

# CUORE & Salute



## Sigaretta elettronica

N. 7-8-9 LUGLIO-AGOSTO-SETTEMBRE 2014

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

ANNO XXXII

ANNO



# La scienza: il nostro cuore pulsante.

La ricerca scientifica è al centro di tutto il nostro lavoro.

Il nostro network d'eccellenza ogni giorno sfida alcune delle malattie più rare e gravi del pianeta, creando farmaci innovativi che migliorano la qualità della vita dei pazienti.



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

Presidente  
**Francesco Prati**

Presidente onorario  
**Mario Motolese**

Il **Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus**, nato nel 1982 come Associazione senza fini di lucro, dopo aver ottenuto, su parere del Consiglio di Stato, il riconoscimento di personalità giuridica con decreto del 18 ottobre 1996, si è trasformato nel 1999 in Fondazione, ricevendo in tale veste il riconoscimento governativo. È iscritto nel registro Onlus.

Il **Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus** riunisce popolazione e medici ed è sostenuto economicamente dalle quote associative e dai contributi di privati, aziende ed enti. Cura la diffusione nel nostro paese dell'educazione sanitaria e della cultura scientifica ai fini della prevenzione delle malattie di cuore, in particolare dell'infarto miocardico, la principale causa di morte. Per la popolazione ha allestito la mostra **Cuorevivo** che ha toccato tutti i capoluoghi di regione, pubblica l'*Almanacco del Cuore* e la rivista mensile **Cuore & Salute**. Per i medici organizza dal 1982 il congresso annuale **Conoscere e Curare il Cuore**. La manifestazione, che si tiene a Firenze e che accoglie ogni anno diverse migliaia di cardiologi, privilegia gli aspetti clinico-pratici sulla ricerca teorica.

Altri campi d'interesse della Fondazione sono le indagini epidemiologiche e gli studi di prevenzione della cardiopatia ischemica in Italia. In particolare negli ultimi anni ha partecipato con il "Gruppo di ricerca per la stima del rischio cardiovascolare in Italia" alla messa a punto della "Carta del Rischio Cardiovascolare", la "Carta Riskard HDL 2007" ed i relativi software che permettono di ottenere rapidamente una stima del rischio cardiovascolare individuale.

La Fondazione ha inoltre avviato un programma di ricerche sperimentali per individuare i soggetti più inclini a sviluppare un infarto miocardico. Il programma si basa sull'applicazione di strumentazioni d'avanguardia, tra cui la Tomografia a Coerenza Ottica (OCT), e di marker bioematici.

Infine, in passato, la Fondazione ha istituito un concorso finalizzato alla vincita di borse di studio destinate a ricercatori desiderosi di svolgere in Italia un programma di ricerche in ambito cardiovascolare, su temi non riguardanti farmaci o argomenti di generico interesse commerciale.

---

**Si ringraziano la BAYER HEALTHCARE e la ST. JUDE MEDICAL per il sostegno dato alla nostra Fondazione.**

---

# n. 7-8-9 **sommario** 2014

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

**Direttore Responsabile**  
Franco Fontanini

**Direttore Scientifico**  
Filippo Stazi

**Vice Direttori**  
Eligio Piccolo  
Francesco Prati

**Coordinamento Editoriale**  
Marina Andreani

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

**Editore**  
*Centro per la Lotta contro l'Infarto - Srl*  
Viale Bruno Buozzi, 60 - Roma

**Ufficio abbonamenti e pubblicità**  
Maria Teresa Bianchi

**Progetto grafico e impaginazione**  
Valentina Girola

**Realizzazione impianti e stampa**  
Varigrafica Alto Lazio Srl - Nepi (VT)

Anno XXXII  
n. 7-8-9 Luglio-Agosto-Settembre 2014  
*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 € 20,00 - Estero € 35,00

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

**Amministrazione**  
*Centro per la Lotta contro l'Infarto - Srl*  
Viale Bruno Buozzi, 60 - 00197 Roma  
Tel. 06.3230178 - 06.3218205  
Fax 06.3221068  
c/c postale n. 64284003



**La sigaretta elettronica** Eligio Piccolo 196

**Fumo e disfunzione erettile** Filippo Stazi 198

**Personaggi da non dimenticare**  
**Prezzolini e le modeste proposte** Franco Fontanini 200

**Dal Congresso Conoscere e Curare il Cuore 2014**  
**Aterosclerosi nelle mummie e nuovi scenari fisiopatologici:  
non è solo un problema di dieta** 208  
Intervista di Filippo Stazi a Claudio Rapezzi

**Qualche secondo di buon umore** 216

**Vetrina delle perle**  
**Parole che aiutano a vivere** Bruno Domenichelli 217

• *Al borsino della dieta sale il pomodoro, crollano vino e cioccolato [F.S.]* 221

**I parenti dei pazienti con cardiopatia coronarica prematura  
sono ad alto rischio di svilupparla.**  
**Perché non valutarli prima?** Sabino Scardi 222

**Aggiornamenti su sesso e cuore** Eligio Piccolo 226

**Quadri & Salute** Filippo Stazi 229

**La palla di Tiche**  
**Lo strano cuore di Chiara da Montefalco** Paola Giovetti 231

• *Mare nostrum nostra salus [Elegio Piccolo]* 234

**Le tante volte che mi sento un codardo** Filippo Stazi 235



p. 200

**Quaderno a Quadretti** Franco Fontanini 237

*Tutti vegetariani  
Il mondo cambia*

**Lettere a Cuore e Salute** 240

- *Creatinina: formule ed ingegneri, Vito Cagli*  
- *Gastroprotettore: mattina e sera? Filippo Stazi*

• *Il violino del diavolo [Antonio Pasquale Potena]* 244

**Conoscere e Curare il cuore 2015** 245

**Il custode di Pienza** Enrico Delfini 249

**News**  
**Aggiornamenti cardiologici** Filippo Stazi 252

**Aforismi** 254



p. 226

p. 231



p. 237



**Cuore & Salute** ringrazia i medici e i fisioterapisti dell'Unità di Riabilitazione Respiratoria della Casa di Cura Villa Gemma di Gardone Riviera, per le cure prestate al Direttore Professor Franco Fontanini che gli hanno consentito di ritornare al suo lavoro.

*La redazione*

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.

# La sigaretta elettronica

di Eligio Piccolo



Molti anni fa, dopo le prime segnalazioni degli effetti dannosi del fumo, qualcuno inventò il bocchino, non quello lungo d'avorio delle sciantose, ma uno più "scientifico", un vero e proprio intermezzo fra la sigaretta e i bronchi, provvisto di filtri, che quando si coloravano di marrone scuro andavano sostituiti. L'operazione lasciava soddisfatto il tabagista che constatava personalmente quanta "porcheria" era riuscito ad eliminare dal proprio corpo. Non ebbe molta fortuna perché, oltre al costo, complicava il rituale del fumo e forse anche quel rapporto vagamente sensuale fra la sigaretta e le labbra. Nessuno poi, ch'io sappia, aveva stabilito mediante le dovute ricerche di confronto se questa specie di prevenzione fosse riuscita a ridurre in qualche misura l'infarto e il cancro. Nel frattempo gli allarmi su queste malattie erano diventati sempre più certi, sicché a qualcuno che aveva seguito il grande progresso tecnologico, quello che ci aveva dato tante meraviglie, dallo scaldavivande al computer, è venuta l'idea di inventare un altro bocchino, molto più rivoluzionario del precedente, capace di sostituire la sigaretta stessa e di creare il panico nelle varie Philip Morris, quali sono le caratteristiche? Vi si in-



troduce una cartuccia contenente una miscellanea di glicol-propilene, glicerina vegetale, sostanze aromatiche e naturalmente nicotina. Il tutto da aspirare come un mini aerosol.

