia avesse preso a tempo debito la terapia anticoagulante forse avrebbe avuto un'emorragia, forse sarebbe andata ugualmente incontro al suo destino o forse, adesso, starebbe ancora ore davanti a quello specchio ma per osservare come le sta il cappottino appena comprato.

“

DA “I QUIZ UNIVERSALI”

“Ci sarà riconoscenza?”

*Scritta per un Collega Cardiocirurgo molti anni fa***'A RICONOSCENZA**

Pure se le tagli 'o petto *(gli apri il petto)*
 e le cagn' tutto 'o core, *(e gli cambi tutto il cuore)*
 nun te n' aspetta' rispetto,
 spera sulo ca nun more.

Se 'o ventricolo 'mpazzisce
 e se ne va in fibrillazione,
 che ne sanno? Chi 'o capisce
 si t' 'a fai... dint' 'o cazone? *(se te la fai sotto)*

Si 'o Malato s'è shockato
 e già stava pronta 'a Morte,
 quann' 'a fine s'è salvato:
 “tutt' 'o merito . è d' 'a sorte”.

Ma si se spegne 'o lumicino
 pecchè 'a vita è nata corta,
 nun è colpa d' 'o destino
 che teneva areto 'a porta;

“chella 'a colpa è d' 'o duttore,
 che sicuro s'è sbagliato,
 se ci stava 'o Professore,
 certo, mò, s'era salvato”.

Tutto chello ca tu fai
 'n'è servuto proprio a niente,
 “nun hai fatto mai assaje”
 chesto penza sempe 'a gente.

Che vuo' fa'? Chisto è 'o mestiere!
 Ce l'avimmo già 'mparato,
 nun guastammece 'e pensier',
 faticamm'..... p' 'o Malato.



Cecco Gambizzato

”

Qualche secondo di buonumore

Comunque la zona rossa di Amsterdam...
era organizzata meglio!!!

- Mi dica il nome di un animale domestico:
- Er cane
- Non si dice er cane, si dice il cane...
- Ora mi dica il nome di un quadrilatero:
- Er rombo
- Non si dice er rombo, si dice il rombo,
 lei è proprio un ignorante, come si chiama?
- Il Nesto
- Ma che diavolo di nome è il Nesto
- Se te dico Ernesto te incazzi!



Bastava dare il vaccino ad Amazon ed entro Lunedì eravamo tutti vaccinati.
Io domani perché ho Prime.

Perché Mosè divise le acque?

Perché, chi la voleva frizzante e chi naturale.





di Massimo Pandolfi

I farmaci orfani

Bevi acqua dove il tuo cavallo la beve. Un cavallo non berrebbe mai acqua cattiva.

Tendi il tuo letto dove il gatto dorme tranquillamente.

Mangia la frutta toccata da un verme.

Senza paura raccogli i funghi su cui si posano gli insetti.

Pianta un albero dove la talpa scava.

Costruisci la tua casa dove i serpenti prendono il sole.

Scava un pozzo dove gli uccelli si nascondono dal calore.

Vai a dormire e alzati contemporaneamente agli uccelli.

Raccoglierai i chicchi d'oro della vita.

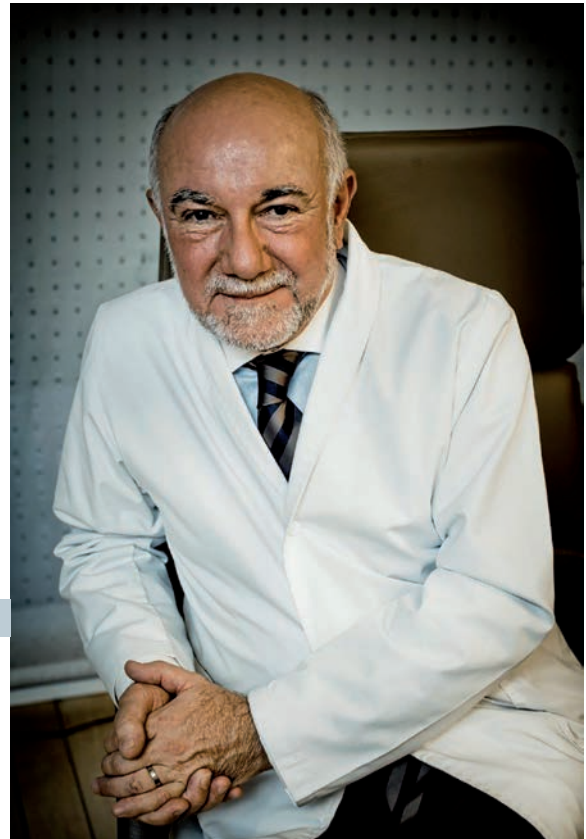
Mangia più verde, avrai gambe più forti e un cuore resistente, come l'anima delle foreste.

Guarda il cielo più spesso e parla meno, affinché il silenzio possa entrare nel tuo cuore, e il tuo spirito sia calmo e la tua vita si riempia di pace.

San Serafín de Sarov (1754 - 1833)

In questo tempo di virus mi è venuta in mente una definizione risalente ai tempi lontani di quando studiavo microbiologia, appunto i virus orfani. Ho verificato l'etimologia della parola orfano, risalente al sanscrito e poi via via al greco ed al latino, con il suo bel significato in lingua italiana che recita "privo" o "mancante". Il termine non si riferisce solo a chi ha perso i genitori, ma a tutte quelle situazioni in cui, per mancanza di malattia, come nel caso dei virus, o di finanziamenti, manca un esito. Il termine è riferibile anche ai farmaci, spesso panacea per tante situazioni ma cancellati dalla farmacopea ufficiale per le regole del profitto o del cosiddetto "mercato" oppure per gli effetti collaterali o le difficoltà di utilizzo. Andando a ritroso nel tempo e lasciando perdere i diu-

Pedro Brugada



retici mercuriali, spesso rimedi peggiori del male, ho ritrovato molecole efficaci, usate con profitto da tanti, che attualmente non sono più fruibili non perché sostituite da sostanze più attive e prive di inconvenienti, ma perché meno costose e quindi non foriere di guadagni a quel grande meccanismo che è l'industria dei farmaci.

Naturalmente, come cardiologo, in quello che sarebbe stato un

lungo e noioso elenco, ho privilegiato i farmaci cardiologici ormai scomparsi e quindi "orfani". Premetto che il fenomeno non riguarda solo il Bel Paese ma il mondo intero. Ne parlai anni fa con Pedro Brugada nella bella piazza del mio paese, Figline Valdarno. Era venuto a tenere due conferenze e rimase nostro ospite per 2-3 giorni. Ricordo ancora il suo bellissimo intervento sul tema della morte, in uno spagnolo comprensibile alla folla platea. Anche lui si lamentava della contrazione dell'armamentario farmacologico soprattutto per quanto riguardava gli antiaritmici.

Per ognuno di questi farmaci dimenticati avrei almeno un aneddoto da raccontare, ma siccome penso che questo sia comune ad ognuno di quelli che hanno praticato la nostra specialità negli ultimi trent'anni, mi limito a fornire un ricordo di alcuni di loro. Vorrei iniziare con un farmaco potente ma certamente misconosciuto: si tratta della lidoflazina, nome commerciale Clavidene. Veniva presentato come un coronarotropo negli anni 80, ma in realtà, grazie ad una azione calcioantagonista e chinidinosimile, aveva un'azione sull'atrio superiore a qualsiasi altro antiaritmico che abbia mai provato nella mia lunga attività ospedaliera (e credete, li ho provati tutti e in tutte le situazioni possibili). Eravamo stati informati di questa sua peculiarità dal gruppo di Lucca, diretto dal Prof. Masini e i risultati, sia sul ripristino del ritmo sinusale che sul mantenimento dello stesso erano stati sorprendenti. Oggi, la sua erede ranolazina, sta



dimostrando un'efficacia antiaritmica associata all'amiodarone. Il costo ridotto del Clavidene ne ha decretato prima il silenzio informativo e poi la definitiva scomparsa. Fui sorpreso dal fatto che Pedro Brugada conoscesse bene la molecola e i suoi prodigiosi effetti sull'aritmia più frequente nel genere umano. E che dire delle tante chinidine: l'ultima rimasta, la chinidina arabogalattano-solfato (Longachin cpr 275 mg) penso che sia raramente usata, per i temuti effetti collaterali. Nella borsa quando facevo le guardie mediche (turni di 42 ore dalle 14 del sabato pomeriggio alle 8 del lunedì mattina) non mancava mai la Natisedina (prodotto a base di arabogalattano di chinidina) e il Cardiostenol (morfinina e atropina) per i sospetti infar-

ti. Stesso destino per le varie formulazioni di digitale: alzi la mano chi ricorda il Kombetin (strofanto), chi la Digitalina Nativelle in gocce, chi il Cedilanid (deslanoside C). Il nome equivoco di quest'ultimo portò un pediatra a prescriverlo ai bambini pensan-

oltre a una serie impressionante di antiaritmici come la disopiramide, la moricizina, la tocinide, la bunaftina, la mexiletina. Chi usa più il Ritmodan, il Meregion, il Mexitil?

Anche tanti betabloccanti sono finiti nel dimenticatoio: invece ognuno aveva una sua specificità e potevano, almeno concettualmente, venire adattati a diverse situazioni. Due nomi per tutti, l'acebutololo (Prent o Sectral) che doveva possedere chiare capacità antiaritmiche come stabilizzatore di membrana e il mepindololo (Betagon) dotato di attività simpaticomimetica intrinseca (la famosa ISA che allora sembrava fondamentale in certi casi di ipertensione con tendenza bradicardica).

Infine i diuretici scomparsi: la muzolimina (Edrul) che doveva essere più maneggevole della furosemide e che si inabissò affondata da esigenze commerciali, accusata di una teratogenicità in un tipo particolare di ratto, oltre che di disturbi neurologici in pazienti con insufficienza renale; il metolazone (Zaroxolyn) tiazidico che potenziava l'azione della furosemide nelle forme di ritenzione idrica resistente ma, anche se tuttora presente in farmacopea, raramente utilizzato.



do che fosse una vitamina. Per fortuna l'emivita breve e i bassi dosaggi consigliati non produssero disastri. Assieme a loro sono spariti l'orciprenalina (Alupent) utile nell'asma ma soprattutto nelle bradicardizzazioni e nei blocchi, in attesa dell'elettrostimolazione,

Questione di moda, di miglioramento farmacologico, di business. La moda vuole che ora si parli di antivirali, dai nomi impronunciabili e tutti terminanti in vir. Attenzione che il termine non indica l'uomo pubblico dell'antica Roma, contrapposto al generico Homo (spesso non sapiens) ma è l'abbreviazione di virus, che in latino significa veleno. Ricordiamoci che tutti i farmaci possono essere veleni ma che usati nel modo giusto e nel momento opportuno, aiutano chi li conosce a salvare vite e ad alleviare sofferenze.

Madre natura non tollera gli sciocchi

“Mother Nature does not suffer fools”, con questa frase tre Presidenti dell’American Heart Association, Mitchell Elkind, Robert Harrington e Donald Lloyd-Jones, rispettivamente delle Università di Columbia, Stanford e Northwestern, distanti fra loro come Portogallo, Russia e Grecia, hanno chiuso un proprio intervento su *Circulation* di marzo 2021, a commento dell’anno di Covid-19 appena trascorso. Una pandemia, fanno capire, che ci ha colti tutti di sorpresa perché all’inizio pareva una delle solite influenze stagionali, ancorché segnalata da preoccupazioni per i “pasticci” con gli animali nei mercati cinesi. Già dopo poche settimane si dovette però constatare la sua rapida diffusione, non solo dovuta ai mille vettori che oggi giungono in poche ore ogni angolo del pianeta, bensì per le caratteristiche aggressive del coronavirus che la causava. Questo ha mostrato in breve tempo che nelle vie respiratorie, il bersaglio di ogni febbre influenzale, spesso distruggeva gli alveoli come la tisi ai tempi di Thomas Mann, che nel cuore poteva accelera-



Thomas Mann



che sequele il virus di Wuhan non le ha ancora dimostrate e speriamo ce le risparmi. Si comporta piuttosto come una delle gravi sindromi MERS, osservate, dicono i tre, anche nei cammelli dell'Arabia Saudita. Una forma che negli umani, per una strana coincidenza, ci sta già costringendo a vivere quasi come loro, in una desertificazione dei rapporti con gli altri e con il mondo che ci siamo costruiti.

All'inizio, l'obbligo di vivere il più possibile in casa faceva pensare, spensieratamente, a un "effetto blackout", quello che a New York rimasta senza luce durante una serata fece aumentare le nascite dopo nove mesi. Con il Covid, da subito ferale, il timore di trasmettere il contagio pare abbia invece ridotto la frequenza degli amplessi e dei loro prodotti, cosicché oggi ci ritroviamo che le statistiche anagrafiche dei paesi colpiti, sommando l'iponatalità con la moria da virus, denunciano un aumento della mortalità globale di circa un quinto. Un dato che per i malthusiani

re un infarto, uno scompenso o provocare una miocardite con il rischio di morte improvvisa aritmica, e che ogni altro organo, dal cervello ai reni, poteva dare segni di essere stato colpito.

Quei tre personaggi hanno paragonato questo flagello alla sifilide dei tempi anteriori alla penicillina, quando molti degli organi di chi si era infettato potevano ammalare, addirittura venivano interessati gli alleli cromosomici con successive tare nei discendenti. Fortunatamente tali geneti-

ni non è di per sé una cattiva notizia, essendo la Terra sovrappopolata, si parla di otto miliardi.

Gli assembramenti, certe disinvolte mescolanze, molte sbagliate reazioni dell'umanità alle privazioni, favoriscono la proliferazione dei virus che mette a dura prova il nostro sistema immunitario. Fa notizia ovunque l'inosservanza alle raccomandazioni di portare le mascherine, di mantenere i distanziamenti, di evitare i raggruppamenti sui corsi dei centri urbani, ai Navigli, nei funerali e nei festini clandestini nelle proprie abitazioni; tutto con un andamento ciclico in contemporanea con il numero di infettati, specie i ricoverati nelle terapie intensive, e anche con le disposizioni dei governi di adeguarsi ai maggiori e minori sacrifici. È interessante, se non fosse tragico, leggere nelle cronache le ripercussioni sul numero di ricoveri a conseguenza di un banale festeggiamento circoscritto o dell'apertura delle scuole. Mentre appaiono più penalizzate le popolazioni disagiate, i neri rispetto ai bianchi, i brasiliani più degli eu-

ropei. Una lotta globale con un virus che per sua natura cerca di essere più penetrante possibile, cambiando addirittura i propri connotati, ai quali l'uomo reagisce dando loro un colpevole soprannome, "variante inglese, brasiliana, sudafricana", preoccupato che i vaccini in rapida diffusione non perdano durante la corsa la loro efficacia a causa delle mutazioni.

I vaccini sono un'altra nobile conquista dei moderni ricercatori che, a differenza dei loro predecessori, sono riusciti a produr-

li in breve tempo, in molte formulazioni e tutti efficaci. Una gloria che la medicina pare debba attribuire solo a loro perché, giunti al momento della produzione e della distribuzione, il diavolo vi si è inserito con quello che i filosofi hanno definito lo sterco, ossia il denaro. Dopo una prima dichiarazione dei vari governi, "lo dobbiamo dare a tutti e gratuitamente", il risultato è stato che i più furbi o, come dice Angelo Panebianco, i pragmatici, se lo sono procurati per primi, pagandolo si capisce, mentre gli altri sono rimasti in coda



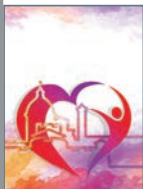
Assembramenti ai Navigli

a disquisire con le ditte sui diritti e sul prezzo.