Si chiama sigaretta elettronica o *e-cigarette*, dove “e” sta per *electronic*, è in commercio già da qualche anno ma stenta a diffondersi nonostante i costruttori ne esaltino le proprietà “non tossiche”, ossia il piacere della nicotina senza il danno del combusto e anche la capacità di aiutare chi vuole smettere il vizio. Una propaganda che assomiglia molto a quella degli anni 50-60, quando ancora mancava la prova provata della nocività del fumo e nella quale il “bugiardino” presenta la novità come un innocuo vapore acqueo e con un messaggio finale “di più e ovunque”, che sembra invitare a fumare con maggiore frequenza e in ogni luogo. Questa reclame, che gioca furbescamente sul periodo ancora troppo corto per avere il responso critico della FDA, ha sperato che nel frattempo si realizzasse una rapida con-

versione dal pacchetto al nuovo bocchino elettronico. Sfortunatamente, per i costruttori si capisce, ciò non si è verificato e l’organo di controllo americano, l’FDA appunto, ha avuto il tempo sufficiente per documentarsi sulle prime delusioni e avvisarci che: 1) i bronchi non sono affatto insensibili a quel “vapore”; 2) l’azione nociva della nicotina sulle arterie rimane la stessa e quella sul cancro, i cui presupposti ci sono tutti, dovrà essere valutata nel tempo; 3) il problema del fumo passivo persiste; 4) i sei studi attuati per valutare l’efficacia della *e-cigarette* nello smettere l’abitudine al fumo sono stati deludenti e paragonabili a quelli del cerotto; 5) per questa inversione di tendenza valgono soprattutto le motivazioni del fumatore a deciderla. Credo tuttavia che la migliore confessione su questa “inutile” novità preventiva sui danni del fumo l’abbiano data i produttori stessi della sigaretta elettronica non accettando uno studio di confronto con le sigarette vere proposto dalla *Food and Drug Administration* (FDA).

tra i libri ricevuti



# Fumo e disfunzione erettile

di Filippo Stazi

Ormai non ci sono più dubbi. Fumare fa male. L'assunzione costante e prolungata di tabacco è in grado di incidere sulla durata della vita media oltre che sulla qualità della stessa: 20 sigarette al giorno riducono di circa 4,6 anni la vita media di un giovane che inizia a fumare a 25 anni. Ovvero per ogni settimana di fumo si perde un giorno di vita. Si stima che di 1.000 maschi adulti che fumano uno morirà di morte violenta, sei moriranno per incidente stradale, 250 saranno uccisi dal tabacco per patologie ad esso correlate. La gravità dei danni fisici dovuti all'esposizione (anche passiva) al fumo di tabacco, è direttamente proporzionale all'entità complessiva del suo abuso. Più precisamente sono determinanti l'età di inizio, il numero di sigarette giornaliere, il numero di anni di fumo e l'inalazione più o meno profonda del fumo.

Gli organi colpiti dal fumo di tabacco sono molteplici: l'apparato broncopolmonare e quello cardiovascolare sono i più bersagliati. Il fumo è la causa principale di infarto e di malattie coronariche in uomini e donne e si associa al 30% delle morti causate da malattie coronariche, ad un aumentato rischio di morte improvvisa nonché ad un'aumentata mortalità perioperatoria in pazienti sottoposti a by-pass aortocoronarico. Smettendo di fumare il rischio si riduce dopo solo un anno di astinenza. Dopo pochi anni diventa simile ma





sempre un po' superiore a quello di chi non ha mai fumato.

Il fumo di sigaretta facilita non solo l'arteriosclerosi delle coronarie ma di tutte le arterie e ciò aumenta il rischio nei fumatori di numerose malattie quali, ad esempio, ictus ed aneurisma aortico.

L'ictus è al terzo posto fra le cause di morte negli U.S.A. ed anche in Italia è molto frequente. L'incidenza di questa malattia tra i fumatori aumenta dalle due alle quattro volte. Smettendo di fumare il rischio si riduce drasticamente già dopo un anno e dopo 5-10 anni diventa sovrapponibile a quello di chi non ha mai fumato.

L'aneurisma aortico è una dilatazione anormale di questa importantissima arteria. È pericoloso perché può facilmente rompersi e la sua rottura provoca la morte immediata. Chi soffre di aneurisma aortico non dovrebbe fumare, perché i decessi per rottura sono 6 volte più numerosi tra i fumatori che tra i non fumatori.

Quello che è però meno noto è che il fumo di sigaretta oltre che fattore di rischio importantissimo per lo sviluppo dell'arteriosclerosi lo è anche per la comparsa della disfunzione erettile del pene. Fumare, infatti, amplifica notevolmente il rischio di impotenza, specie quando associato a patologie cardiovascolari e relative terapie farmacologiche. Nei soggetti tra i 40 e i 70 anni l'incidenza di impotenza varia tra il 5% e il 15%. Nei pazienti trattati per una patologia cardiaca la probabilità di un'impotenza completa è invece del 56% tra i fumatori e del 21% tra i non fumatori. Tra i pazienti ipertesi in terapia medica, quelli che fu-

mano hanno un'incidenza di impotenza completa del 20%, mentre i non-fumatori hanno un rischio di impotenza dell'8.5%, comparabile con quello della popolazione generale (9.6%).

Ovviamente non tutti i fumatori sono impotenti, benché il tabacco sia nefasto sia per l'erezione che per la qualità del liquido seminale. Il tabacco non ha però solo un effetto dannoso a livello vascolare, favorendo la formazione di ateromi in tutte le arterie, esso ha anche un ruolo diretto sul tessuto erettile del pene. L'elasticità del tessuto erettile e quindi la sua capacità di dilatarsi diminuisce nei forti fumatori, che spesso hanno per tale motivo un'erezione molto meno duratura. Questo effetto negativo è stato verificato in numerosi studi sperimentali, che hanno mostrato come il fumo di una sola sigaretta sia in grado di danneggiare la qualità dell'erezione. Il fumo inoltre può ridurre la fertilità mediante la riduzione della densità dello sperma e la diminuzione del numero e della mobilità degli spermatozoi.

L'eliminazione del fumo di sigaretta deve quindi essere considerata la terapia di prima linea della disfunzione erettile, oltre che una delle misure più importanti nella prevenzione dell'arteriosclerosi.

L'aspetto positivo è però che per il medico la terapia della disfunzione erettile del pene è l'argomentazione più importante per indurre un paziente a smettere di fumare. La prospettiva di migliorare le prestazioni sessuali costituisce infatti una motivazione fortissima per far abbandonare al fumatore la sua tossicodipendenza e quindi tale carta va giocata senza alcun timore o reticenza.

# Prezzolini e le modeste proposte

di Franco Fontanini

Prezzolini per tutta la vita ha sempre detto di non avere fiducia né simpatia per gli italiani, ne soffriva perché si sentiva profondamente italiano e in fondo amava i suoi connazionali ma non riusciva a stimarli: per stimarli, diceva, bisogna starne lontani, come aveva fatto lui, vissuto per oltre trent'anni in America e morto in Svizzera.

Montanelli scrisse il suo frettoloso coccodrillo quando Prezzolini ottantaseienne andò in coma dopo la prostatectomia ma in quattro giorni riprese conoscenza. Montanelli pubblicò il necrologio tale e quale quattordici anni più tardi quando Prezzolini morì a Lugano alcuni giorni dopo aver compiuto cento anni.

Si vantava della longevità dei suoi familiari, in particolare di uno zio che si sposò per la quarta volta dopo i quarant'anni.

Lui non fece mai niente per campare a lungo, sedentario, buon mangiatore si vantava della sua esuberanza sessuale ancora viva dopo i sessant'anni e della soddisfazione delle sue partner, non sempre la moglie e non sempre la stessa.

Era orgoglioso di poche altre cose, di aver avuto collaboratori come Rodin, innovatore della scultura e Baudelaire che aveva imitato perfino nella ricerca dei paradisi artificiali e soprattutto dell'amicizia fraterna con Papini che considerò suo maestro dopo aver abbandonato il liceo.

Dei suoi familiari era orgoglioso del padre che gio-

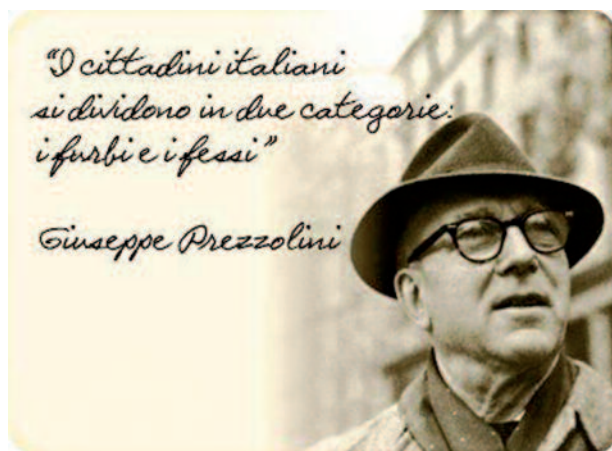


cava a carte con Carducci. Sua unica paura era quella di apparire conformista, amava vivere controcorrente. Era nato per caso a Perugia nel 1882 da famiglia senese con un po' di sangue blu, anche se si vantava plebeo. Si considerò uno degli ultimi avventurieri della cultura, specie in estinzione, e si sentì in dovere di andare a prestare l'opera in altre terre perché in patria non si sentiva utilizzato.

Fu un autodidatta integrale, divenne casualmente capoufficio alla Società delle Nazioni, ufficiale senza essere mai stato soldato, ebbe la cattedra alla Columbia University senza avere una laurea. Fu in perenne conflitto con i nostri docenti parucconi. Ricordava l'invito a colazione di un cattedratico romano assai noto che gli parlò per oltre due ore della sua carriera accademica. Dopo l'interminabile narrazione di fattarelli e fattacci si convinse che la nostra scuola superiore aveva molto da spartire con la mafia.

Lasciò l'Italia nel 1925 dopo aver rifiutato l'iscrizione al fascismo che il duce gli offriva con insistenza e, senza tessera, non poteva più dirigere la sua rivista la "Voce", fondata nel 1908 con Papini, letta anche nel Nordeuropa e negli Usa e che segnò un'epoca nella cultura.

Sempre antifascista nutrì stima per Mussolini che una volta gli confessò: "Caro Prezzolini io sono stato fatto dalla "Voce" e te ne sono riconoscente". Prezzolini non gli chiese mai niente se non l'indulgenza per alcuni amici che erano finiti in carcere. Affermava di essere stato da giovane un anarchico perché così era la sua natura ma non



aveva niente in contrario che gli altri si comportassero come meglio credevano. Per quasi un secolo è stato geniale testimone della vita italiana che non gli piacqué mai. In Italia, sosteneva Prezzolini, non si può ottenere niente per via legale, neppure riscuotere un vaglia postale, né un posto in ospedale, né una poltrona ad una prima teatrale senza conoscere nessuno.

Divideva gli italiani in due grandi categorie: i furbi e i fessi, la seconda più numerosa ma meno di quello che si pensava, era formata da quelli che pagano per intero il biglietto in treno, che danno la precedenza a chi spetta, fanno le code e non hanno in famiglia nessun commendatore né magistrato che conti e neppure un massone o un gesuita, ogni anno dichiarano per intero i loro guadagni, osservano la parola data e molti sono persino educati.

Meno facile riconoscere i furbi, che sono multiformi, sanno mimetizzarsi, rifuggono dai discorsi chiari, occupano ruoli che non meritano, ottenuti senza concorso, senza scadenza, sono quasi tutti scortesi e non hanno ritegni con le menzogne.

Possiedono un'abilità peculiare nell'individuare le persone da leccare finché non acquisiscono la possibilità di ricattarli, dopodiché diventano autorevoli.

La più grande differenza fra fessi e furbi è che i primi mandano avanti un paese come il nostro che ha il culto della furbizia, povero di principi e dominato dalla diffidenza, mentre i secondi vivono in maggioranza da parassiti con disinvoltura.

Secondo Prezzolini i difetti gravi erano divisi, anche se in misura diversa, in entrambe le categorie perché le partigianerie venivano da lontano, erano diffuse e radicate, impossibili da cancellare.

Dal trecento i nostri connazionali, diceva, avevano ereditato la faziosità, dal quattrocento la retorica, dal cinquecento la cortigianeria, dal seicento la servilità, dal settecento il dilettantismo, successivamente tutti gli altri come il regionalismo, il campanilismo, l'indifferenza religiosa.

Prezzolini non era osservante, non aveva simpatia per il cristianesimo perché non lo giudicava democratico in quanto abituava il popolo all'obbedienza di ciò che viene dall'alto, mentre la democrazia vuole il potere che viene dal basso. Gli sarebbe piaciuto parlare di fede e di speranza ma si sentiva a disagio a conversare con il clero fornicatore e maneggione e riteneva che l'autorità cattolica fosse soprattutto preoccupata di creare politici più che santi.

I rapporti con Mussolini restarono buoni anche dopo che si era instaurato il fascismo e Prezzolini, suscitando grande disapprovazione, più di una volta affermò che l'avvento del fascismo non era stato un incidente privato di Mussolini perché in più zone d'Europa c'erano sostenitori del fascismo convinti di poter trasformare il mondo con programmi che contenevano molte

idee fasciste. Fra questi vennero talvolta annoverati Hitler e persino Stalin. Sosteneva che anche in Italia, nonostante tutto, vivevano molti che sognavano il "dittatore buono e illuminato" e affermò che se il fascismo non fosse crollato la maggioranza degli italiani avrebbe continuato ad applaudire il Duce.

Non negò mai neppure di essere stato uno degli scopritori di Mussolini ma affermò anche che il fascismo non sarebbe durato più di venticinque anni, cioè di una generazione e fu buon profeta. Era anche convinto che gli italiani non fossero discendenti diretti dei romani, ma un popolo nuovo, autoctono, costituito da sudditi per vocazione.

Aveva molti amici e seguaci fedeli, non aveva simpatia per Ojetti, stimava lo psichiatra Assagioli, allievo di Freud che gli fece conoscere la moderna psicologia.

Fra i collaboratori della "Voce" figurò, come detto, anche Benito Mussolini che gli piaceva per il magnetismo che emanava e che, al loro primo incontro, esortò drasticamente ad abbandonare gli osceni romanzacci con i quali sbarcava il lunario.

Un suo buon amico fu De Amicis, l'autore di "Cuore" sorvegliato dalla polizia perché socialista, persona che a quel tempo metteva paura a molti borghesi; per D'Annunzio che non piaceva neppure a Papini provava un'antipatia insuperabile, entrambi lo trovavano sgradevole anche fisicamente.

Romain Rolland, grande competente di arti figurative diceva che quando D'Annunzio era solo si comportava in modo cordiale e piacevole ma se c'era pubblico si eccitava e diventava insopportabile.