Giunti al fin della licenza, come avrebbe premesso il Signore di Bergerac, dobbiamo amaramente concludere che gli sciocchi costruttori del disordine planetario nel quale ogni virus "che parteggiando viene" è libero di inserirsi, gli sciocchi che non vogliono rinunciare nemmeno all'aperitivo in compagnia dei loro simili, gli sciocchi che per supponenza negano perfino il virus virale e ancora giocano con i "trenta denari" per accaparrarsi il vaccino, continuano a profanare MADRE NATURA.

Fino a quando?

DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2020



Filippo Brandimarte Intervista Francesco Prati



Colesterolo sempre più giù. Razionale, significato clinico e ripercussioni terapeutiche

“Scendere al di sotto di 55 mg/dl in prevenzione secondaria è un must. Non abbiamo dati di follow-up a lungo termine su effetti collaterali della colesterolemia: è giustificabile la scelta di non abbassare la colesterolemia LDL al di sotto dei 20 mg/dl”.

Prof. Prati per il colesterolo LDL, perché scendere al di sotto dei 55 mg/dl?

È da oltre 20 anni che abbassiamo sempre di più l'asticella dei valori di colesterolemia LDL. Si è scesi dai 100 mg/dl ai 70 mg/dl ed infine ai 55 mg/dl in un percorso di prevenzione secondaria. È grazie all'impiego di farmaci potenti come gli inibitori PCSK9, evolocumab ed alirocumab, che si è compreso che, raggiungendo livelli di colesterolo LDL impensabili fino a pochi anni fa, si riducono ulteriormente eventi cardiovascolari maggiori come infarto miocardico e mortalità.

C'è un limite alla regola “the lower the better”?

Non è chiaro. Io trovo ragionevole non spingerci a valori al di sotto dei 20 mg/dl. Al momento, con dati di follow-up di pochi anni e quindi relativamente brevi, non si sono riscontrati effetti collaterali. Non abbiamo però la certezza che a 10 o a 20 anni il mantenimento della colesterolemia LDL di poco al di sopra di 0 mg/dl non causi effetti collaterali come il deterioramento cognitivo. Penso che con le conoscenze attuali sia bene in prevenzione secondaria perseguire l'obiettivo di mantenere il colesterolo LDL tra 20 e 55 mg/dl.



Esiste una relazione tra abbassamento della colesterolemia ed emorragia cerebrale?

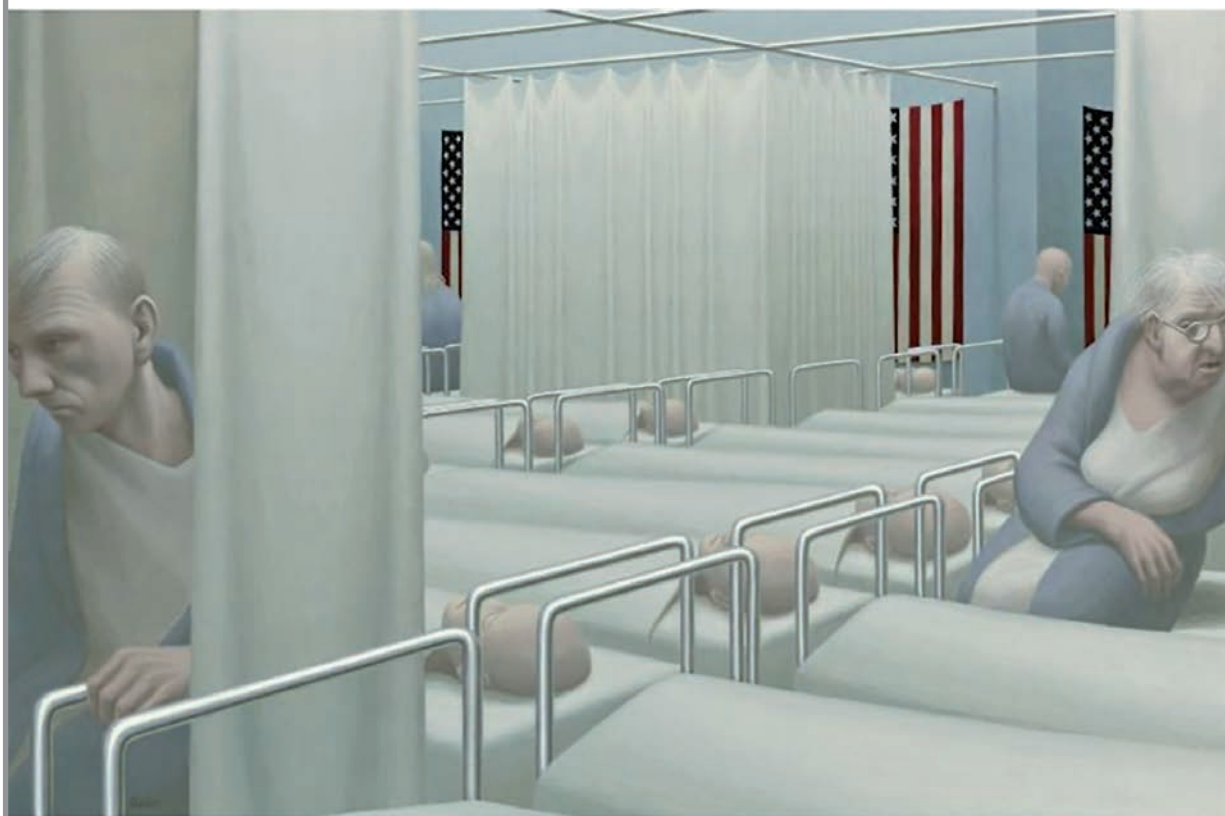
In passato studi di meta-analisi avevano messo in evidenza che il marcato abbassamento della colesterolemia LDL si associa ad un rischio aumentato di emorragia cerebrale. Il trial Odyssey ha invece recentemente dimostrato che nei soggetti trattati con alirocumab e con valore medio di colesterolemia LDL al di sotto di 55 mg/dl, l'incidenza di ICTUS è significativamente più bassa. Il farmaco riduce infatti l'ICTUS ischemico ma non sembra avere effetti su quello emorragico.

Eppure meta-analisi in passato hanno evidenziato una relazione inversa tra colesterolemia e rischio di ictus emorragico.

È vero e non si può escludere che il risultato dell'Odyssey dipenda da un capriccio statistico. L'incidenza dell'ICTUS emorragico è circa un decimo di quello ischemico e su numeri molto bassi (in tutto 33 casi di emorragia cerebrale nello studio Odyssey) si può osservare un trend statistico diverso da quello rilevato da studi di meta-analisi. In ogni caso c'è un chiaro beneficio netto dall'impiego di farmaci ipolipemizzanti (ed in particolare gli inibitori PCSK9) per via della riduzione del rischio di eventi ischemici, molto più numerosi di quelli emorragici.

di Filippo Stazi

Quadri e Salute



Ward è un'opera dipinta nel 1970 dal pittore americano George Tooker.

Tooker nacque a Brooklyn nel 1920. Iniziò a prendere lezioni di pittura a 7 anni. Si laureò ad Harvard nel 1942 e si arruolò nei marines da dove fu presto congedato per motivi di salute. Nel 1949 viaggiò per sei mesi in Europa, visitando in particolare la Francia e l'Italia. Risale a tale viaggio il suo interesse per la pittura rinascimentale italiana, in particolare quella di Paolo Uccello e Piero della Francesca, attratto dalla solidità e monumentalità delle loro figure e dalla semplicità espressiva delle loro composizioni e da cui assimila molti elementi, come l'uso della tecnica del colore a tempera d'uovo.

Nel 1960 Tooker e il suo compagno, il pittore William Christopher, si trasferirono in Vermont, trascorrendo però gli inverni al caldo di Malaga, in Spagna. All'inizio della sua carriera, il lavoro di Tooker è stato paragonato a quello di Edward Hopper, poi è stato accostato al realismo magico, anche se lui non ha mai con-

diviso tale valutazione. La sua opera fu molto apprezzata nel corso degli anni '50 ma il successivo avvento dell'espressionismo astratto lo fece dimenticare, fino alla definitiva rivalutazione degli anni '80.

Molte delle opere di Tooker raffigurano l'isolamento e lo sconforto della vita urbana. L'anonimato, la produzione di massa e il ritmo frenetico della modernità sono proiettati sotto una luce abbacinante, senza ombre, che trasmette il senso di isolamento. Il ripetuto uso delle linee rette crea un'architettura opprimente che, invece di servire i personaggi, li domina. Tooker crea teatri muti in cui rappresenta l'angoscia e l'alienazione dell'uomo moderno, che ormai non è più il centro della rappresentazione. Le figure che dipinge si trascinano e sembrano muoversi non per volontà propria ma per condizionamento sociale. Sono soverchiate dal loro ambiente, dai loro vestiti, sono incapaci di prendere il controllo della propria vita. Il loro mondo è limitato, e ripetitivo. I loro volti sono anonimi, vuoti. Le loro mansioni sono monotone. Ognuno vive

la stessa malinconia, giorno dopo giorno, senza poter modificare nulla della propria esistenza. La realtà è un dramma mortalmente ripetitivo.

Pochi anni dopo la morte di Christopher, avvenuta nel 1973, Tooker si convertì al cattolicesimo. Negli anni che seguirono i suoi soggetti passarono dai temi esistenziali a quelli spirituali e religiosi. Nel 2007 ricevette la prestigiosa National Medal of Arts. Morì, a 90 anni, nella sua casa in Vermont, per insufficienza renale.

Ward è una tipica opera di Tooker. I letti dei malati sono rigidamente allineati dalla testa ai piedi e non è praticamente lasciato spazio al movimento dei pazienti. I personaggi sono sopraffatti da questa disposizione rigorosamente organizzata, che ha come unico scopo l'ottimizzazione dello spazio. Sullo sfondo la bandiera americana, a raffigurare il predominio dello stato e della sua burocrazia sull'individualità del singolo. Corpi rigidi con facce color grigio ghiaccio giacciono affiancati, creando linee perfettamente parallele. È un ospedale ma potrebbe anche essere un obitorio.

“

Poesia ricreativa

William Blake (1757-1827), poeta inglese, tradotto con entusiasmo da Giuseppe Ungaretti che gli attribuisce come tema centrale “la libertà dell’uomo libero da leggi”, come in questa poesia “NON DIRE MAI”:



William Blake

*“Non cercare mai di dire il tuo amore,
amore che non può essere detto;
il gentile soffio si muove
in silenzio invisibile.*

*Dissi il mio amore, già dissi il mio amore,
il cuore le apersi;
tremando, gelando, in orrenda tema,
ah! Lei, lei se ne andò.*

*Appena mi lasciò,
un viandante passò,
in silenzio, invisibile:
gli bastò un sospiro, la prese.”*

E. P.

”



di **Alberto Dolara**

Una “Pietra d’inciampo” per Andrea Schivo. Agente di custodia, Giusto tra le Nazioni.

Una mattina dell’estate 1944 Andrea Schivo, agente di custodia al carcere di San Vittore a Milano, saluta come sempre la moglie per andare al lavoro. Alla sera la donna, non vedendolo rientrare, si precipita al carcere dove le dicono che suo marito è adesso carcerato. La colpa è di aver aiutato gli ebrei reclusi. Non lo rivedrà più.

Andrea Schivo nasce nel 1895 a Villanova d’Albenga (SV), partecipa alla prima guerra mondiale, durante la quale viene ferito. Come risarcimento ottiene dallo Stato un lavoro come agente di custodia, dapprima ad Imperia e poi a Milano. Si trova molto bene in questa città, è appassionato di opere liriche, non perde uno spettacolo alla Scala. Incontra una violinista che sposa e dalla quale ha una bambina. Si guadagna l’appellativo di “Superiore” per la sua autorevolezza e per come svolge il lavoro.

Tra il 1943 e il 1944 è assegnato alla sezione dei detenuti ebrei, dove arrivano famiglie intere destinate alla deportazione, sono tenuti in condizio-



Andrea Schivo

ni disumane, con solo brodaglia come cibo, la sezione è gestita direttamente dalle SS. Andrea Schivo è consapevole del rischio che corre, ma porta ai detenuti il cibo preparato dalla moglie e tiene contatti con i loro familiari.

Tra giugno e luglio del '44 i tedeschi trovano un ossicino di pollo in una cella di una fami-

lano, oggi Memoriale della Shoah; fatto salire su un carro bestiame è condotto nel lager di Bolzano e poi nel campo di concentramento di Flossenbürg, dove muore per maltrattamenti e stenti sei mesi dopo, il 29 gennaio 1945.

Negli anni successivi i familiari si adoperano per onorare la sua memoria. Nel 1998 un docu-

una nipote la vicenda è ripresa dal settimanale Panorama nel 2003, ne vengono a conoscenza le figlie di una donna ebrea detenuta a San Vittore in quegli anni. Riconoscono immediatamente la figura dell'agente di custodia a cui consegnavano cibo e indumenti per la madre e della quale riportava messaggi testimoni della triste prigionia. Il suo coraggio ne aveva reso più umana la condizione in carcere pur non potendo salvarla da un successivo destino di morte ad Auschwitz. Per queste testimonianze Andrea Schivo è riconosciuto come Giusto tra le Nazioni nel 2006 dal Governo d'Israele. Nel 2007, durante la festa della polizia penitenziaria, il Presidente della Repubblica, Giorgio Napolitano consegna al pronipote Giacomo la medaglia d'oro al merito civile. Per ricordarlo, il 21 gennaio 2020, Giornata della Memoria, è posta una "pietra d'inciampo" al numero 2 di Piazza Filangieri, davanti al portone della casa circondariale di San Vittore.