GIUSEPPE PREZZOLINI



## MODESTE PROPOSTE

con 9 disegni  
di Leo Longanesi

Prezzolini era un vulcano di idee e progetti ma non seppe mai trovare un vero ruolo se non quello di organizzatore culturale e divulgatore di idee vissute da protagonista. Andò prima in Francia, Parigi lo metteva a disagio, parlava il francese a fatica, la vita era cara e soprattutto fu una delusione perché la vita letteraria gli parve meno appassionante di quella fiorentina. Fece comunque amicizia con Henri Bergson ed ebbe qualche incarico di scarsa soddisfazione. Dopo tre anni partì per l'America.

Aveva un grande concetto degli Stati Uniti, dai quali si aspettava tutto il bene possibile, anche coloro che odiavano gli States li ritenevano capaci di grandi cose.

Il difetto più saliente degli americani, dirà Prezzolini, è la mancanza di senso storico, cioè l'incapacità di capire che ogni uomo è una formazione storica all'interno di civil-

tà e costumi, alla quale non si può chiedere di applicare la mentalità di altre razze. La mancanza di senso storico, sono parole sue, diverso dal semplice relativismo è la causa principale degli errori americani nella loro politica di immigrazione, di assimilazione e soprattutto nella politica estera.

In tutta la sua vita Prezzolini cercò sempre di capire gli italiani senza riuscirci granché, ma più che altro non ci fu reciprocità, gli italiani, anche gli intellettuali, capirono ben poco di lui. I prezzoliniani, coloro che lo capirono ed amarono, non molto numerosi, si manifesteranno dopo la sua morte, convinti da lui che troppe cose in Italia sono sbagliate, che lo stato ha bisogno di agricoltori moderni, di medici, di chimici, di ingegneri e non di artisti e di scrittori. Nessuna università del passato ha mai insegnato l'arte.

A New York abitava nella soffitta di un grattacielo vicino all'università. Delle tante cose che ammirò negli USA quella che più lo colpì fu constatare che gli statunitensi pagavano veramente le tasse, come aveva sempre sentito dire, convinti che fosse giusto farlo. Capì che l'onestà fiscale degli americani dipendeva da due fattori principali: l'efficienza dei controlli e la severità delle pene per gli evasori.

L'evasione fiscale veniva considerata un reato che disonorava, la maggioranza degli statunitensi considerava le tasse un "obolo" doveroso, indispensabile, che non può essere disatteso.

Indro Montanelli andò a trovarlo, incaricato da Longanesi, per convincerlo a collaborare a il "Borghese", nuova rivista della de-

stra elitaria, sorprendendo Prezzolini che per tutta risposta gli chiese: “Chi vuoi che in Italia ricordi il mio nome?” Montanelli capì subito che era felice di accettare, infatti scrisse molto per il nuovo periodico che gli piaceva, contribuendo a far conoscere una certa Italia agli americani e gli USA agli italiani. Prezzolini era un conversatore affascinante anche se preferiva le polemiche per poter contraddire chi la pensava diversamente.

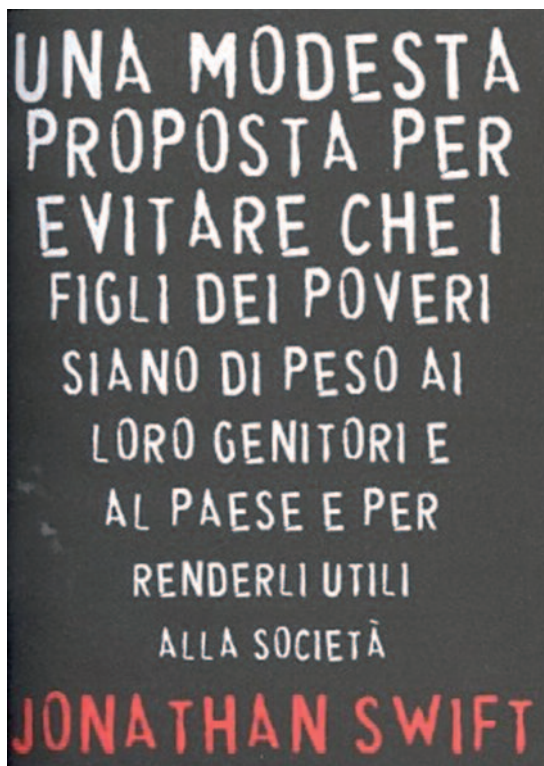
Lo definirono impresario della cultura, ma si sentiva ancor meglio nelle vesti del divulgatore, per il grande impegno che pose ininterrottamente nel far conoscere talenti italiani che sarebbero rimasti ignorati. Nonostante i dissidi e le polemiche, deve essere considerato una delle menti più eccelse del suo secolo, fermamente convinto delle sue idee a lungo meditate e soprattutto della missione che si era da sempre imposto di migliorare gli italiani saldamente ancorati ad errori di ogni genere, indolenti, responsabili del loro malessere, succubi dell’aberrante ideale di guadagnare bene lavorando poco. Non sentì mai nostalgia per il proprio paese, al ritorno in Italia si rese immediatamente conto che era diventata come aveva previsto trent’anni prima, quando decise di andarsene.

La gente gli piaceva ancor meno, con Mussolini fu impietoso e giudicò la sua morte indegna di un leader. Era stato trucidato con l’amante in un episodio malavitoso, non paragonabile a quella di Hitler all’altezza di un capo nibelungico.

Lasciò subito l’Italia per andare in una casa sul lago di Lugano, piena di libri e di sacchi di corrispondenza come un ufficio po-

stale, con le lettere degli amici, Papini da solo riempiva un grosso sacco. Volevano liberare l’Italia dal Rinascimento e modernizzare la letteratura che restava enfatica, retorica, insicura e pomposa.

Prezzolini ha tradotto con molta libertà un libretto di Jonathan Swift dall’abusato titolo di “Modeste Proposte” col quale il celebre autore dei “Viaggi di Gulliver” aveva messo sotto accusa gli inglesi per la prepotente cattiveria con cui trattavano gli irlandesi costretti a vivere in miseria. L’ironia della proposta era mostruosa, consigliava agli irlandesi per sfamarsi di mangiare i loro figli in tenera età, veniva presentata come doppiamente positiva perché toglieva la



fame agli adulti e accresceva il ruolo delle donne al pari delle mucche che mettevano al mondo un vitello all'anno.

Prezzolini ne prese lo spirito due secoli più tardi per fare proposte meno feroci ma altrettanto paradossali ai suoi connazionali perennemente in conflitto fra loro. Le sue idee, prevalentemente politiche ed economiche, erano tutt'altro che modeste e avrebbero dovuto essere condivise dagli altri stati europei con l'autorevole consulenza della Russia e della Cina e sotto la presidenza del segretario generale delle Nazioni Unite.

Partiva dai politici di ogni livello ai quali doveva essere vietato di tenere discorsi che superassero la mezz'ora, qualunque fosse l'argomento. Ai giornalisti vietava di scrivere articoli più lunghi di una colonna di prima pagina, nessun quotidiano doveva avere più di sei pagine.

Subito dopo proponeva di togliere il diritto di voto e, ovviamente, di essere eletto a chi fosse stato condannato per reati non politici anche di modesta entità.

La prostituzione maschile e femminile non dovevano essere perseguite se venivano pagate regolarmente le tasse sui profitti.

Le proposte prezzoliniane non riguardavano solamente la condotta degli abitanti ma trasformavano la geografia. Riteneva infatti opportuno fare della Lombardia un cantone elvetico simile al Canton Ticino. L'Emilia e la Romagna, avrebbero dovuto almeno temporaneamente essere affittate alla Jugoslavia e contemporaneamente si doveva restituire il governo delle Marche e dell'Abruzzo al Papa. Ancor più evidenti i vantaggi che sarebbero derivati all'antico Re-

gno di Napoli se fosse stato assegnato ai Borboni a condizione che questi si stabilissero presso il Vesuvio.

Da questi cambiamenti sarebbero ricavati vantaggi soprattutto economici per gli italiani. Alla vecchiaia, non più terza età e non più emarginata, sarebbero stati garantiti periodi di serenità e gaiezza che avrebbero richiamato in Italia turisti anziani. La popolazione sarebbe stata educata ad essere ospitale e accogliente fino a farne una professionalità vera e propria.

Importantissima la trasformazione dell'università, migliorando i rapporti con i sindacati e gli industriali, mentre il governo avrebbe dovuto astenersi da ogni intervento.

Anche i problemi sanitari avrebbero dovuto essere affrontati dai medici e non dai governanti come è sempre avvenuto. Una novità doveva essere la condanna della maleducazione, della volgarità, del turpiloquio e di ogni comportamento riprovevole. La pena sarebbe stata quanto mai appropriata: imparare a memoria cinquanta pagine selezionate del galateo.

I sindacati e gli editori di pubblicazioni periodiche dovevano presentare ogni due mesi bilanci precisi e chiari se volevano evitare il rischio di soppressione temporanea o permanente in caso di recidiva. Una notizia di cronaca o pubblicitaria non rispondente al vero subiva anch'essa sanzioni gravi. Veniva auspicata anche una maggiore rigidità nell'autorizzazione ad erigere monumenti, chiese, altari, lapidi, nonché nella possibilità di indire congressi e convegni, simposi, celebrazioni e spettacoli di pubblico interesse.

Ritornando alla geografia, la Sicilia doveva essere separata dal Regno di Napoli per assegnarla alla Libia trasformata in regno. Dell'amministrazione sarebbe stata opportunamente incaricata una commissione di mafiosi scelti fra i più autorevoli. La Repubblica di San Marino doveva essere mantenuta con tutte le sue libertà e in più le si doveva assegnare uno sbocco al mare Adriatico, importante per il turismo. I giovani sarebbero stati felicissimi per l'abolizione di ogni sorta di esercito. La prima serie di proposte si conclude in modo ottimistico concedendo a tutti gli italiani un'indennità o una pensione a vita in modo da essere sempre allegri e affabili con i forestieri e poter gradevolmente sviluppare l'arte del convitto, del bere insieme e del divertirsi. Le lotterie dovevano essere almeno raddoppiate, gli spettacoli teatrali sovvenzionati da ogni provincia e comune in rapporto al numero degli abitanti, il gioco del calcio sviluppato ed in ogni provincia ci sarebbe dovuto essere un casinò. L'Italia doveva essere universalmente considerata neutrale, le università molto specializzate, aperte a tutti e gli studenti in regola dovevano godere di un sussidio fino alla laurea. Prezzolini era favorevole ad una legge che non frenasse le insurrezioni giuste e utili, perché la pubblica indignazione era

da considerare una reazione positiva. Qualche vetrina in frantumi e qualche auto incendiata erano una rara reazione coraggiosa e talvolta giusta, quale segno di malcontento e di ribellione all'ingiustizia. Lo Stato per Prezzolini non è un organo morale né intellettuale, i suoi ruoli più importanti sono la garanzia dell'ordine pubblico e la difesa dall'estero, mentre non deve interferire in altre manifestazioni specialmente in campo culturale perché ogni volta che detta le regole di filosofia, di narrativa, di arte e di urbanistica fa fiasco. L'editore Vanni Scheiwiller le pubblicò nel 1975 con una raffinata edizione di duemila copie con nove incisioni originali di Leo Longanesi che si esaurì in un batter d'occhio diventando subito introvabile. Molte proposte, senza contenuti raccapriccianti come quelle di Swift, considerate assurde e irrealizzabili nell'elaborazione prezzoliniana, contengono idee che inducono a pensare su spunti mai considerati adeguatamente, non tutti irrealizzabili né inattuali. Chi può dire se il Veneto austro-ungarico, Trieste porto franco dell'Europa, Genova, le coste liguri e la Corsica unite alle Baleari in una federazione mediterranea sotto la protezione spagnola avrebbero dato risultati più vantaggiosi di quelli che abbiamo visto. I torinesi uniti alla Francia avrebbero forse avuto miglior sorte senza bisogno della contessa Castiglione.



## AFORISMI DI PREZZOLINI

Ideale italiano è guadagnare bene facendo poco, se non ci si riesce l'alternativa è guadagnare poco facendo meno.

L'Italia non è democratica né aristocratica, è anarchica, tutto il male dell'Italia viene dall'anarchia. Ma anche tutto il bene.

I fessi hanno dei principi, i furbi soltanto fini.

In Italia gli uccelli non volano: scappano.

L'italiano tollera la grossa ingiustizia, quella che lo fa arrabbiare è la piccola.

La sola libertà dell'italiano è fare i propri comodi.

Il fesso si interessa al problema della produzione, il furbo a quello della distribuzione.

È troppo per un marito essere civetta e bigotta: una moglie dovrebbe optare.

Tutto in Italia è in ritardo quando si tratta di iniziare un lavoro. Tutto è in anticipo quando si tratta di smetterlo.

Gli ebrei autoproclamandosi popolo eletto sono stati gli inventori del razzismo.

I figli educano i genitori, quanto i genitori i figli.

Gli spiriti nobili cercano gli errori. Gli spiriti meschini cercano gli sbagli.

Gli stati provocano la guerra, non i popoli.

La frigidità non è verginità.

Più si frequentano gli intellettuali e più si perde fede nell'intelligenza.

Mezzogiorno d'Italia è un'espressione più morale che geografica.

I profeti o sono popolari perché falsi o sono inascoltati perché vedono giusto.

In Italia nulla è stabile fuorché il provvisorio.

Soltanto gli animali si accontentano del necessario.

In Italia contro l'arbitrio che viene dall'alto non si è trovato altro rimedio che la disobbedienza che viene dal basso.

# DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2014



CONOSCERE  
E CURARE  
IL CUORE 2014

del  
XXVII Congresso del  
Centro per il Cuore  
e i Vasi  
di Bologna

EDIZIONI URBAN  
Firenze, 13-15-16 Marzo 2014

## *Aterosclerosi nelle mummie e nuovi scenari fisiopatologici: non è solo un problema di dieta*



Intervista di **Filippo Stazi**

**Claudio Rapezzi,**  
Policlinico S.Orsola-Malpighi e Alma Mater, Università di Bologna

**Professor Rapezzi per gran parte della storia dell'umanità, le due principali cause di morte sono state le infezioni e le carestie. Da poco più di 50 anni, nel mondo occidentale, lo scenario è radicalmente cambiato e la principale causa di morte in questa vasta area del pianeta è invece rappresentata dall'aterosclerosi e dalle sue complicanze. Questo radicale mutamento epidemiologico è generalmente messo in conto alle peculiari abitudini di vita del mondo occidentale e in particolare all'eccedenza di cibo, all'esubero di calorie totali ed in particolare di quelle derivate dai grassi e dalle proteine. In altri termini l'aterosclerosi è spesso considerata un epifenomeno del modello occidentale di civilizzazione. Ma le cose stanno effettivamente così?**

Non proprio e lo stiamo capendo grazie allo studio sistematico mediante Tomografia Computerizzata (TC) di mummie provenienti da differenti aree geografiche del pianeta e risalenti a 3000-4000 anni fa. Tale approccio ha portato un contributo critico alla discussione sulle reali cause e meccanismi dell'aterosclerosi. La TC è uno strumento clinico importante e ampiamente accettato per valutare la presenza e l'estensione della calcificazione vascola-

re. L'entità della calcificazione all'interno della placca aterosclerotica rilevata dalla TC è direttamente proporzionale all'estensione complessiva dell'aterosclerosi vascolare. Le immagini TC riescono a individuare i cristalli di idrossiapatite di calcio depositati nella parete dei vasi ed è dimostrato che tale reperto è fortemente indicativo, se non patognomonico, di aterosclerosi.