Gunter Demnig

glia, sottoposti a tortura, confessano il nome dell'agente di custodia che ha portato il cibo. Andrea Schivo è incarcerato e successivamente trasferito con gli altri detenuti al Binario 21 della Stazione Centrale di Mi-

mento d'archivio del Centro di Documentazione Ebraica Contemporanea di Milano riporta la testimonianza di diciannove agenti di custodia contenente i particolari sull'arresto del loro collega. Grazie al ricordo di

L'iniziativa delle "pietre d'inciampo" (in tedesco *stoppelsteine*), partita da Colonia nel 1992 per merito dell'artista berlinese Gunter Demnig, ha lo scopo di depositare, nel tessuto urbanistico e sociale delle città eu-

ropee, una memoria diffusa dei cittadini deportati nei campi di sterminio nazisti. Nel selciato stradale è incorporato un blocchetto di pietra delle dimensioni di un sanpietrino (10x10 cm) ricoperto da una targa di ottone e posto davanti alla porta della casa in cui abitò la vittima o nel luogo in cui fu fatta prigioniera e deportata. Sulla targa sono incisi il nome della persona, l'anno di nascita, la data, l'eventuale luogo di deportazione e la data di morte, se conosciuta. Questo tipo di informazioni intende ridare individualità a chi si voleva ridurre soltanto a numero. "Inciampo" deve dunque intendersi non in senso fisico, ma visivo e mentale, per far fermare a riflettere chi vi passa vicino e si imbatte, anche casualmente, nell'opera. L'espressione "pietra d'inciampo" si trova nella Bibbia; dall'Epistola ai Romani di Paolo di Tarso si legge: *"ecco io metto in Sion un sasso d'inciampo e una pietra di scandalo; ma chi crede in lui non sarà deluso"*. Inciampare, dal latino tardo *caespitare*, in una zolla di terra (*caespes*), è una parola dallo straordinario potere descrittivo per-



ché evoca una sensazione di blocco inatteso che dal piede si diffonde a tutto il corpo alla ricerca istantanea dell'equilibrio. L'espressione biblica e l'intenso potere descrittivo della parola hanno probabilmente ispirato l'artista berlinese. Nel 2019 ne erano state installate oltre 71mila in quasi tutti i paesi occupati dal regime nazista durante la seconda guerra mondiale, ma anche in Svizzera, Spagna e Finlandia. Sono posate in memoria delle vittime indipendentemente da etnia e religione, ad esempio, a Colonia, in ricordo di mille tra

Sinti e Rom deportati nel maggio del 1940. In Italia la prima è stata posta a Roma nel gennaio 2010 e nel marzo 2020 erano 1342 in tutte le regioni italiane. Alla cerimonia della sistemazione della "pietra d'inciampo" per Andrea Schivo erano presenti le autorità, una folta rappresentanza della polizia penitenziaria di San Vittore, la senatrice a vita Liliana Segre, detenuta nello stesso carcere nel 1943, quando aveva 13 anni, deportata ad Auschwitz e unica superstita della famiglia, e l'ideatore dell'iniziativa delle "stoppelsteine", Gunter Demnig.

Infettando i malati vinse il Nobel. La controversa storia di Julius Wagner-Jauregg

“Dottor Wagner, dottor Wagner, venga, stavolta ci siamo” a chiamarlo così concitatamente era il suo giovane assistente.

“Uomo o donna?” chiese il medico strofinandosi le mani in un misto di gioia e tensione, che contrastava con il suo abituale contegno, freddo e distaccato.

“Uomo, un militare, viene dal fronte balcanico”

“Ha febbre?”

“Sì”

“E' sicuramente malaria?”

“Senza alcun dubbio”

“Perfetto” sussurrò il sanitario, “prepariamolo”

Mentre l'assistente si accingeva a prelevare il sangue infetto del paziente febbricitante, Julius Wagner von Jauregg si ritirò nel suo studio. Era arrivato il momento decisivo: la conferma della sua teoria o il fallimento di tanti anni di studi e sacrifici. Era nato a Wels, nel 1857, in un'agiata famiglia borghese austriaca, divenuta nobile solo dopo la sua nascita. Si era quindi potuto fregiare per qualche anno dell'aggiunta del von nel cognome, per poi doverlo abbandonare dopo il 1918 quando, con la fine dell'impero austroungarico e dei suoi titoli nobiliari, era



Il Dr. Julius e la sua équipe

tornato a chiamarsi Julius Wagner-Jauregg. Nel 1880, contro le aspirazioni paterno, si era laureato in medicina e si era dedicato alla psichiatria, divenendo fra l'altro, amico di lungo corso di Sigmund Freud. La sua carriera era stata rapida: direttore della clinica psichiatrica di Graz prima e di Vienna poi e, infine, professore straordinario di psichiatria e malattie nervose dell'Università della capitale. Non era stato facile, aveva sempre lavorato instancabilmente: per meglio dedicarsi ai suoi studi, pur non rinunciando ai suoi venti minuti di sonnello pomeridiano, non dormiva mai più di cinque o sei ore per notte. Aveva iniziato studiando la relazione tra il cretinismo e il gozzo tiroideo ed aveva capito che la malattia era dovuta ad un'insufficienza tiroidea che poteva essere corretta con l'aggiunta di piccole quantità di iodio al sale. Aggiunta che, per merito dei suoi lavori, fu disposta per legge, nel 1923, dal governo austriaco.

Nel 1883, 34 anni prima, un evento diede avvio all'ossessione della sua vita. Una giovane donna affetta da psicosi, secondaria alle manifestazio-



Università di Vienna

ni neurologiche della sifilide, contrasse una malattia infettiva, l'erisipela. Durante la conseguente febbre Wagner osservò la remissione dei suoi sintomi psicotici. La sifilide era all'epoca un flagello; l'interessamento neurologico, la cosiddetta neurosifilide, causava la paralisi progressiva, che si manifestava anche molti anni dopo l'infezione ed era altamente mortale. Nei primi anni del 1900 il batterio responsabile della sifilide, la spirocheta *Treponema pallidum*, era stato finalmente isolato e si era compreso che esso perdeva la propria patogenicità se sottoposto a temperature elevate per sufficiente tempo. Ricordandosi della sua paziente psicotica Wagner aveva intui-

to che l'induzione nel paziente di una febbre abbastanza alta da nuocere al batterio della sifilide poteva essere un'utile strategia terapeutica. Era però necessario che l'infezione indotta non fosse a sua volta letale al malato.

“Dottore siamo pronti, ho prelevato il sangue del malato” l'assistente venne a turbare i suoi pensieri.

“Arrivo subito” rispose con una voce che veniva da molto lontano. Stava infatti ricordando gli altri momenti simili che aveva già vissuti. Tutti frustrati dall'insuccesso. Aveva iniettato nei suoi pazienti prima lo streptococco responsabile dell'erisipela, poi la tubercolina, ma mai aveva raggiunto il suo scopo. Troppo scarsi i benefici,

troppo elevati gli effetti tossici. Poi, quando stava per rinunciare, aveva appreso che le manifestazioni della paralisi progressiva si riscontravano molto raramente nei paesi in cui la malaria era endemica. Inoltre la disponibilità del chinino poteva permettere di controllare, almeno in parte, le conseguenze dell'infezione da malaria, riducendo i rischi della terapia. Da quel momento aveva deciso, avrebbe tentato di curare la sifilide con la malaria. Di malati affetti da paralisi progressiva ne aveva in abbondanza, gli serviva un caso di malaria comune, quella causata dal protozoo plasmodium vivax. E ora, grazie a quel soldato reduce dal fronte della prima guerra mondiale, lo aveva finalmente a disposizione.

Si alzò, scacciò i dubbi e le paure e raggiunse il reparto di degenza. Prese il sangue del soldato e guardandolo disse, più a se stesso che agli altri, "i comuni principi non valgono per me, chi ha carattere non ne ha bisogno". Il dubbio sull'eticità di quello che stava per fare lo stava probabilmente sfiando. Il sangue infetto venne iniettato in 9 pazienti con paralisi progressiva che andarono incontro a subentranti cri-

si di febbre elevata. Solo quando questa superava persistentemente i 40°, Wagner somministrava il chinino. Furono notti insonni per lo psichiatra austriaco ma, alla fine, sei dei nove pazienti trattati mostrarono segni di remissione, e in tre di questi la remissione fu duratura. L'utilizzo del Plasmodium falciparum, l'anno dopo, ebbe invece esiti meno positivi, con effetti collaterali importanti che spaziavano dalla rottura della milza a danni epatici e ittero, fino a vomito, cefalea, allucinazioni e delirio. Per ammissione dello stesso Wagner la mortalità della terapia era almeno del 15%. Nonostante questo la malarioterapia, così venne chiamata, si diffuse rapidamente, in consi-

derazione della gravità della sifilide e della mancanza di terapie alternative e nel 1927 Julius fu insignito, prima volta di uno psichiatra, del Premio Nobel per la medicina "per la scoperta del valore terapeutico della malaria nel trattamento della demenza paralizzante". Solo la scoperta della penicillina portò all'abbandono della sua pratica terapeutica.

Gli ultimi anni della sua vita portarono molte ombre sulla sua figura. Aderì ben presto alle idee hitleriane, nel 1939 si iscrisse al partito nazista, propugnò la sterilizzazione forzata di persone con malattie mentali e geni "criminali", sostenne le tesi a favore della purezza della razza ed abbracciò l'antisemitismo, secondo alcuni a causa del fallimento del suo primo matrimonio, contratto proprio con una donna di religione ebraica.

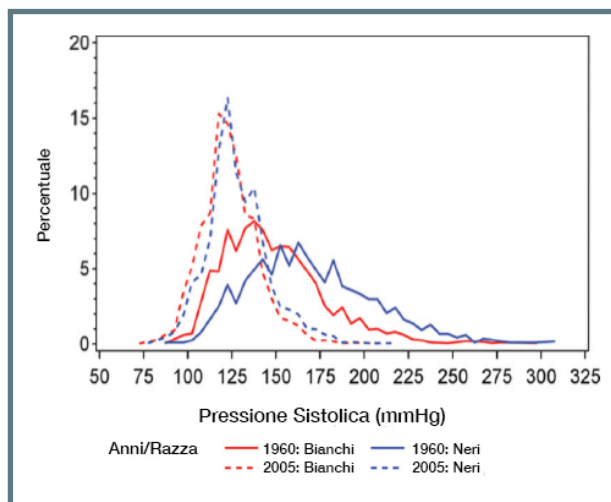
La sua morte, avvenuta a Vienna nel settembre del 1940, pose fine ad una delle storie più controverse del panorama scientifico della prima metà dello scorso secolo. L'Austria ha comunque deciso di ignorare i suoi lati oscuri e di onorarne la memoria intestandogli strade, scuole, ospedali e anche un francobollo.



“

Ma di quanto la pressione si è poi abbassata?

Tutto farebbe pensare che da quando si è scoperto il modo di curarla e di controllarla periodicamente, ossia dagli anni '60-'70 del secolo scorso, la pressione arteriosa si sia abbassata di molto. Lo si può dedurre sia dalla empirica osservazione dei medici che dalla diminuzione degli ictus e di altre conseguenze cardiovascolari. Come pure dalla constatazione alla San Tommaso dei pazienti stessi, che da subito, e specie da oggi, seguono le proprie variazioni pressorie con quegli apparecchietti digitali usati come gli smartphone, oltretutto senza l'inconveniente degli incrementi da camice bianco. Se poi andiamo ai ricordi, come quello del presidente americano Franklin Delano Roosevelt dei tempi della seconda guerra mondiale,



il quale all'età di 54 anni nel 1938 aveva una pressione ancora quasi normale per quei tempi (162/98) e che raggiunse nel 1945 i 300/190 (!), valori che furono considerati "un'ipertensione benigna", ci rendiamo conto di quanto siano cambiate le diagnosi e il metro di valutazione. Infatti, dopo i numerosi studi epidemiologici sulle popolazioni di tutto il mondo, condotti a partire dagli anni '60, quando ancora si davano per limiti normali i 160/80, si è giunti via via agli attuali 130-140/80-90, piuttosto flessibili, per non prestare ascolto ai perfezionisti che pretenderebbero i 120/80 mmHg. Ma, grazie agli indubbi successi ottenuti da quando i controlli si sono fatti così capillari e si sono seguite le variazioni con i molti farmaci nel

frattempo introdotti, quanti millimetri di mercurio abbiamo effettivamente risparmiato alla nostra circolazione? Nessuno l'aveva calcolato fino a un recente studio di Daniel T. Lackland e coll. del Department of Neurology, Medical University of South Carolina (Circulation, ottobre 2020), i quali riassumendo i risultati di tre studi nelle regioni orientali degli USA, dalla Florida fino al Massachusetts, le più gravate dalla pressione alta, dal 1960 al 2005 in soggetti bianchi e neri dai 45 anni in poi, hanno constatato: nei bianchi fra 45 e 55 anni una riduzione media della pressione di 18 mm, e di 45 mm dopo i 75 anni; mentre nei neri queste diminuzioni erano ancora più evidenti, rispettivamente di 38 e 50 mm nelle diverse età. Quegli studiosi inoltre, non solo sottolineano il grande successo di quella svolta epocale della medicina curativa, ma anche l'impressione che le ipertensioni gravi e pericolose, minacciose di ictus e scompensi, come quella di Roosevelt cui la paralisi alla fine lo colse, siano scomparse.

Oggi, dopo mesi nei quali i media cercano di far capire a tutti, positivisti e negazionisti, le proiezioni pericolose della pandemia Covid-19, anche mediante grafici, che solo chi aveva fatto le scuole alte ricordava, ma che pure gli altri hanno via via imparato a digerire, credo sia utile riprodurre quello relativo all'andamento della pressione proposto dai ricercatori dello studio citato e relativo alle pressioni basse e alte prima delle moderne terapie (1960) e dopo oltre 40 anni (2005).

Eligio Piccolo

”

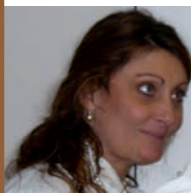
La palla di Tiche



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

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

Ludwig Van Beethoven



di **Anna Alice Mazzola**

“Con gioia vado incontro alla Morte, se essa venisse prima che io abbia avuta la possibilità di sviluppare tutte le mie qualità artistiche, allora, malgrado la durezza del mio destino, giungerebbe troppo presto [...]. Addio, non dimenticatemi del tutto.”

Beethoven, nacque a Bonn nel 1770; non si conosce con precisione la sua data di nascita, ma è noto che fu battezzato il 17 dicembre. L'amico d'infanzia Franz Gerhard Wegeler scrisse nelle sue memorie: “[...] Il nostro Ludwig era nato il 17 dicembre 1770 [...]”; il nipote Karl nei “quaderni di conversazione” del 1823 annotò “[...] Oggi è il 15 dicembre, il tuo giorno di nascita per quanto ne so; solo non posso essere sicuro se fosse il 15 o il 17, perché non ci si può fidare dell'atto di battesimo [...]”.

Il padre di Ludwig fu Johann van Beethoven, tenore di corte che scoraggiò da subi-



to la capacità del figlio di improvvisare; Ludwig amava, non ricambiato nel suo affetto, la madre Maria Magdalena, troppo impegnata ad amministrare con fatica la propria famiglia, poiché il marito continuava ad ubriacarsi, spendendo totalmente il proprio guadagno nelle taverne; l'idolo del piccolo genio era il nonno, un vecchio signore distinto che aveva ricoperto il ruolo di maestro di cappella, ambizione, inseguita tutta la vita da Beethoven. Successivamente Christian Gottlob Neefe, organista di corte, incoraggiò lo spiccato talento del ragazzo e gli insegnò i primi rudimenti della musica.

Molti trovano difficile associare la bellezza e la filantropia espresse dalla musica di Beethoven con l'immagine popolare del grande compositore, misantropo scarmigliato con un carattere collerico; in realtà molte delle difficoltà nei suoi comportamenti sociali furono originati da un'infanzia svantaggiata e dalle malattie croniche.

Nel 1796 si ammalò di febbre tifoide e poco dopo comparve una progressiva riduzione dell'udito iniziata dall'orecchio sinistro e propagatasi



Beethoven nella natura

successivamente anche al destro, accompagnata da un continuo tintinnio. La sordità profonda lo colpì nel 1817.