### **Che dati sono disponibili sull'argomento?**

Allam ha studiato 16 mummie egizie datate dal 1900 a.C. al 300 a.C. che presentavano un apparato cardiovascolare in buono stato di conservazione. Attraverso lo scanning TC è stato studiato il distretto vascolare di aorta, coronarie, carotidi e arterie femorali. La presenza di calcificazioni chiaramente identificabili nella parete di un'arteria era considerato segno diagnostico di aterosclerosi; la presenza di calcificazioni lungo il decorso previsto di un'arteria era ritenuto segno di probabile aterosclerosi. Placche aterosclerotiche ben definite erano presenti nel 31% dei casi (5 su 16), mentre un quadro di aterosclerosi probabile era presente nel 25% delle mummie (4 su 16); complessivamente il 56% delle mummie (un totale di 9 su 16) presentava un quadro di aterosclerosi certa o probabile. Questo rilievo, per certi versi sorprendente, soprattutto se si considera la relativa giovane età della popolazione (in media 42 anni), conferma che l'aterosclerosi non era affatto rara nella popolazione di mezza età degli antichi egizi di elevato status sociale (le mummie sono infatti di faraoni o sacerdoti).



Un altro studio analogo ha valutato, sempre con la TC, 44 mummie egizie con strutture cardiovascolari ben identificabili (coronarie, carotidi, aorta, arterie iliache, arterie femorali/poplitee/tibiali) e di alto rango sociale (faraoni, loro familiari, sacerdoti): il 45% (20 su 44) presentava un quadro di aterosclerosi certa (definita dalla presenza di ispessimento intimale associato a calcificazioni dentro la parete vascolare), il 27% (12 su 44) mostrava un quadro di aterosclerosi probabile (definita dalla presenza di calcificazioni lungo il presunto decorso di un'arteria). L'età media dell'intero gruppo di mummie era  $38 \pm 12$  anni; l'età media delle mummie con aterosclerosi certa o probabile era più alta rispetto a quella senza aterosclerosi (45,1 vs 34,5 anni), con valore significativo nella correlazione tra età avanzata e presenza di aterosclerosi. Non a caso, infatti, con l'aumentare dell'età la probabilità di avere placche aterosclerotiche aumentava del 9,6%. Non si evidenziavano differenze tra i sessi. Sono stati studiati 5 distretti vascolari: coronarie, carotidi, aorta, iliache, arterie femorali/poplitee/tibiali. Il numero di distretti vascolari mediamente coinvolti nelle mummie con placche era di 2,2, mentre le mummie che avevano almeno 3 distretti vasco-

lari ateromasici avevano un'età di norma superiore ai 40 anni. Il distretto più colpito dall'aterosclerosi risultava essere l'aorta (32% delle mummie totali, 14/44), seguita dai distretti periferici (arterie femorali/poplitee/tibiali 30%, 13/44), poi carotidi (18%, 8/44), iliache (14%, 6/44) e infine coronarie (7%, 3/44).

Dunque, delle 44 mummie analizzate quasi la metà (il 45%) aveva calcificazioni vascolari suggestive di aterosclerosi conclamata, mentre un quarto (27%) aveva lesioni compatibili con un quadro di probabile aterosclerosi. Certamente il numero di soggetti esaminato è piccolo in confronto ai moderni studi epidemiologici ma questa analisi porta alla conclusione che l'aterosclerosi era senza dubbio comune nell'antico Egitto.

Lo studio più ampio e autorevole a questo riguardo è però quello recentemente pubblicato da Thompson. Mediante TC con ricostruzione 3D sono stati analizzati i letti vascolari di 137 mummie di quattro differenti regioni del mondo attraverso 4000 anni di storia: 76 mummie egizie (3100 a.C. - 360 d.C.), 51 mummie di antiche popolazioni peruviane (200-1500 d.C.), 5 mummie di indigeni americani dell'altopiano del Colorado (1500 a.C.-1500 d.C.) e 5 mummie di antiche popolazioni "unangane" delle isole Aleutine dell'attuale Alaska (1750-1930 d.C.). Analogamente allo studio di Allam, la diagnosi di aterosclerosi era definita certa se la placca calcifica risultava dentro alla parete vascolare, probabile se la calcificazione si trovava lungo il percorso previsto di un vaso arterioso. L'età media alla morte era, ancora una volta, molto bassa (36 anni). La pre-

senza di aterosclerosi certa è stata riscontrata nel 18% delle mummie, un quadro di aterosclerosi probabile era evidente nel 16%: complessivamente il 34% delle mummie (47 su 137) documentava un quadro di aterosclerosi.

Il distretto più colpito era l'aorta (20% dei casi), seguito dalle arterie ileo-femorali (18%), poplitee-tibiali (18%), carotidi (12%) e infine arterie coronarie (4%). Le mummie con aterosclerosi, analogamente agli studi precedentemente descritti, avevano un'età mediamente più alta di quelle senza aterosclerosi (43 vs 32 anni). Un'età più avanzata era associata ad una maggiore severità e a una maggiore estensione di aterosclerosi: per ogni decade è stato documentato un aumento del 69% del rischio di aterosclerosi. Anche dopo aggiustamento per la posizione geografica delle mummie (Egitto vs Americhe), l'età ha continuato ad essere statisticamente correlata all'aterosclerosi.

**Oltre che essere antropologicamente ed etnograficamente interessanti, i risultati dell'esplorazione vascolare radiologica delle mummie offrono elementi di riflessione clinica e fisiopatologica, con ricadute potenziali sulla diagnosi e la terapia dei pazienti del terzo millennio dopo Cristo ma siamo sicuri che le calcificazioni corrispondano realmente a lesioni aterosclerotiche?**

Nella discussione nata da queste evidenze alcuni autori hanno ipotizzato che l'alta percentuale di aterosclerosi in popolazioni differenti, relativamente giovani e senza apparenti fattori di rischio cardiovascolare sia

giustificata anche da altri meccanismi che favoriscono lo sviluppo della placca: l'insufficienza renale cronica, le alterazioni del metabolismo del calcio e del fosforo, la presenza di micro-infiammazioni croniche che determinano uno stato pro-flogistico permanente. In realtà la maggior parte degli autori concorda sulla natura aterosclerotica delle calcificazioni sulla base di una serie di osservazioni:

- i distretti vascolari interessati (aorta, coronarie, carotidi, iliache e arterie periferiche degli arti inferiori) sono quelli più frequentemente e classicamente interessati dai processi aterosclerotici
- è identificabile una chiara relazione fra presenza ed estensione delle calcificazioni ed età della persona deceduta
- (limitate) esperienze autoptiche hanno chiaramente evidenziato lesioni aterosclerotiche nelle mummie egizie e degli abitanti delle Aleutine.