Nel testamento di Heilingenstadt il 6 ottobre 1802 Ludwig scrisse “[...] O voi uomini che mi reputeate o definite astioso, scontroso o addirittura misantropo, mi fate torto! Voi non conoscete la causa segreta di ciò che mi fa apparire a voi così [...]”. Pur essendo dotato di un temperamento ardente, vivace e anzi sensibile alle attrattive della società, sono stato presto obbligato ad appartarmi, a trascorrere la mia vita in solitudine [...] non mi riusciva di dire alla gente “Parlate più forte, gridate: perché sono sordo”. Come potevo, ahimè, confessare la debolezza di un senso, che in me dovrebbe essere più raffinato che negli altri uomini e che in me un tempo raggiungeva un grado di perfezione massima [...] - No, non

posso farlo; perdonatemi perciò se talora mi vedrete stare in disparte dalla vostra compagnia, che un tempo invece mi era caro ricercare [...]. Ma quale umiliazione ho provato quando qualcuno, vicino a me, udiva il suono di un flauto in lontananza e io non udivo niente, o udiva il canto di un pastore e ancora io nulla udivo [...]. - Essere costretti a diventare filosofi ad appena 28 anni non è davvero una cosa facile”. E ancora il 29 giugno 1801 in una lettera a Franz Gerhard Wegeler “[...] Soltanto un demone invidioso, la mia cattiva salute, mi ha messo il bastone tra le ruote; e questo significa, in sostanza, che il mio udito da tre anni a parte è diventato sempre più debole [...] le mie orecchie continuano a fischiare e ronzare giorno e notte [...]. Per darti un'idea di questa strana sordità, ti dirò che a teatro mi debbo mettere vicini



Targa affissa sulla casa di Beethoven a Bonn

nissimo all'orchestra per comprendere ciò che l'attore dice, e che i suoni acuti degli strumenti e delle voci, se sto un po' lontano, non li sento affatto. Quanto al conversare, è sorprendente come certe persone non si siano mai accorte della mia sordità; ma siccome sono sempre andato soggetto ad accessi di distrazione, attribuiscono a questo la mia debolezza di udito [...] odo i suoni ma non distinguo le parole; mentre, invece, se appena uno grida mi è addirittura impossibile sopportarlo".

A trentanove anni il continuo ronzare del tintinnio lo portò sull'orlo del suicidio; Beethoven uscì da questa crisi dedicandosi completamente alla composizione, facendone lo strumento della sua salvezza. Sublimò tutto in musica. Dal testamento di Heiligen-

stadt il 6 ottobre 1802 "[...] tali esperienze mi portano sull'orlo della disperazione e poco è mancato che non ponessi fine alla mia vita. La mia arte, soltanto essa mi ha trattenuto. Ah, mi sembrava impossibile abbandonare questo mondo, prima di aver creato tutte quelle opere che sentivo l'imperioso bisogno di comporre; e così ho trascinato avanti questa misera esistenza [...]".

Ridusse le sue esibizioni al pianoforte parallelamente al peggiorare della sordità; il grande violinista Louis Spohr assistette alla prova del Trio in re maggiore a casa di Beethoven e, nella sua autobiografia, la descrisse in termini precisi e circostanziati che dimostrarono esattamente le condizioni del compositore: "[...]. Non fu un'esperienza piacevole. Innanzitutto, il pianofor-

te era terribilmente scordato - ma questo in fin dei conti non disturbava Beethoven, dal momento che non poteva sentirlo. Inoltre, della brillante tecnica un tempo così ammirata, era rimasto poco o niente. Nei passaggi da suonare forte il povero sordo martellava i tasti, pasticciando interi gruppi di note. Se non si seguiva la partitura, si perdeva tutto il senso della melodia. Ero profondamente toccato dalla tragedia di tutto ciò - la malinconia di Beethoven non era un mistero per me [...]".

La scienza medica non è ancora riuscita ad esprimere il verdetto finale sulla causa della sordità di Beethoven; il mondo medico è diviso tra due ipotesi: danno diretto al nervo acustico o l'otosclerosi, cioè l'ispessimento, la fissazione degli ossicini che sono le tre ossa che conducono il suono attraverso l'orecchio medio. Il referto dell'autopsia descrive in dettaglio l'orecchio e il cervello di Beethoven ma, sorprendentemente, gli ossicini non vengono menzionati. Johann Wagner, il medico che fece l'autopsia, mise da parte gli ossicini e la parte petrosa delle ossa temporali per esaminarli successivamente, ma le ossa andaro-

no perse. Il corpo di Beethoven venne esumato due volte, nel 1863 e nel 1888, ma non si trovarono le ossa mancanti.

Quando Beethoven lasciò Bonn per Vienna, nel 1792, era ormai un musicista e un abile pianista, molto ricercato nei salotti; Czerny descriveva con entusiasmo le sue “esecuzioni titaniche” e giustificava la frequente rottura delle corde durante i concerti come l’inevitabile conseguenza del fatto che il compositore chiedeva ai primitivi pianoforti dell’epoca assai più di quanto essi non potessero dare. A quell’epoca, inoltre, Ludwig curava molto il suo aspetto, si vestiva con ricercatezza e si sforzava di acquisire le buone maniere; sebbene fosse piccolo (circa 165 centimetri) e di carnagione scura, con la pelle del viso leggermente rovinata, non era affatto considerato poco attraente e negli ambienti altolocati veniva invitato frequentemente.

La sua vita, quando il successo sembrava assicurato, fu resa infelice anche da crisi di dolori addominali; dal primo apparire di questi disturbi, l’aspetto fisico di Beethoven iniziò a cambiare. Il disturbo intestinale al quale alludeva con il termine di “colica” gli causava

forti dolori al centro dell’addome; il 29 giugno 1801 a Vienna scrisse a Franz Gerhard Wegeler “[...] quest’inverno sono stato veramente malissimo; ho avuto delle coliche davvero terribili e sono ricaduto completamente nel mio stato precedente [...]”. Il compositore aveva 31 anni; Ludwig cominciò a isolarsi e a bere molto per lenire i suoi dolori addominali secondo quanto scrisse nel testamento del 1802.

Thayer, uno dei biografi di Beethoven, ebbe il forte sospetto che la causa dei problemi fisici del grande maestro fosse l’alcol; incominciò pertanto ad annotare il costo degli acquisti di vino e constatò un consumo di alcool decisamente abnorme.

Andreas Wawruch, che visitò il compositore durante la sua ultima malattia, scrisse, in data 20 maggio 1827, che Beethoven cominciò a bere per controllare i dolori addominali intorno ai trent’anni; Ludwig consumava da 1 a 3 litri di vino al giorno, prediligendo un vino ungherese di bassa qualità dal sapore dolciastro e fresco. Negli ultimi anni il dottor Giovanni Malfatti, amico del compositore, lo visitò prescrivendogli un punch alcolico ghiacciato per poter dormire; incoraggiato dagli effetti del punch, Beethoven ne consumò grandi quantità e così facendo la sua insufficienza epatica si trasformò in cirrosi. Anche la corrispondenza del grande compositore è ricca



di allusioni al piacere e al sollievo che gli fornisce il vino. Scrisse al barone Johan Pasqualati in quella che sarà una delle sue ultime lettere, datata marzo 1827 “[...] Come posso ringraziarti abbastanza per questo eccellente champagne; come mi ha ripristinato e come mi ripristinerà di nuovo! [...]”.

Studi storici e tossicologici hanno evidenziato che il vino da lui bevuto conteneva elevate quantità di piombo, metallo illegal-



mente aggiunto nell’ottocento a vini di bassa qualità per migliorarne il sapore e la freschezza. Schindler, nella biografia dedicata al compositore, scrisse “[...] Tra i vini preferiva la varietà ungherese Ofen. Purtroppo gli piaceva tantissimo il vino adulterato, che danneggiò il suo intestino debole. In questo caso non servì a niente metterlo in guardia. Il nostro maestro amava anche un buon bicchiere di birra alla sera [...] E anche nei suoi ultimi anni visitava le osterie e i caffè”.

Si può pertanto ipotizzare un’intossicazione cronica da piombo, secondaria al protratto e massivo consumo di vino contaminato. In linea con questa ipotesi, esami condotti sui capelli e sulle ossa del compositore hanno documentato elevatissimi

livelli di piombo; è segnalato che una delle possibili complicanze dell’intossicazione da piombo è la progressiva atrofia dei nervi acustici e dall’autopsia di Beethoven i patologi riportarono un inusuale sottigliezza di questi nervi.

Il team di Michael Stevens (University of Utah) scrive “[...] Sebbene il piombo possa provenire da molte fonti esterne, inclusi piatti, fiaschette di vino, cristalli di piombo e acqua termale, riteniamo che, nel caso di Beethoven, la fonte più probabile sia vino [...]... è risaputo che a quel tempo il piombo veniva aggiunto illegalmente ai vini economici per esaltarne il sapore. Beethoven apprezzava particolarmente vini adulterati provenienti dall’Ungheria [...]”. I ricercatori americani affermano che l’avvelenamento da piombo potrebbe essere la causa di danni ai suoi nervi uditivi e quindi della sua sordità, e questo avvelenamento da piombo potrebbe spiegare molti dei suoi sintomi: i suoi disturbi dell’umore, i danni al fegato, ai reni, gli attacchi di dolore addominale. Questa tesi è sostenuta anche da Bucella dell’Université Libre de Bruxelles.

Ludwig ebbe un attacco di epa-

tite, quasi fatale, sette anni prima della sua morte. Nonostante il consiglio dei medici, non ridusse la quantità di alcool, soffrendo successivamente di ricorrenti attacchi di dolori addominali, periodici episodi di epatite e di ittero, manifestando una pancreatite cronica confermata, successivamente, dall'autopsia. Il carattere scontroso, difficile, rese arduo ai medici somministrargli una cura idonea al suo grave stato di salute.

Nel novembre del 1826 il musicista era ormai diventato preda della malattia che lo avrebbe condotto alla morte; debole e inappetente con il ventre dilatato dal liquido che si raccoglieva nell'addome come conseguenza dell'insufficienza epatica continuò, ugualmente, a comporre, spesso all'aperto anche con il cattivo tempo.

Le sue condizioni continuarono a deteriorarsi, con la comparsa di tosse e febbre. Egli temendo l'incombere di una malattia seria, decise di tornare a Vienna sotto la pioggia e ciò gli procurò una malattia molto simile alla polmonite.

Egli decise di consultare Andreas Wawruch non interrompendo la sua costante attenzione per la composizione, forse per esorcizzare il suo profondo male fisico e psicologico. Alla terza settimana, Wawruch consigliò l'asportazione del liquido in addome con paracentesi; durante l'intervento gli tolsero quindici litri di liquido color paglierino e come conseguenza dell'operazione una grave infezione si sviluppò nel punto della ferita; dall'autopsia successivamente apparve chiaro che il trattamento produsse una piccola peritonite. L'aspirazione del fluido si dimostrò solo un palliativo che non avrebbe potuto mutare il corso progressivo della malattia; vennero eseguite altre tre operazioni, con la seconda si aspirarono altri ventidue litri di liquido. A seguito di questi interventi piuttosto invasivi,



Tomba di Beethoven

Beethoven diventò sempre più inappetente ed emaciato. Il deterioramento continuò più lento nei tre mesi successivi. Il 24 marzo 1827 ricevette l'estrema unzione. Poche ore dopo aver ricevuto gli ultimi sacramenti entrò in coma, il suo respiro divenne sempre più faticoso. Il 26 marzo fu un giorno tempestoso. Alle sei del pomeriggio, durante un furioso temporale, il Maestro fu risvegliato improvvisamente da un tuono, si mise ad agitare con violenza il pugno contro il cielo, quasi come una sfida con-

tro il Fato, ricadendo esanime sui cuscini.

Il grande compositore morì a 56 anni. Fu chiesta un'autopsia e di questa si occuparono i due più illustri patologi viennesi dell'epoca, Johann Wagner e il giovane assistente Karl von Rokitansky. Dal verbale dell'esame autoptico, si apprese che Beethoven morì per le complicanze di una cirrosi epatica, la cui eziologia fu con ogni probabilità alcolica; l'addome conteneva abbondante liquido torbido, probabile conseguenza della peritonite causata dalle numerose paracentesi eseguite per alleviare i sintomi di Ludwig; la milza era ingrandita e dura, esito dell'ipertensione portale, i reni tempesta-

ti di ascessi e il pancreas fibroso con dotti dilatati, esiti di una verosimile pancreatite cronica su base alcolica.

I funerali di Beethoven, come quelli di Chopin, diventarono un importante ed indimenticabile evento pubblico. Le cronache del tempo riferiscono di una massiccia partecipazione di diecimila persone. I viennesi lo amavano profondamente ed erano consapevoli di aver perso un genio della musica. Franz Schubert, tra i più convinti ed affezionati ammiratori di Beethoven, fu uno dei trentasei eletti che ressero le fiaccole ai funerali. Dopo gli imponenti funerali Schubert si riunì, con gli amici musicisti in un famoso ristorante viennese, al fine di omag-

giare il compositore scomparso. Schubert in tale occasione alzò il bicchiere esclamando "Alla memoria del nostro immortale Beethoven!", poi dopo aver riempito nuovamente il suo bicchiere esclamò: "Bene, e ora brindo a colui che tra noi seguirà per primo il nostro Beethoven". Fu l'infausta profezia della sua immatura scomparsa.

Il corpo di Beethoven riposa nel cimitero viennese di Währing avendo accanto la tomba di Schubert. Eternamente gli uomini continueranno ad ascoltare la loro musica come un "Inno alla gioia" e si uniranno nella preghiera dell'"Ave Maria".

Due capolavori di rara bellezza e di inarrivabile sintesi musicale.

tra i libri ricevuti



“

Fausto Rovelli, un pioniere della cardiologia

Scrivere di Fausto Rovelli, fondatore a Milano e con Vittorio Puddu a Roma della Cardiologia Ospedaliera Italiana, ricordare le sue molte iniziative, dal Dipartimento Cardiologico al Niguarda ai Corsi di Aggiornamento di ogni autunno, l'appuntamento di noi tutti, e ancora dalla fondazione del Giornale Italiano di Cardiologia ai suoi contributi nell'ANMCO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri), fino allo Studio GISSI sulla trombolisi contro l'infarto, primo al mondo, rimembrare tutto ciò "dir non è mestieri", per usare un'espressione di Dante. Sono medaglie che il Prof. Rovelli si è conquistato sul campo e che tutti i cardiologi italiani e internazionali conoscono. Ciò che invece non tutti hanno conosciuto è il personaggio come uomo, la sua disponibilità verso ognuno e infine il carisma, che gli è stato attribuito unanimemente, senza riserve, egli quasi scansandolo per la sua innata modestia e timidezza. Ci ha lasciato a 102 anni, presente con tutti i suoi privilegiati neuroni, tranne quelli per leggere, che purtroppo hanno allontanato negli ultimi anni il mio personale rapporto attraverso il computer e gli scritti che ci si scambiava. Quando ci incontravamo ai congressi era una festa e si riandava volentieri ai ricordi personali, che erano molti e graditi, tranne uno. Fu ai tempi in cui pareva che tra le due Società cardiologiche, quella Universitaria e l'Ospedaliera, per anni divise da rispettosi rancori, si fosse raggiunta finalmente una prospettiva di unificazione. Rovelli era in predicato per la nomina a Presidente della SIC (prevalentemente universitaria), tutto era già stato concordato sulla parola, ma alla votazione segreta del Consiglio risultò eletto un "anonimo" piemontese. Eravamo presenti il sottoscritto e Federico Marsico quando vedemmo Fausto, pallido in volto, alzarsi, lasciare al silenzio ogni commento e andare al treno del ritorno. Quella sorpresa, che a un Andreotti non avrebbe mosso nemmeno un muscolo facciale, per lui fu il crollo di un mondo. Fatto di amicizie sincere, di collaborazioni e di empatie. Fausto Rovelli non aveva scoperto la penicillina, ma con la sua preparazione sul campo, l'onestà intellettuale e la capacità organizzativa aveva conseguito un "Nobel", idealmente riconosciutogli per il contributo e l'impegno nel dare alla Cardiologia Italiana, proprio nel

momento in cui nascevano le nuove tecnologie diagnostiche e le meravigliose terapie, la dignità di una nuova specializzazione, capace di generare passioni di studio e di ricerca, nonché le successive sottospecialità. È sempre difficile fare confronti con altri nobili eventi della Medicina perché ogni realtà ha in sé situazioni diverse e personaggi con storie di propria genialità, ma per la mia esperienza privilegiata nell'averla vissuta, sento di poter avvicinare Fausto Rovelli a Ignacio Chavez, il cardiologo che nel suo paese, il Messico, fondò la Cardiologia, ma soprattutto mostrò a tutti come le realizzazioni all'inizio impossibili possono sorgere e svilupparsi quando l'io di chi le vuole e le persegue si cancella nell'interesse degli altri.