**Chi erano, in vita, le mummie studiate con TC, che abitudini di vita e che alimentazione avevano, quali erano i fattori incrementali di rischio aterosclerotico già operativi all'epoca?**

Per ritornare nello specifico degli studi sulle mummie precedentemente analizzati, sono state rilevate evidenze di aterosclerosi in quasi tutte le epoche dinastiche dell'antico Egitto e in una quota significativa di mummie di diverse regioni geografiche di differenti epoche. È difficile stimare realmente i fattori di rischio cardiovascolare dell'epoca. La prevalenza di diabete e ipertensione durante l'epoca dinastica dei



faraoni non è nota ma si sa che gli egiziani non fumavano tabacco, non mangiavano cibi elaborati o particolarmente grassi. D'altra parte è noto che i sacerdoti e i faraoni non conducevano una vita particolarmente attiva. Per quanto riguarda la dieta, pur non avendo notizie dettagliate, l'agricoltura era ben consolidata in Egitto e il consumo di carne sembrava essere comune tra i soggetti di alto status sociale. Se ci si basa sulle iscrizioni geroglifiche di alcuni templi egizi si può dedurre che la dieta era costituita da carni bovine, ovine, caprine, una certa quota di selvaggina, pane, frutta e talora anche dolci. Pare che la dieta degli antichi egizi (in particolare dell'alta società egizia di cui ci sono pervenuti i corpi mummificati) presentasse una certa quota di lipidi. Una dieta parzialmente "aterogena" (comunque molto meno aterogena di quella moderna) era infatti diffusa soprattutto tra i sacerdoti, che nelle feste rituali consumavano grandi quantità di cibo

lasciate dalle famiglie dei defunti.

Nello studio di Thompson sono state analizzate le varie diete delle popolazioni in esame. Le diete di questi popoli erano piuttosto disparate, come lo erano i climi. Pesce e selvaggina erano generalmente presenti in tutte le culture studiate. Tra gli egiziani le fonti proteiche derivavano prevalentemente da bestiame (soprattutto bovini, ovini, maiali, quaglie, oche); altri cibi diffusi erano grano, orzo, olive, fagioli, verdure (lattuga, cavoli, cetrioli, cipolle, ravanelli), datteri, birra, vino.

Gli antichi peruviani avevano la possibilità di coltivare terreni agricoli ricchi di mais, patate, arachidi, fagioli, peperoni, banane, peperoncino, oltre a carne di anatra, rane, uccelli e cervi delle Ande.

Le mummie dell'altopiano del Colorado appartenevano a cacciatori e agricoltori-raccoglitori che si nutrivano prevalentemente di mais, zucca, bacche, semi e anche cacciagione (conigli, roditori, pecore, cervi, daini).

La dieta degli Unangani/Aleutini si basava prevalentemente sulla pesca (foche, leoni marini, piccoli pesci, ricci di mare, uccelli marini e loro uova) e sull'approvvigionamento di bacche, frutti di bosco, semi di frutti.

### **Quali spunti di riflessione fisiopatologica emergono dal rilievo di aterosclerosi nelle mummie di civiltà preindustriali?**

Dai dati presentati si può chiaramente dedurre che l'aterosclerosi, lungi dall'essere una malattia esclusivamente moderna, sia in effetti una patologia trasversalmente diffusa in mummie di diverse epoche, di differenti culture in numerose zone geo-

grafiche del mondo.

Prima dell'era moderna le più comuni cause di morte erano le malattie infettive, le carestie e le patologie traumatiche. Forse l'adattamento genetico ha favorito nel corso dei secoli una risposta infiammatoria vantaggiosa per combattere le infezioni (risorsa particolarmente utile nell'infanzia nella risposta anticorpale) ma questo adattamento pro-flogistico potrebbe avere potenzialmente promosso lo sviluppo dell'aterosclerosi nelle fasi più tardive della vita. Diversi studi dimostrano che l'infiammazione gioca un importante ruolo sia nella aterosclerosi sia nell'invecchiamento.

I risultati degli studi di Allam e di Thompson documentano la presenza di un quadro di aterosclerosi in stadio avanzato evidente già 3000-4000 anni fa in una popolazione che oggi definiremmo relativamente giovane ma che rappresenta l'aspettativa di vita media dell'epoca. Considerando la diffusione della patologia ateromasica in una popolazione relativamente giovane, con età media di 42, 38 e 36 anni nei 3 studi analizzati e considerando la dieta relativamente povera di grassi di queste antiche popolazioni pre-moderne, possiamo dedurre che i fattori che determinano lo sviluppo della patologia ateromasica siano solo in parte spiegabili da queste variabili.

L'analisi sulla prevalenza di calcificazioni vascolari in 650 pazienti asintomatici contemporanei (età media 57 anni) mediante TC total body ha mostrato che nella fascia di età da 50 a 60 anni erano presenti calcificazioni vascolari nel 92% degli uomini e nel 72% delle donne. Inoltre, tutti gli uo-

mini oltre i 60 anni e tutte le donne oltre i 70 anni mostravano placche ateromasiche calcifiche in almeno un letto vascolare.

Uno studio condotto su 976 uomini asintomatici di età superiore ai 65 anni, di diverse razze, ha documentato l'altissima incidenza di calcificazioni dell'aorta addominale in tutte e quattro le etnie: 97% nei bianchi caucasici, 96% nei cinesi, 91% negli ispanici, 80% negli afroamericani. I tradizionali fattori di rischio (età, familiarità per malattia coronarica, dislipidemia, fumo, diabete, ipertensione arteriosa) erano predittori di ateromasia. Uno studio autoptico su una popolazione multi-etnica di oltre 600 giovani (15-19 anni) ha rivelato in tutti la presenza di iniziale ateromasia aortica e in oltre la metà si evidenziavano iniziali lesioni ateromasiche nelle arterie coronarie.

Questi studi condotti sulla popolazione moderna suggeriscono che il processo ateromasico inizia molto presto (già dall'inizio della terza decade) e diviene evidente in oltre il 90% dei soggetti ultrasessantenni.

Gli studi di imaging sulle mummie confermano questo dato anche nelle popolazioni antiche: il fattore "età" appare determinante nello sviluppo della placca anche in epoca pre-moderna. Mummie di età più avanzata presentano più frequentemente letti vascolari con placche ateromasiche, con un coinvolgimento tendenzialmente multivasale e con una correlazione statisticamente significativa: l'aterogenesi sembra quindi essere una diretta conseguenza dell'invecchiamento e sembra essere evidente già a partire dalla quarta decade.

È difficile ipotizzare un confronto diretto di prevalenza di aterosclerosi tra le popolazioni antiche e la popolazione contemporanea, sia per la mancanza di tutte le strutture vascolari nelle mummie analizzate, sia per la differente dieta, sia per la più giovane età della popolazione pre-moderna (dovuta alla significativamente più bassa aspettativa di vita).

Anche se è impossibile affermare con certezza la presenza di sindromi cliniche associate all'aterosclerosi in queste popolazioni antiche, studi moderni relativi all'epidemiologia vascolare suggeriscono l'alta probabilità che l'aterosclerosi determinasse, allora come oggi, patologie vascolari clinicamente rilevanti. Adirittura, geroglifici di antichi papiri egiziani menzionano sintomi riconducibili all'angina, all'infarto miocardico acuto e all'insufficienza cardiaca congestizia.

Tutte e quattro le popolazioni vivevano in un momento in cui le infezioni rappresentavano un aspetto comune della vita quotidiana e la principale causa di morte. Negli ultimi due secoli quasi i tre quarti della mortalità della popolazione è stato attribuito alle infezioni e solo il 10% all'invecchiamento.

Questo dato è interessante, soprattutto se si considera l'elevato livello di infezione e infiammazione cronica nell'epoca pre-moderna, favorite anche dalle scarse condizioni igieniche e dall'assenza totale di antibiotici: sarebbe dunque stata questa condizione pro-flogistica semipermanente (e non solo la dieta o lo stile di vita) ad avere promosso lo sviluppo dell'aterosclerosi

in queste popolazioni antiche.