Eligio Piccolo

”



Prof. Fausto Rovelli

LA VIGNETTA DI CIP

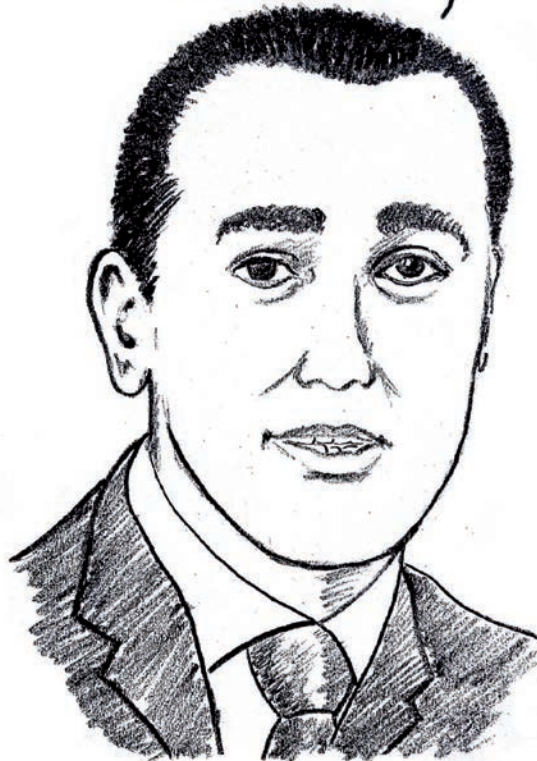


di Giovanni Ciprotti

MINISTRO DI MAIO, CHE EFFETTO LE HA
FATTO LA NOTIZIA DEI DUE SENATORI M5S
POSITIVI AL COVID?



UNA VERA SORPRESA!
CREDEVO CHE L'IMMUNITA'
PARLAMENTARE PROTEGGESSE
ANCHE DAL COVID)



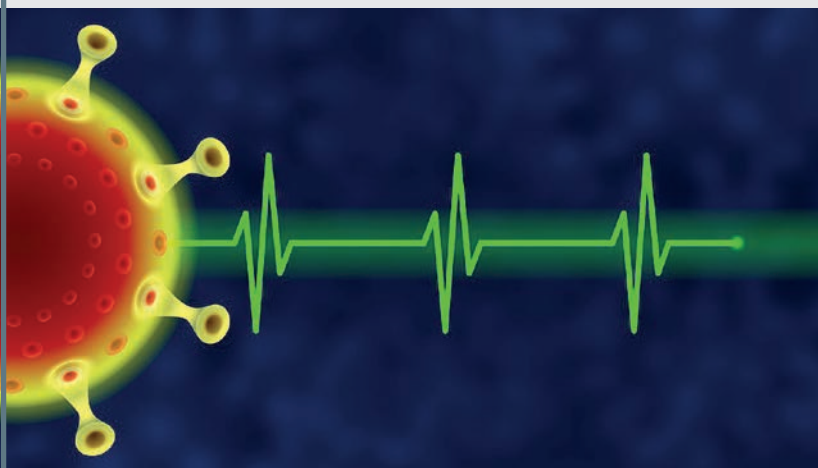
G. 2020



Gianni Casella intervista Giuseppe di Pasquale



Una rete per l'infarto più forte del Covid. I dati dell'Emilia-Romagna nella prima fase della pandemia



L'esplosione della pandemia COVID-19 ha imposto una pesante riorganizzazione del sistema sanitario e della rete ospedaliera, con conseguenti ripercussioni per la gestione delle malattie non COVID-19. Fin dai primi mesi della pandemia, vi sono state molteplici evidenze che segnalavano una significativa riduzione degli accessi in ospedale per patologie quali l'infarto miocardico, lo scompenso cardiaco, la chirurgia d'urgenza e in alcuni casi anche diabete e tumori. Alcuni lavori, provenienti anche da centri italiani, segnalavano una maggiore difficoltà nella gestione dei pazienti ospedalizzati per malattie non COVID-19, come ad esempio l'infarto miocardico acuto, con segnali poco incoraggianti per un significativo incremento di mortalità intra-ospedaliera.

Campo et al. hanno appena pubblicato sulla rivista *The Lancet Regional Health Europe* uno studio, promosso dalla regione Emilia Romagna, il quale fa luce sulla gestio-

ne dell'infarto durante la prima ondata della pandemia COVID-19 nella Regione con risultati molto interessanti.

Lo studio AMI-Co attraverso l'analisi dei dati amministrativi ha confrontato epidemiologia, gestione intra-ospedaliera ed esiti dei pazienti con infarto miocardico acuto nei mesi di febbraio-maggio 2020, rispetto ai mesi corrispondenti dei tre anni precedenti.

L'allarmante riduzione dei ricoveri per infarto, fino al 40-50%, segnalato in molti Paesi nei mesi più critici della pandemia COVID-19, nella regione Emilia Romagna è stata più contenuta, dell'ordine del 20%. I ricoveri per infarto sono diminuiti dal 22 febbraio 2020 (IRR -19.5%, 95%IC da -8.4% a -29.3%, $p=0.001$), ma ancora di più dal 5 marzo 2020 (IRR -21.6%, 95%IC da -9.0% a -32.5%, $p=0.001$). Il ritorno al volume di ricoveri per infarto del periodo pre-COVID-19 è stato osservato a partire dal 13 maggio 2020 (IRR 34.3%, 95%IC 20.0%-50.2%, $p<0.001$). Tra le possibili spiegazioni per questo ridotto accesso in ospedale è sicuramente predominante l'esitazione dei pazienti a recarvisi per paura del contagio.

Altra buona notizia che emerge dallo studio regionale dell'Emilia Romagna è rappresentata dalla mortalità intra-ospedaliera dei pazienti colpiti da infarto che è risultata del tutto sovrapponibile all'attesa in base alle serie storiche degli anni 2017-2019 (rapporto osservato/atteso pari a 0.96, 95%IC 0.84-1.08). Questo è dovuto al fatto che la rimodulazione temporanea della rete ospedaliera regionale non ha interferito con la piena operatività delle Unità Coronariche e dei laboratori di emodinamica H24 per il trattamento delle patologie tempo-dipendenti. Durante la prima ondata Covid-19, pochi pazienti con infarto sono risultati positivi alla SARS-CoV-2 (1.5%), ma quei pochi hanno purtroppo mostrato una mortalità a 30 giorni quasi 4 volte superiore a quella dei pazienti negativi per SARS-CoV-2.

Contestualmente, lo studio AMI-Co ha evidenziato un aumento della mortalità cardiaca extra-ospedaliera del 17% (rapporto osservati/attesi 1.17, 95%CI 1.08-1.27) nel primo semestre 2020. Il picco dei decessi è stato raggiunto in Aprile (rapporto osservati/attesi 1.62, 95%CI 1.32-1.98). Questi dati sono in linea con quelli ISTAT nazionali e l'eccesso di mortalità può essere legato non tanto ad una ridotta performance della rete dello STEMI, quanto piuttosto ad altri "effetti collaterali" della pandemia COVID-19 (ridotto accesso dei cittadini in Pronto Soccorso, minore attenzione ai pazienti cronici ecc...).

In conclusione lo studio AMI-Co aggiunge all'ampia letteratura pubblicata durante l'emergenza COVID alcuni spunti decisamente peculiari. Prima di tutto lo studio è unico nel suo genere perché raccoglie i dati omogenei di un'intera regione, dotata di una Rete per l'Infarto Miocardico Acuto che data dal 2003, ben roduta ed efficiente, con percorsi di cura standardizzati e dati completi che tracciano l'intero percorso di gestione della patologia infartuale.

In secondo luogo lo studio, pur avendo registrato anche in Emilia-Romagna, un numero ridotto di accessi in ospedale per infarto miocardico acuto nel picco della pandemia, ha evidenziato una riduzione inferiore rispetto a quella osservata in altri centri o in altre nazioni. Inoltre la rete, pur adattandosi all'emergenza pandemica, che ha richiesto in più zone di reindirizzare la missione di alcuni ospedali o di rivedere i percorsi

dei pazienti con infarto, ha dimostrato che il trattamento di questi pazienti è rimasto immutato (in nessun caso si è ricorso alla trombolisi in alternativa all'angioplastica primaria) e i risultati sono stati del tutto simili a quelli osservati negli anni precedenti. Tuttavia l'osservazione di un significativo incremento della mor-

talità cardiaca extra-ospedaliera durante questa prima ondata della pandemia, suggerisce la necessità di nuove risposte (potenziamento di una rete efficiente di cure primarie, implementazione della telemedicina per il controllo dei pazienti cronici, campagne mediatiche sulla popolazione, etc.) per ridurre questo effetto collaterale negativo della pandemia. Sicuramente lo studio della seconda o della terza ondata – dove le caratteristiche del lock-down, la riorganizzazione ospedaliera e territoriale e l'informazione dei media sono state diverse – potrebbero chiarire quale tra i diversi provvedimenti attuati può essere più efficace.

“

Chi va piano... va incontro alla morte

Uno studio, pubblicato qualche tempo fa sull'European Heart Journal, ha mostrato come la velocità della propria camminata possa predire il futuro rischio di morte per problemi cardiovascolari. I risultati contraddicono clamorosamente il noto adagio secondo cui “chi va piano, va sano e va lontano”. Nella ricerca, condotta dall'Università di Leicester, 420mila persone, con età media di 56 anni e in apparente buona salute, sono state suddivise in 3 gruppi a seconda che riferissero di camminare con un'andatura lenta, normale o veloce. Al termine dei 6 anni di analisi, 1.650 di questi soggetti erano deceduti per problemi cardiaci. I “camminatori lenti”, indipendentemente dal sesso e dai potenziali fattori confondenti, hanno presentato un rischio di morte cardiaca 2,4 volte maggiore dei “camminatori veloci”. Lo studio non permette di evincere se l'aumentato rischio provenga direttamente dall'andatura lenta, a sua volta possibile indicazione di scarso allenamento fisico, o se tale andatura non fosse altro che una spia di problemi già latenti. Ciò nonostante appare verosimile che proprio le “lumache” potrebbero derivare i massimi benefici da interventi mirati ad aumentare l'attività fisica.



F.S.

”

Lettere a Cuore e Salute

DOMANDA

Fibrillazione atriale

Cari amici, ho 65 anni, non ho mai sofferto di cuore, sono un po' sovrappeso e non faccio molto moto, come voi raccomandate. Gli esami di qualche anno fa non davano preoccupazione al mio medico. Recentemente ho avuto un'influenza con bronchite, che mi ha dato qualche preoccupazione sul Covid-19, fortunatamente escluso. Tuttavia da allora, da circa tre mesi, mi sono accorto di non avere il fiato di prima, specie nel fare le scale, sento palpitazioni e al PS mi hanno riscontrato una fibrillazione atriale, mi hanno detto senza segni di malattia grave di cuore. La pressione è normale, però il polso è sempre sul frequente, oltre i cento. Mi è stato riferito di non preoccuparmi, alla mia età ciò accade spesso, mi hanno prescritto un anticoagulante e altri farmaci per ridurre la frequenza. Il cardiologo ha confermato il tutto ma con l'ecocardiogramma ha visto che la funzione non è al meglio e ha detto che la FE è di 40, mentre dovrebbe superare i 50. Vi interpello non perché non mi fidi dei bravi medici che mi hanno rivoltato come un calzino, ma perché alle mie preoccupazioni sul futuro non sono stati molto dialoganti. Vi chiedo se la cosa è grave e quanto mi devo preoccupare. Cordiali saluti.

Dario L., Roma

RISPOSTA

Gentile Sig. Dario,

Le confermo che Lei è stato valutato in modo impeccabile, secondo i criteri delle linee-guida internazionali. Purtroppo i medici operanti oggi sono così pressati dalla routine da non avere il tempo di spiegare tanti perché che assillano il malato. Tenga presente poi che il malato, se non è egli stesso medico, avrebbe bisogno di un corso di lezioni per capire ciò che gli succede. Come le hanno detto, la fibrillazione atriale è un'aritmia frequente dopo i 60, è facilitata da molti fattori, compreso il suo sovrappeso e la scarsa attività fisica, non è certo una malattia ad alto rischio, purché si seguano alcune prescrizioni di terapia e di prevenzione. Corretto quindi l'anticoagulante prescritto, che la mette al riparo da certi coaguli, che si possono formare negli atri "paralizzati" e che se vengono proiettati in altri organi, come il cervello, sono guai. Corretta anche la terapia per mantenere la frequenza del polso sotto gli 80 per minuto, mediante farmaci beta-bloccanti, calcio-antagonisti e la digitale a basso dosaggio, perché una frequenza sopra i 100 a lungo andare può provocare un'insufficienza cardiaca. Tutto ciò nel caso che il cardiologo abbia deciso di seguire la condotta che gli inglesi definiscono "rate control", ossia "controllo della frequenza" quando non sia possibile ottenere la conversione della fibrillazione al precedente ritmo normale o prevenirla, definita invece "rhythm control", della quale lei non ha fatto cenno ma che certamente il suo cardiologo ha considerato e per la quale ci sono altre direttive terapeutiche. Con i migliori auguri e saluti.

Eligio Piccolo



DOMANDA

Faccio chemioterapia, sospendo la statina?

Mia moglie, ipercolesterolemica in terapia con le statine, ha recentemente scoperto un tumore al seno. Poiché è sottoposta a cicli di chemioterapia vorrebbe ridurre il numero di medicine assunte e sta quindi pensando di sospendere la statina.

A vostro giudizio è corretto farlo?

Salvatore L., Palermo



RISPOSTA

Gentile Sig. Salvatore, sconsiglio risolutamente sua moglie di attuare quanto ha in mente. È infatti ampiamente dimostrato che la sospensione delle statine aumenta il rischio di eventi cardiovascolari. Inoltre, studi recenti suggeriscono che le donne in terapia statinica, che si sottopongono a chemioterapia per neoplasie mammarie, presentano una minore incidenza di scompenso cardiaco. Lo studio più importante al riguardo è stato recentemente pubblicato sul Journal of the American Heart Association ed ha incluso circa 2.500 donne di età superiore ai 65 anni, trattate con antracicline o con l'anticorpo monoclonale trastuzumab. Chi assumeva una statina (rosuvastatina o atorvastatina) presentava a 5 anni una minore probabilità di comparsa di scompenso, rispetto a chi non ne faceva uso (1,2% versus 2,9% dopo antracicline e 2,7% versus 3,7% dopo trastuzumab). I dati presentati, provenienti da uno studio osservazionale e non randomizzato, non hanno abbastanza forza per giustificare la prescrizione di una statina a tutte le donne in chemioterapia dopo neoplasia mammaria ma certo sono sufficienti per evitarne la sospensione, sia che essa sia motivata dal timore delle interazioni coi chemioterapici che dalla voglia di ridurre il numero dei farmaci assunti. Cordiali saluti.

Filippo Stazi

Non ti scordar di me

È un fiorellino diffuso in ogni parte del mondo, semplice e azzurro come il cielo, legato agli innamorati felici o meno; ed è il tema di una bella canzone interpretata da tutti i grandi, da Mina a Villa e Pavarotti. Si coltiva con poco, senza però scordare il concime, specie le feci mature che uomini e animali espellono ogni giorno come un rifiuto. Ma che per quei fiori sono invece la componente essenziale di un ciclo, nel quale interriamo un cattivo odore e risorge un profumo. L'inverso dell'evoluzione precedente, quando il cibo fragrante e accogliente sulla tavola imbandita dopo lungo processo digestivo finisce in escremento, nel rifiuto appunto. Quello di cui l'uomo in giacca e cravatta e la donna scollata e gioiellata si riguardano di parlarne o di darvi un concetto, e anche quando lo devono dire gli viene come dispregiativo. Mentre il medico, lo scienziato, lo ha finalmente rivalutato, alla stregua di un ciclo naturale e tanto per co-



Mina

minciare gli ha cambiato nome: microbiota. Un po' rodomontico se vogliamo, ma che nell'etimo comprende sia il valore della sua componente microscopica in batteri più o meno utili al nostro metabolismo che è quello di proprietà biologiche, oggi pure di moda.

Il microbiota o microbioma è infatti composto prevalentemente da microrganismi, i quali finché si trovano nell'intestino hanno funzioni benefiche o nocive secondo le loro proprietà, a sua volta derivate dal tipo di alimentazione o di farmaci eventuali. Gli esperti lo considerano un vero organo, come tutto ciò che è dentro di noi, capace di regolare od ostacolare il metabolismo, di modulare il sistema immunitario, di sintetizzare alcune vitamine e di favorire o meno la peristalsi intestinale, l'attività che regolarizza il nostro quotidiano. Alcuni ne propongono addirittura il trapianto, ma di feci sane, nell'intestino di chi le ha insane e guastatrici, una nuova terapia che ha superato la ripugnanza. Il tutto dopo aver valutato che i batteri componenti i diversi microbioma siano, come ho detto, benefici o nocivi, a loro volta condizionati dall'assunzione di sostan-



Non ti scordar di me

ze favorevoli come lo yogurt o disturbanti come certi antibiotici, ma soprattutto dal tipo di alimentazione.

Ancora una volta è risultata positiva la dieta vegetale o mediterranea, negativa quella carnea, eccessivamente proteica e con grassi animali. L'uomo è certamente onnivoro, mangia di tutto, vegetali, carne e pesce, ma nella risposta sembra soggiacere in qualche modo a ciò che vediamo negli animali: i carnivori aggressivi, selvatici e raramente domesticabili, i vegetariani invece pacifici e irregimentabili; un insieme che fa pensare al famoso detto iscritto sulle case coloniche di tempi epurati: "vivere un giorno da leone o cento anni da pecora".

La formazione del microbioma nel nostro intestino si accompagna a molti processi digestivi e metabolici di decomposizione e di assorbimento, tra i quali anche la fermentazione di certi componenti alimentari con la formazione di gas, calcolata dai 400 ai 1600 centimetri cubi nelle 24 ore. I quali dovrebbero essere eliminati al bisogno, se non fossimo spesso trattenuti dalle circostanze. La mancata liberazione ha causato in molte persone stipsi ostinate e patologie, poiché la peristalsi che accompagna la liberazione dei gas e quella finale del microbioma, se non attuata costringe adattamenti anomali dell'intestino, con sintomi spiacevoli e dilatazioni, in pas-



stesso termine di Dante nel XXI canto dell'Inferno, e con il quale si vuol far rilevare l'importanza della peristalsi intestinale per una buona fisiologia quotidiana: "tromba di c... sanità di corpo".

Queste conclusioni di origine empiristica, sia quella del chirurgo che opera le patologie addominali che quelle schiette della saggezza contadina, entrambe tutto sommato ippocratiche, non sono facili da verificare e di dar loro dimensioni

sato definiti impropriamente coliti. L'infiammazione infatti non c'entra per nulla, ad esempio, con la supposta intolleranza o allergia ai legumi, riferita da chi vuole evitare l'imbarazzo e si giustifica con i compagni del desco, mentre i fagioli, poveri ma di nobile e antico lignaggio americano, rimangono un piatto ottimo e sano, inconsapevolmente gasogeno.

Il medico internista spesso sorvola su questi disturbi, così imbarazzanti da dettagliare durante la visita, mentre non è così per il chirurgo addominale, che dopo un intervento su quelle frattaglie si preoccupa della "ricanalizzazione" e chiede per prima cosa all'operato se ha espulso aria. Anche nella saggezza del Veneto antico si mormora con discrezione e sottovoce un adagio che, per renderlo più accettabile, usa lo

statistiche nell'intento di organizzare una ricerca scientifica di tipo epidemiologico, tanto per la scabrosità dell'argomento quanto per le variabilità individuali, comprese le differenti diete nelle varie popolazioni. I ricercatori però non si arrendono mai e puntualmente su Nature Medicine (gennaio 2021) un gruppo di varie Università europee e nordamericane ha studiato e seguito nel tempo quasi 1.100 soggetti secondo la loro dieta, le caratteristiche del microbioma e dei corrispondenti marcatori metabolici nel sangue. Osservando, in una sintesi comprensibile al grosso pubblico, che una dieta composta di cibi sani e vegetali aveva maggiori probabilità di livelli elevati dei microbi intestinali specifici, quelli associati a un minor rischio di malattie cardiovascolari, di obesità e di diabete. E ancora, secondo uno studio dell'Università cinese di Hong Kong (Gut, 2020), capeggiato da Yun Kit Yeoh, il microbioma influenzerebbe anche la risposta immunitaria al Covid-19. Scusate se è poco.

Sono considerazioni certamente autorevoli perché discendono da numerosi studi a partire dai primi anni 2000 e oggi avvallate e firmate dagli esperti delle Università di Trento, Milano, Londra, Madrid, New York, Boston e Hong Kong, secondo le quali si rende opportuna finalmente una maggiore attenzione dei medici e del pubblico in generale nei confronti dell'eterno rapporto dieta-microbioma-marcatori ematici-normalità o patologie digestive. In una concatenazione di cicli, tutti degni di attenzione, dal cibo che ingeriamo al microbioma conclusivo. E al fiore che ce li rimembra: il "non ti scordar di me, la vita mia legata a te".



di **Stefano Spagnulo***

*Biologo Nutrizionista, Laboratorista e Ambientale. Centro Cardiologico F. Spirito di Galatone (LE)

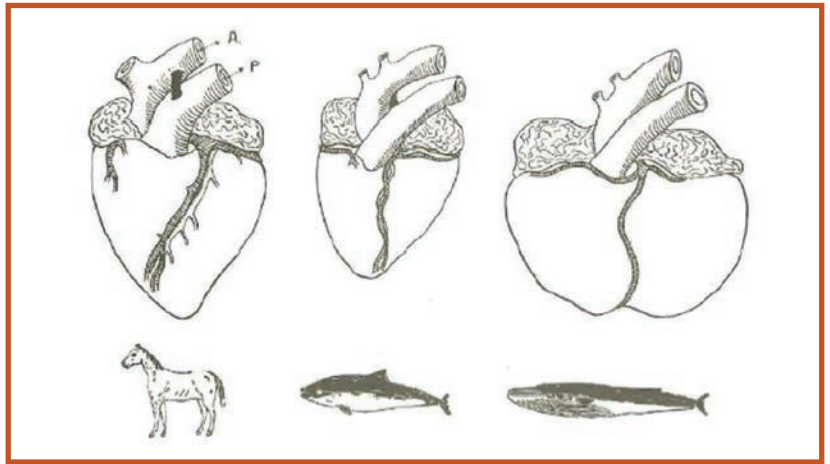
Un grande cuore per un'alimentazione sostenibile

Ero in vantaggio e l'acqua delle coste californiane, quel giorno era limpida e cristallina. Fred, il mio rivale, era salito lentamente in superficie, ed io dopo tre minuti e mezzo ero ancora lì. Mi chiedevo come mai, nonostante la richiesta di ossigeno, resistevo. Segnalavo dei bip di chiamata. Significava che avevo vinto la gara anche questo weekend. Mi aspettava un bel gruzzoletto. Desideravo raggiungere il record annuale di 4 minuti a 120 m di profondità. In quella costa mai nessuno ci era riuscito. Ero molto concentrato. Ma quella domenica il destino volle che la mia concentrazione fosse distolta da un rumore. Un colpo che si ripeteva ogni 30 secondi. Le acque cominciarono a muoversi e sentivo qualcosa avvicinarsi, diretta verso di me. Una folta nube di gamberetti cominciò a frangermi contro. Sentii un tonfo e per un attimo una privazione di spazio. Come se qualcuno di fronte a me avesse inglobato una imponente massa d'acqua provocandomi una perdita di equilibrio. La luce era quasi assente e riuscivo solo a vedere attraverso il mio infrarosso. Di nuovo un battito dopo trenta secondi. Quindi due in un minuto. Poi la veloce corrente portò il gigante buono a passeggiare su di me ad un metro di distanza. Riuscii a vedere i suoi occhi azzurri, il suo colore celeste e giunto ad un suo preciso tratto del corpo un battito del suo cuore che mi vibrò tutto dentro. Una musica di un canto poi mi accompagnò. Non volevo tornare su ma dovetti farlo. Erano passa-



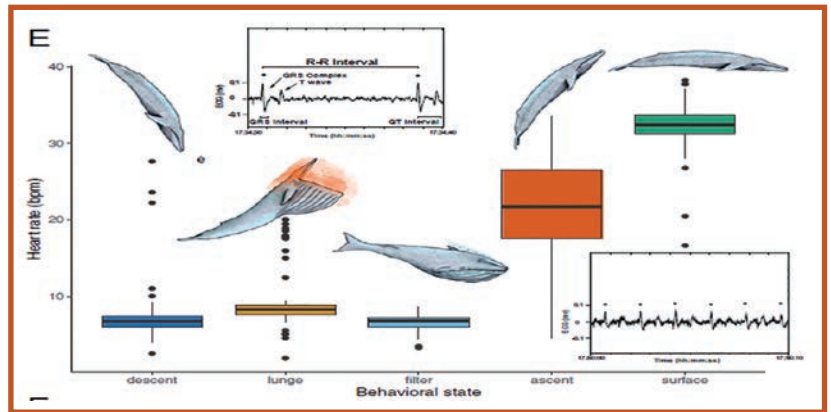
Balenottera azzurra

ti più di quattro minuti e la gente mi guardava come se fossi resuscitato. Quando il mio manager mi chiese cosa fosse accaduto laggiù, io risposi...ho avuto visite da una balenottera azzurra. Risero tutti. Poi presi il mio registratore. Tutti ascoltarono il suo cuore e il suo canto. Tutti ascoltarono il cuore che batte per amore. Le grandi dimensioni della Balenottera azzurra (*Balaenoptera musculus*) hanno sempre affascinato i fisiologi di tutto il mondo. In particolare non è stato mai abbastanza chiaro il paradosso dell'esistenza del rapporto di questa grande mole che richiede importanti esigenze energetiche con bassi tassi metabolici e bassa frequenza cardiaca. Se pensiamo al fabbisogno energetico giornaliero di un atleta, di statura mediamente, di un metro e settanta centimetri, con una massa muscolare imponente, che svolge circa 8 ore di attività fisica pesante, possiamo raggiungere circa 3000 Kcal al giorno di fabbisogno energetico giornaliero. Tale individuo peserà circa 85,5 Kg di cui 18 di massa muscolare attiva. Ponendo i dovuti calcoli e non tenendo conto di tale muscolo, l'individuo risulterebbe al limite del normopeso.



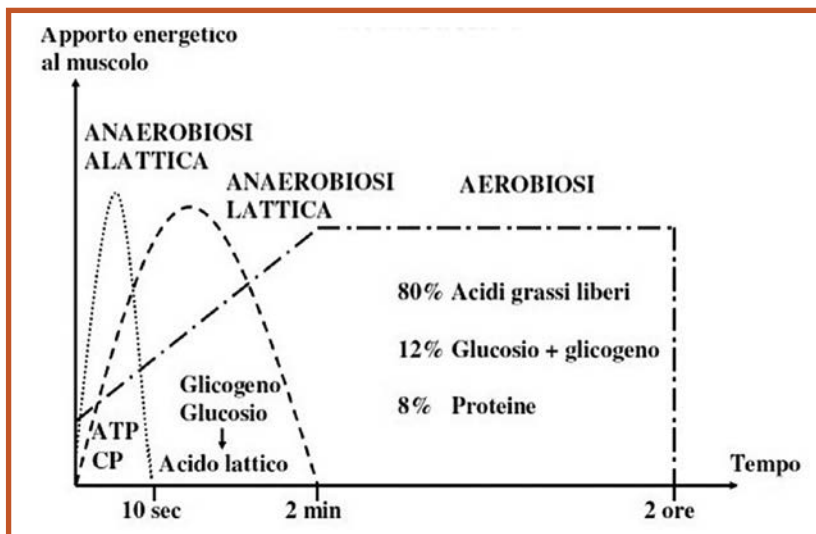
Se parliamo di un animale come la Balenottera azzurra incontriamo dei pesi massimi a dir poco! Una lunghezza di 27 metri per 120 tonnellate. Non servirebbe fare dei calcoli per stabilire che i fabbisogni energetici sono smisurati, eppure, questa specie animale adotta dei sistemi che stupiscono tutti i fisiologi del mondo. Un cuore batte in maniera compensatoria in base alla propria massa corporea e in base a fattori di natura fisiologica (struttura delle membrane delle cellule del cuore, concentrazione degli elettroliti) e condizione fisiopatologica. Ci sono moltissimi animali che vivono in condizioni estreme stupefacenti. Basti pensare alla Pittima minore dell'Australia (*Limosa lapponica*) che copre distanze di volo di 11.500 Km senza mai fermarsi, salvo il passaggio di qualche grande imbarcazione, oppure di qualche tronco d'albero perduto da saltuari navi mercantili. Basti pensare ai pipistrelli che hanno un consumo energetico estremo, per il numero di battiti di ali svolti durante la notte in fase di foraggiamento a base di zanzare. La balenottera azzurra man mano che scende in profondità per alimentarsi e per risalire ingloba una quantità di acqua e di alimenti grande quanto il suo corpo e nonostante tutto dimostra in profondità, una bradicardia molto particolare. Quindi un cuore gigantesco che batte molto lentamente. Recenti osservazioni del grande organo di questo animale ci hanno stupefatto in quanto potrebbe contenere sino a tre persone e ognuna di queste potrebbe attraversare con facilità gli atri e i ventricoli, nuotando attraverso le arterie. Le balenottere azzurre sono gli animali più grandi conosciuti ad avere abitato il nostro pianeta, in termini di massa. Possono raggiungere grandi lunghezze, pesare tantissimo e, secondo una nuova ricerca, il loro cuore rallenta

periodicamente fino a raggiungere appena due battiti al minuto. Grazie ad un particolare elettrocardiogramma racchiuso in una gabbia con ventose, infatti, un team di ricercatori è riuscito a misurare il battito cardiaco di questo animale. Gli studiosi si sono così accorti che quando il gigante buono si lancia sott'acqua alla ricerca di cibo può abbassare il battito cardiaco anche fino a soli due battiti al minuto.



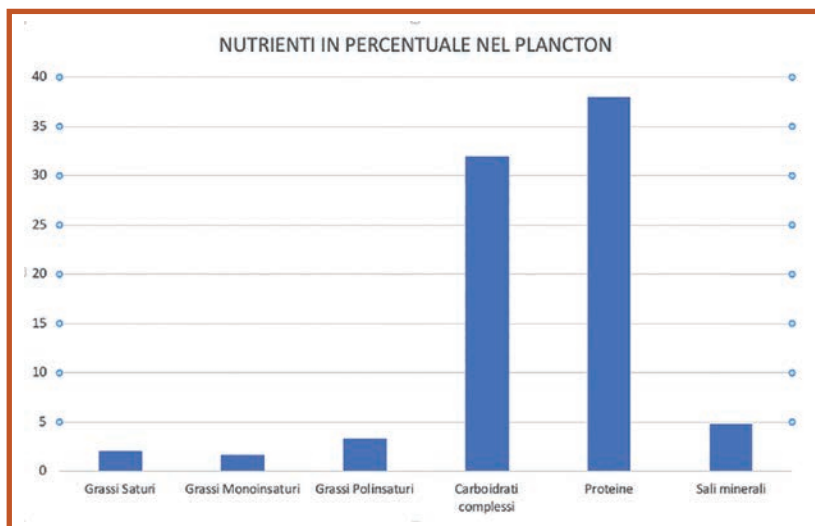
Per la prima volta è stato studiato tutto questo senza disturbare l'animale, ponendo l'elettrocardiografo sul suo corpo, lasciandolo libero di muoversi in natura. È stato determinato che era proprio durante le immersioni che la frequenza cardiaca, già di per sé più bassa rispetto alla maggior parte degli altri animali, si abbassava ancora di più, passando da 26-37 battiti al minuto (quando la balena ritornava in superficie per riprendersi dal suo debito di ossigeno), fino a 2-8 battiti al minuto quando si trovava in immersione. Il trasporto convettivo di ossigeno abbinato alla bassa frequenza cardiaca è un fenomeno che avviene in questi animali per breve durata, spesso quando questi si spingono in profondità per inglobare alimenti. In questa fase a funzionare sono le fibre che consumano il glucosio, chiamate fibre muscolari a contrazione rapida. Durante un affondo, le balene blu accelerano ad alta velocità e riescono ad inghiottire un volume di acqua carica di prede che è quasi più grande del loro corpo. Durante questa fase molto probabilmente si esauri-

scono le riserve totali di ossigeno corporeo. Questo dovrebbe limitare fortemente il tempo di foraggiamento. In più la potenza richiesta per inghiottire grandi volumi d'acqua probabilmente supera di gran lunga la potenza metabolica aerobica. In base all'attività svolta e soprattutto alla sua tempistica il metabolismo del muscolo si veste di differenti substrati.



Necessita di ATP e Fosfocreatina nel momento in cui lo sforzo è di grande intensità ma per brevissima durata. In questo caso siamo in una Anaerobiosi alattica. Nel momento in cui questo processo è a metà strada comincia ad essere avvertita la richiesta di Glicogeno e di conseguenza di Glucosio. Il risultato è produzione di energia e in parte di acido lattico. Siamo entrati nel dominio della Anaerobiosi lattica. Se lo sforzo dura dai due minuti alle 2 ore sono gli acidi grassi, i restanti glucidi e una piccola parte delle proteine ad essere utilizzate. È raro che la balenottera azzurra possa arrivare a questo livello di fase, poiché come abbiamo appena riportato consuma velocemente tutto l'ossigeno in poco tempo. Resta però il fatto che questo animale sin da subito è in grado di utilizzare minime ma progressive risorse di acidi grassi per trarre energia. Da dove li prende? Le balene blu sono predatori molto particolari. La loro ali-

mentazione si basa sul Plancton. Un mix di batteri, protisti, piccoli vegetali e piccoli animali. Cento grammi di Plancton contengono 7% di grassi di cui 2,1 % saturi, 1,6 % monoinsaturi, 3,3 % polinsaturi, 32 % di carboidrati complessi, tracce di zuccheri solubili, 38 % di proteine, 4,8 % di sali minerali. La componente animale fa da padrone in termini di nutrienti ed è rappresentata più comunemente dal Krill.



I dati sulla dieta della balenottera azzurra nelle acque canadesi sono limitati. Il contenuto dello stomaco del periodo della caccia alle balene conferma la forte dipendenza della balenottera azzurra da questi alimenti. Osservazioni sull'alimentazione in superficie e il campionamento delle acque vicine confermano il krill artico (*Thysanoessa raschii*) e il krill settentrionale (*Meganyctiphanes norvegica*) come prede delle balene blu. Gli isotopi stabili della biopsia di 143 balene blu campionati in alcune regioni del pianeta tra il 1995 e il 2009 indicano una dieta primaverile-estiva dominata (in media 70%) dal krill artico, con krill settentrionale e copepodi (*Calanus sp.*) che comprendono in media il 26% e 4% della dieta. Le balenottere azzurre, come le altre balene, impiegano la particolare strategia nota come alimentazione con affondo che consente agli individui di inghiottire e fil-

trare grandi volumi di acqua e prede. Questo porta ad una serie di eventi che includono l'accelerazione del corpo e l'abbassamento della mandibola che, a sua volta, genera una pressione dinamica che espande la cavità buccale. Dato che il volume di acqua inghiottito supera il 100% della massa corporea e riduce drasticamente la velocità di nuoto della balena, quando la sua bocca si apre, appena questa si chiude attiva la contrazione della sacca ventrale permettendo l'espulsione dell'acqua attraverso le placche dei fanoni, con la conseguente ritenzione della preda (una sorta di filtrazione). La biomeccanica di questo comportamento è stata studiata in grande dettaglio nelle balenottere azzurre e in altre grandi balenottere. Quando l'animale ha fame, la discesa verso il fondo avviene con occasioni ripetute di foraggiamento e l'introduzione di grandi quantità di alimenti. Risalendo verso la superficie, espellendo acqua e trattenendo il cibo, emerge. Esegue un nuovo affondo ad una profondità più ridotta con minore introduzione di alimento. Quindi sono i primi foraggiamenti ad essere più concreti in termini quanti-

tativi. La durata dell'immersione nel secondo foraggiamento è più ridotta rispetto al primo. Questo si comprende perché nel primo foraggiamento la balena ha un carico di ossigeno che le permette di andare più a fondo fino a esaurimento delle scorte. Nel secondo affondo non avendo tutte queste riserve riduce i tempi, le profondità e le quantità di alimento introdotte. Il Krill determina importanti benefici al cuore della balena! Il gigantesco cuore si serve degli acidi grassi per funzionare al meglio. Il Krill contiene Colina che regola e rende più efficiente il metabolismo lipidico, regola e normalizza il normale metabolismo di alcuni aminoacidi come l'omocisteina e infine normalizza la funzionalità epatica. La distribuzione di questi composti funzionali è assicurata dalla presenza nelle balene delle cosiddette reti mirabili di vasi sanguiferi nelle quali si vedono arterie e vene ramificarsi in piccoli vasi che per le loro caratteristiche anatomiche (ad esempio la parete relativamente spessa) non possono essere definiti semplici capillari. Le reti mirabili, secondo la definizione di Ask-Upmark (1935) possono essere di tipo arterioso

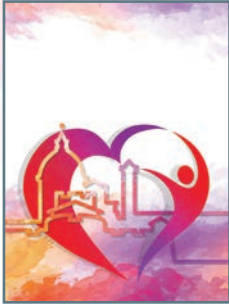
(rete mirabile arteriosa), venoso (rete mirabile venosa) o misto (rete mirabile artero-venosa). Malgrado queste reti siano presenti anche in diversi mammiferi terrestri, in particolare negli ungulati e in special modo nei ruminanti, nei cetacei esse sono talmente sviluppate da essersi guadagnate il nome, se tradotto alla lettera dal latino, di *“reti stupefacenti”*. Le reti sono maggiormente sviluppate nella focena, ma anche il tursiopo dispone di una rete toracica molto sviluppata, anche se non altrettanto spessa; nello zifio invece sono state trovate solo a livello cervicale e fino a metà del torace, mentre nel capodoglio si estendono fino alla zona lombare. Esse si espandono maggiormente nella cassa toracica, in particolare ai due lati della colonna vertebrale e tra le coste, assumendo ad occhio nudo un'apparenza spugnosa, e si continuano sia verso la regione cervicale sia verso la regione lombare (in quest'ultima sede sono comunque meno sviluppate). I centri del respiro dei cetacei agiscono quindi in modo diverso, secondo il *Riflesso d'Immersione* (o *diving reflex*), all'aumentare dei livelli di CO₂ si assiste:

1) ad un rallentamento della

frequenza cardiaca, mediato da un riflesso cardiaco;

- 2) alla diminuzione della gittata cardiaca e costrizione dell'afflusso arterioso diretto alla pelle, ai muscoli, all'apparato digerente e ai reni, con conseguente mantenimento della pressione arteriosa a livello di tali strutture pur avendo una diminuzione dell'apporto sanguigno, il tutto mediato da motoneuroni simpatici;
- 3) allo spostamento di grandi volumi di sangue alle reti mirabili così da garantire un'adeguata ossigenazione degli organi vitali, ovvero encefalo, cuore e circolo bronchiale, che sono quelli più suscettibili alla mancata ossigenazione.

Quindi in conclusione possiamo ammettere che i cetacei sono in grado non solo di far arrivare più aria a livello alveolare, ma di assorbire un livello maggiore di ossigeno e di stoccarlo con maggiore efficienza nel proprio organismo, con quella che di fatto è una massimizzazione dell'efficienza degli apparati respiratorio e circolatorio. Per far questo serve un grande cuore che scandisca i momenti della vita, di risalita e di discesa della stessa per determinare la più antica e diretta medicina del corpo: l'alimentazione.



CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2021

Programma preliminare

XXXVIII Congresso di Cardiologia
del Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus
Firenze, Fortezza da Basso, 7-8-9-10 ottobre 2021

Coordinamento: Francesco Prati

GIOVEDÌ 7 OTTOBRE

I Sessione

Moderatori: Giuseppe Musumeci, *Torino*
Angela Beatrice Scardovi, *Roma*

15.00 **La fibrillazione atriale e nell'insufficienza renale di grado avanzato: esistono soluzioni alternative al warfarin-dicumarolo?**

Roberta Rossini, *Cuneo*

15.15 **Statine ed età. Esiste un limite oltre il quale non andare in prevenzione primaria?**

Gian Piero Perna, *Ancona*

15.30 **La denervazione delle arterie renali: dal trattamento dell'ipertensione resistente alla cura della FA**

Francesco Versaci, *Latina*

15.45 **Discussione**

16.05 - 16.35 LECTURE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF AMYLOIDOSIS

Arnaud Jaccard, *Limoges - Francia*
Introduzione di Eloisa Arbustini, *Pavia*

16.35 **Intervallo**

II Sessione

Moderatori: Carlo Di Mario, *Firenze*
Italo Porto, *Genova*

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

Marco Zimarino, *Chieti*

17.10 **Come ridurre le complicanze della TAVI: trombosi, ICTUS, endocardite, declino cognitivo**

Francesco Saia, *Bologna*

17.25 **Prevenzione della disfunzione ventricolare sinistra da chemioterapici**

Irma Bisceglia, *Roma*

17.40 **Discussione**

18.00-19.00 CASI CLINICI E VOI COSA FARESTE ?

Moderatori: Piera Capranzano, *Catania*
Elisabetta Ricottini, *Roma*

Presentazione e discussione di 4 casi clinici.

VENERDÌ 8 OTTOBRE

8.30 **Saluto ai partecipanti**

III Sessione

Moderatori: Giancarlo Piovaccari, *Rimini*
Corrado Tamburino, *Catania*

8.45 **Malfunzionamento di protesi biologica in sede aortica o mitralica: soluzioni chirurgiche o percutanee**

Ottavio Alfieri, *Milano*

9.00 **Riflessioni dopo lo studio Twilight: una nuova era in prevenzione secondaria senza ASA?**

Davide Capodanno, *Catania*

9.15 **Il prolasso valvolare mitralico con aritmie ventricolari: una prognosi peggiore?**

Giuseppe Di Pasquale, *Bologna*

9.30 **I sistemi di assistenza ventricolari impiantabili (VAD) come Bridge al trapianto o come "Destination Therapy"**

Massimo Massetti, *Roma*

9.45 **Discussione**

IV Sessione

Moderatori: Niccolò Marchionni, *Firenze*
Massimo Volpe, *Roma*

10.15 **Presente e futuro del rischio coronarico**

Francesco Prati, *Roma*

10.30 **L'ISCHEMIA trial. Terapia medica ottimale contro PTCA nel paziente stabile: the endless story**

Claudio Cavallini, *Perugia*

10.45 **Quanto è efficace la crioablazione nel trattamento della fibrillazione atriale?**

Riccardo Cappato, *Sesto San Giovanni - MI*

11.00 **Funziona il sacubitril-valsartan nell'infarto miocardico acuto? Lo studio PARADISE-AMI**

Laura Gatto, *Roma*

11.15 **Discussione**

11.45 **Intervallo**

VENERDÌ 8 OTTOBRE

12.10 - 12.40 LECTURE

DIAGNOSIS AND PREVENTION OF PLAQUE EROSION (MINOCA?)

Fernando Alfonso, *Madrid - Spagna*

Introduzione di Francesco Prati, *Roma*

SIMPOSIO

COVID e CUORE

Moderatori: Eloisa Arbustini, *Pavia*
Rosanna Pes, *Olbia*

14.40 Long COVID: danni a lungo termine?

Eloisa Arbustini, *Pavia*

14.55 Coagulopatia e COVID

Luca Lorini, *Bergamo*

15.10 Esistono le complicanze cardiovascolari dei vaccini?

Francesco Violi, *Roma*

15.25 Discussione

16.00 Intervallo

V Sessione

Moderatori: Maria Grazia Modena, *Modena*
Elisabetta Varani, *Ravenna*

16.20 Correlazione tra fattori di rischio e declino cognitivo

Giovambattista Desideri, *L'Aquila*

16.35 Trattamento della stenosi carotidea: chirurgia e stent a confronto

Rocco Giudice, *Roma*

16.50 Stenosi aortica a gradiente moderato: diagnosi, prognosi e terapia

Vittoria Rizzello, *Roma*

17.05 Discussione

17.30 - 18.30 CASI CLINICI E VOI COSA FARESTE?

Moderatori: Filippo Brandimarte, *Roma*
Gian Franco Pasini, *Gavardo - BS*

Presentazione e discussione di 4 casi clinici

SABATO 9 OTTOBRE

VI Sessione

Moderatori: Filippo Crea, *Roma*
Alfredo Ruggero Galassi, *Palermo*

8.45 Revival di una valvola dimenticata: uso della clip percutanea nel trattamento dell'insufficienza della tricuspide

Antonio Bartorelli, *Milano*

9.00 Sorprese in cardiologia: efficacia delle glifozine nello scompenso cardiaco anche in assenza di diabete

Claudio Borghi, *Bologna*

9.15 Nuovi spunti dallo studio MESA: aumento della troponina HS come fattore di rischio cardiovascolare

Raffaele De Caterina, *Pisa*

9.30 L'attività fisica fa sempre bene? The physical activity paradox

Pier Luigi Temporelli, *Veruno - NO*

9.45 Discussione

VII Sessione

Moderatori: Francesco Bovenzi, *Lucca*
Alessandro Distante, *Mesagne - BR*

10.15 Nuovi players nel trattamento dell'ipercolesterolemia: acido bempedoico ed inclisiran

Alberto Corsini, *Milano*

10.30 Amiloidosi da transtiretina nella stenosi aortica: implicazioni cliniche e terapeutiche

Claudio Rapezzi, *Ferrara*

10.45 Processo allo studio randomizzato

Luigi Tavazzi, *Cotignola - RA*

11.00 Ablazione della fibrillazione ventricolare nelle cardiomiopatie e storm aritmico

Carlo Pappone, *San Donato Milanese - MI*

11.15 Discussione

11.45 Intervallo

12.10 - 12.40 LETTURA QUARANT'ANNI DI ANGIOPLASTICA CORONARICA

Antonio Colombo, *Milano*

Introduzione di Francesco Prati, *Roma*

SABATO 9 OTTOBRE

VIII Sessione

Moderatori: Francesco Grigioni, *Roma*
Alberto Menozzi, *La Spezia*

14.40 Certezze che crollano: i betabloccanti non peggiorano la broncopneumopatia cronica ostruttiva
Paolo Verdecchia, *Perugia*

14.55 La pericardite ricorrente fa meno paura. Le nuove soluzioni terapeutiche
Claudio Ferri, *L'Aquila*

15.10 Impiego degli inibitori PCSK9 nel trattamento dell'ipercolesterolemia familiare
Alberto Zambon, *Padova*

15.25 Angioplastica primaria tardiva (oltre le 12 ore): siamo certi vada evitata?
Leonardo Bolognese, *Arezzo*

15.40 Discussione

16.00 Intervallo

IX Sessione

Moderatori: Gianni Casella, *Bologna*
Stefano Savonitto, *Lecco*

16.20 Prevenzione degli eventi ischemici nei soggetti con arteriopatia polidistrettuale
Giuseppe Patti, *Novara*

16.35 La terapia antinfiammatoria nella cardiopatia ischemica: dal canakinumab alla colchicina
Felicità Andreotti, *Roma*

16.50 Nuovi scenari di prevenzione: il rischio poligenico
Alessandro Boccanelli, *Roma*

17.05 Discussione

17.30 - 18.30

THE YOUNG AND THE MASTER TOGETHER

Presenters and our distinguished faculty

DOMENICA 10 OTTOBRE

9.15 Premiazione "Comunicazioni Scientifiche"

X Sessione

Moderatori: Nazzareno Galiè, *Bologna*
Maria Teresa Mallus, *Roma*

9.30 L'attivatore della miosina: un altro passo in avanti nella terapia dello scompenso?
Michele Senni, *Bergamo*

9.45 Impatto clinico della fibrosi miocardica nella stenosi aortica severa
Gianfranco Sinagra, *Trieste*

10.00 Back to the future. L'impiego del pallone medicato (DEB) al posto dello stent
Bernardo Cortese, *Paderno Dugnano - MI*

10.15 Stratificazione del rischio nelle cardiomiopatie (dilatativa, ipertrofica e displasia aritmogena) mediante RMN
Gianluca Pontone, *Milano*

10.30 L'ablazione della tachicardia ventricolare
Stefano Bianchi, *Roma*

10.45 Si ripropone il pacemaker senza fili (wireless); dall'elettrostimolazione alla sincronizzazione
Filippo Stazi, *Roma*

11.00 Discussione

MINI CORSI

VENERDÌ 8 OTTOBRE

9.00 - 10.30 Ecocardiografia: conosciamo il Longitudinal Strain
Matteo Cameli, *Siena*

11.00 - 12.30 Supporti meccanici nello scompenso avanzato
Massimo Massetti, *Roma*

14.30 - 16.00 La denervazione renale: indicazioni, risultati e risvolti tecnici
Francesco Versaci, *Latina*

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

SABATO 9 OTTOBRE

9.00 - 10.30 Tavi e Mitraclip
Carmelo Sgroi, *Catania*

11.00 - 12.30 Impiego dell'ecografia transesofagea
Maria Teresa Mallus, *Roma*
Vittoria Rizzello, *Roma*

14.30 - 16.00 Trattamento dell'ipercolesterolemia
Alberto Corsini, *Milano*

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

Conoscere e Curare il Cuore 2021

SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CONGRESSO

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

COGNOME

NOME

DATA E LUOGO DI NASCITA

CODICE FISCALE/P.IVA

(*indispensabile per la fatturazione ed ai fini ECM*)

CODICE UNIVOCO O INDIRIZZO PEC

VIA

CAP CITTÀ PROV

Tel. (.....) Cell

e-mail

(*obbligatoria per ricevere conferma iscrizione*)

QUOTE DI ISCRIZIONE AL CONGRESSO

Iscrizione (inclusa IVA) (farà fede la data in cui viene effettuato il pagamento)	Entro il 24/08/2021	Dal 25/08/2021
<input type="checkbox"/> Iscritti alla Fondazione (in regola con la quota 2021 di € 75,00)	<input type="checkbox"/> € 250,00	<input type="checkbox"/> € 300,00
<input type="checkbox"/> Non iscritti alla Fondazione	<input type="checkbox"/> € 350,00	<input type="checkbox"/> € 400,00
<input type="checkbox"/> Giovani medici iscritti e non alla Fondazione (nati dopo il 01/01/1985, allegare fotocopia documento)	€ 175,00	
<input type="checkbox"/> Studenti e specializzandi (allegare fotocopia documento ed autocertificazione, reperibile sul sito www.centrolottainfarto.com)	gratuito	
<input type="checkbox"/> One day admission: <input type="checkbox"/> venerdì oppure <input type="checkbox"/> sabato	€ 125,00	

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

MODALITÀ DI PAGAMENTO

(Valide esclusivamente per l'iscrizione al Congresso)

- bonifico bancario IBAN IT24N031110325600000017897, intestato al Centro per la Lotta contro l'Infarto SRL, c/o UBI Banco di Brescia sede di Roma, Via Ferdinando di Savoia, 8 - 00196 Roma
- assegno allegato non trasferibile intestato al Centro per la Lotta contro l'Infarto SRL
- carta di credito circuito VISA

Carta N°

Scadenza

Nome e cognome del titolare della carta

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

I Suoi dati personali saranno trattati su supporti cartacei e con modalità elettroniche dal Centro contro la Lotta per l'Infarto S.r.l., con sede in via Pontremoli 26, Roma, CAP 00182, in qualità di titolare del trattamento dei dati, per fini di gestione del rapporto commerciale instaurato, di erogazione dei servizi/vendita di beni richiesti e di gestione dei connessi adempimenti precontrattuali, contrattuali, amministrativi, contabili, fiscali e di Legge, e potranno essere eventualmente comunicati a terzi esclusivamente per le stesse finalità. Il conferimento dei dati personali è strettamente necessario per le finalità precedentemente indicate e l'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali, comporta il mancato adempimento delle stesse. Il trattamento avverrà nel rispetto delle Misure di Sicurezza di cui agli Art. 24, 25 e 32 del GDPR - Reg. Ue 679/2016. In ogni momento potrà esercitare i diritti previsti dagli art. da 15 a 23 del GDPR - Reg. Ue 679/2016. Inviando una specifica comunicazione al seguente indirizzo mail info@centrolottainfarto.it

Data

Firma



SCHEDA DI ISCRIZIONE O RINNOVO DI ISCRIZIONE ALLA FONDAZIONE (anno 2021)

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

COGNOME

NOME

CODICE FISCALE

DATA DI NASCITA

LUOGO DI NASCITA PROV

VIA

CAP CITTÀ PROV

Tel. (.....) Cell

e-mail

Quota di iscrizione per l'anno 2021 € 75,00

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

MODALITÀ DI PAGAMENTO

(Valide esclusivamente per l'iscrizione alla Fondazione)

- versamento su c/c postale n. 64284003, intestato al Centro per la Lotta contro l'Infarto Fondazione Onlus, Roma;
- bonifico bancario IBAN IT49D0358901600010570300470, intestato al Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus, c/o Allianz Bank
- assegno allegato non trasferibile intestato al Centro per la Lotta contro Fondazione Onlus
- carta di credito circuito VISA

Carta N° Scadenza

Nome e cognome del titolare della carta

I Suoi dati personali saranno trattati su supporti cartacei e con modalità elettroniche dal Centro contro la Lotta per l'Infarto Fondazione Onlus, con sede in via Pontremoli 26, Roma, CAP 00182, in qualità di titolare del trattamento dei dati, per fini di gestione del rapporto commerciale instaurato, di erogazione dei servizi/vendita di beni richiesti e di gestione dei connessi adempimenti precontrattuali, contrattuali, amministrativi, contabili, fiscali e di Legge, e potranno essere eventualmente comunicati a terzi esclusivamente per le stesse finalità. Il conferimento dei dati personali è strettamente necessario per le finalità precedentemente indicate e l'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali, comporta il mancato adempimento delle stesse. Il trattamento avverrà nel rispetto delle Misure di Sicurezza di cui agli Art. 24, 25 e 32 del GDPR - Reg. Ue 679/2016. In ogni momento potrà esercitare i diritti previsti dagli art. da 15 a 23 del GDPR - Reg. Ue 679/2016. Inviando una specifica comunicazione al seguente indirizzo mail info@centrolottainfarto.it

Data

Firma

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA E PRENOTAZIONI ALBERGHIERE:

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

di Lucilla Scuto



Mousse di ricotta

Ingredienti per 4 persone:

250 gr. di ricotta (quella che si preferisce, la più magra è di mucca)

20 gr. di albume

40 gr. di zucchero (a piacere integrale o non)

Gocce di cioccolato fondente, granella di nocciole o pistacchi

Preparazione

In una ciotola unire alla ricotta lo zucchero e le gocce di cioccolato, mescolando per renderla cremosa.

In una seconda ciotola montare gli albumi a neve ferma.

Unire poi questi ultimi alla ricotta, mescolando dal basso verso l'alto per non smontarli, finchè non si ottiene un composto omogeneo.

Versare nelle ciotoline da dessert e cospargere sopra granella di nocciole o pistacchi.

Buon Appetito!

aforismi

La frase preparatoria dei rimorsi, di solito, è abbastanza piacevole.
> *Marcello Marchesi*

Tutte le buone massime ci sono già, basterebbe solo applicarle.
> *Blaise Pascal*

L'uomo moderno sembra non avere altro obiettivo che morir sano.
> *Peter Sellers*

La primavera non è vera primavera se non arriva troppo presto.
> *Gilbert Keith Chesterton*

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

Quando uno scrittore diventa un classico, non c'è più bisogno di leggerlo, basta citarlo.
> *Roberto Gervaso*

Un uomo deve scegliere fra amare le donne o conoscerle.
> *Ninon de Lenclos*

Non aspettatevi troppo dalla fine del mondo.
> *Stanislaw J. Lec*

Lei pensa che abbia tempo da perdere con una donna vestita?
> *Produttore cinematografico*

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

Brindiamo alle nostre mogli e alle nostre fidanzate: possano loro non incontrarsi mai.
> *Groucho Marx*

Non preoccuparti del fatto che la gente non ti conosce. Preoccupati piuttosto del fatto che forse non meriti di essere conosciuto.

> *Confucio*

Con ammirevole saggezza la legge ha dato scarso potere alla donna, perché la natura gliene ha dato fin troppo.

> *Samuel Johnson*

Se un italiano ignora qualcosa è sicuro che la insegnerà.

> *Prikkko*

L'ottimista pensa che questo sia il migliore dei mondi possibili.

Il pessimista sa che è vero.

> *Robert Oppenheimer*

Ti ho insegnato ad essere onesto perché intelligente non sei.

> *Bertolt Brecht*

Non esiste felicità intelligente.

> *Jean Rostand*

Che strana epoca è la nostra! È più facile spezzare un atomo che un pregiudizio.

> *Albert Einstein*

Il malato incurabile è quello immaginario.

> *Roberto Gervaso*




Il successo è l'abilità di passare da un fallimento all'altro senza perdere l'entusiasmo.

> *Winston Churchill*

Sostenete e diffondete

Cuore e Salute

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

-  La quota minima annuale di iscrizione alla Fondazione in qualità di Aderente è di € 25.00.
-  Con un contributo di € 35.00 (invio tramite corriere) gli Aderenti alla Fondazione, possono richiedere il volume degli Atti del *Congresso Conoscere e Curare il Cuore* o gli Atti online.
-  Coloro che desiderano offrire **Cuore e Salute** ai loro amici, debbono fornire l'indirizzo del destinatario unitamente al versamento della quota d'iscrizione. Sarà cura della segreteria informare dell'avvenuto omaggio (*).



MODULO PER ISCRIVERSI ALLA FONDAZIONE O PER ISCRIVERE UN AMICO

DESIDERO: ISCRIVERMI RINNOVARE L'ISCRIZIONE ISCRIVERE UN AMICO AL

CENTRO PER LA LOTTA CONTRO L'INFARTO - FONDAZIONE ONLUS

COGNOME NOME.....

CODICE FISCALE

VIA.....CAP.....CITTÀ.....

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

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

(*) nominativo di chi offre Cuore e Salute

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

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

AI NOSTRI LETTORI

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

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

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



Centro per la Lotta
contro l'Infarto
Fondazione Onlus

di Antonella Labellarte



GLI INIBITORI DI SGLT2 E LO SCOMPENSO CARDIACO

di Antonella Labellarte

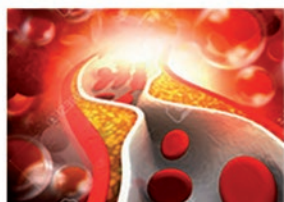
Durante la terribile pandemia Covid-19 corriamo il rischio di perdere di vista il dato che il diabete è già di fatto una malattia pandemica.



LA TOCCATINA E IL COCCOLONE

di Eligio Piccolo

Due vecchi amici, un avvocato e l'altro cardiologo si ritrovarono come da lunga consuetudine a chiacchierare di medicina e di politica, davanti al caminetto...



LDL-COLESTEROLO IN PREVENZIONE SECONDARIA

di Claudio Ferri

I toscani, quando vogliono essere gentili, lo sono davvero e con eleganza, fin dai tempi del Dolce Stil Novo.

SOSTIENICI

www.centrolottainfarto.org

Congresso

Conoscere e Curare il Cuore **2021**

7-8-9-10 ottobre



Firenze
Fortezza Da Basso