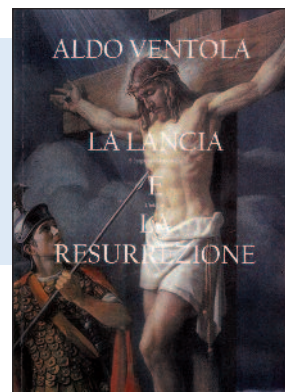
Questa ipotesi sarebbe coerente con l'evidenza di accelerata aterosclerosi nei pazienti che oggi soffrono di artrite reumatoide e lupus eritematoso sistemico. Quello che ancora oggi non conosciamo in maniera approfondita sono le varianti genetiche, le loro interazioni e il loro ruolo nella risposta infiammatoria e immunitaria, nell'aterogenesi e nella selezione naturale delle popolazioni.

Considerando tutti questi aspetti, la presenza di placche non sarebbe quindi un reperto da imputare semplicisticamente alla dieta e allo stile di vita sedentaria. L'aterogenesi è un meccanismo complesso e multifattoriale in cui concorrono molteplici fattori che interagiscono tra loro: la predisposizione genetica, la dieta, lo stile di vita, i tradizionali fattori di rischio ambientale, la risposta immunitaria, l'infiammazione e l'invecchiamento dei tessuti.

**Professor Rapezzi quali conclusioni possiamo quindi trarre dalla nostra chiacchierata?**

Le evidenze riportate dai recenti studi sulle calcificazioni vascolari aterosclerotiche nelle mummie di popolazioni antiche contrastano con la convinzione che l'aterosclerosi sia una malattia esclusivamente dell'epoca moderna, sostenuta essenzialmente dalle peculiarità dell'alimentazione e dello stile di vita della "civilizzazione". Queste recenti scoperte sottolineano come la nostra comprensione dei fattori causali dell'aterosclerosi sia largamente incompleta e come il naturale processo dell'invecchiamento umano concorra in modo determinante allo sviluppo della patologia ateromasica all'interno di civiltà eterogenee e differenti, separate da ampie distanze geografiche e distribuite nel corso di un lungo arco di tempo. Questo dato suggerisce che la malattia ateromasica non è una componente strettamente specifica della dieta e strettamente dipendente dallo stile di vita ma è in realtà un fattore intrinseco e ineludibile che fa parte dell'invecchiamento dei tessuti umani: è cioè un dato non strettamente socio-culturale ma biologico-evolutivo.

tra i libri ricevuti







Every second counts.  
Every choice matters.  
Every move deliberate.

# MORE CONTROL. LESS RISK.

St. Jude Medical is focused on reducing risk by continuously finding ways to put more control into the hands of those who save and enhance lives.

[SJMprofessional.com](http://SJMprofessional.com)



ST. JUDE MEDICAL™

MORE CONTROL. LESS RISK.

# Qualche secondo di buonumore

C'erano una volta un uomo perfetto e una donna perfetta che si incontrarono.  
Dopo essersi fatti una corte perfetta si sposarono.  
La loro unione era perfetta.  
Una vigilia di Natale, di notte, la coppia perfetta viaggiava a bordo di una macchina perfetta lungo una strada deserta, quando videro un uomo in difficoltà sul bordo della strada.  
Essendo perfetti si fermarono per dare soccorso.

La persona in difficoltà era Babbo Natale, con il sacco pieno di regali.  
Non volendo che migliaia di bambini restassero delusi da questa vigilia di Natale la coppia perfetta fece salire sulla macchina Babbo Natale e i doni e lo accompagnarono a distribuirli.  
Sfortunatamente, a causa del maltempo, i tre ebbero un incidente.  
Solo uno dei tre sopravvisse.  
Quale?

La donna perfetta è sopravvissuta!  
Infatti è la sola persona di questa storia che esiste veramente.  
**Tutti sanno che l'uomo perfetto e Babbo Natale non esistono.**

Le donne devono smettere di leggere a questo punto.  
La storia per loro è finita.  
Gli uomini possono continuare.

(Solo gli uomini, ho detto!)

Dunque, se l'uomo perfetto e Babbo Natale non esistono ... guidava per forza la donna.  
**Ciò spiega l'incidente!**

D'altra parte, se sei una donna e stai leggendo a questo punto, stiamo semplicemente dimostrando un'altra verità:  
**la donna non ascolta mai ciò che le si dice!!**



# Parole che aiutano a vivere

di Bruno Domenichelli



## Bacio

- Il nostro primo bacio non te lo chiesi né te lo rubai. Nella penombra, accadde.
- Il gabbiano delle tue labbra mi ridesta primavere antiche.

## Big bang

- Un lampo immenso squarciò il nulla e l'energia si dilatò a dismisura invadendo uno spazio inesistente.

## Cattedrale

- L'ultimo giorno, in quella cattedrale di musica voglio entrarci cantando. E incamminarmi a fronte alta, lungo quella navata di luce intravista, quasi per caso, in una sera d'estate.

## Chagall

- Profetica saggezza di un'immaginazione capace di liberare dalle sue leggi fisiche la realtà del visibile, scoprendo così la sua vera essenza, sfuggente alle definizioni della ragione ed esplorabile solo attraverso la dimensione dell'inconscio e del sogno.

## Cicli

- Autunno e primavera: poli dell'eterno ciclo della sinusoide dell'universo che pulsa all'unisono coi ritmi interni dell'uomo.

## Codici cromosomici

- Primavera: nei semi nascosti sotto la neve, geroglifici di codici



**Cattedrale**  
Navata della cattedrale di Colonia  
*...in quella cattedrale di musica voglio entrarci cantando.*



### Codici cromosomici

Kandinsky. *Centro giallo*.

...codici geneticamente immutabili, custoditi nello scrigno del nucleo delle cellule protendono invisibili antenne, sintonizzate a percepire l'ordine che il momento di rinnovare il ciclo è giunto.

cromosomici geneticamente immutabili, custoditi nello scrigno del nucleo delle cellule, protendono invisibili antenne, sintonizzate a perce-

pire l'ordine che il momento di rinnovare il ciclo è giunto.

- La neve ha ricoperto la terra oscura del grano e già cromosomici graffiti incidono la memoria preistorica del seme, prefigurando canti di solari cicale e musiche di venti che scolpiranno ondate nel lungo respiro delle spighe.

### Conchiglie

- Seguire con gli occhi dell'immaginazione le fantasie architettoniche del segno unificante della spirale significa intravedere il motivo conduttore della segreta sinfonia che pervade il creato.
- Conchiglie: architetture in cui la natura stessa ci parla, suggerendoci segni cifrati di armonia e di bellezza.
- La vertigine matematica della spirale precipita nel cuore della conchiglia. In una ghiandola di mollusco si riepilogano cosmogonie di universi.

### Creatività

- In un magico gioco di caleidoscopi si accendono nella mente scintille e sprazzi di libere associazioni d'idee, che danno voci e suoni alle immagini. Creare è gustare il divertimento impagabile di giocare

con le parole, scoprendo alla fine, con sorpresa, di avere costruito cattedrali.

- Sintesi magiche in cui l'artista è poietès, cioè creatore di forme nuove e inaspettate di reali irrealità, insospettate e sconosciute allo stesso artefice.
- Crogiolo misterioso dove memorie personali apparentemente dimenticate, archetipi collettivi, percezioni intuitive del profondo ed esperienze rimosse si amalgamano con i processi della logica cosciente e si arricchiscono di contenuti ideali astratti di valore generale.
- Sinestesie scaturite sullo scrimine labile fra sonno e veglia, quando il suono si riveste di colori e l'azzurro canta e un profumo improvviso d'erba ridesta memorie struggenti di musica ascoltata insieme.
- Esplodono, nel buio, sinergie imprevedibili di parole e di idee. Sorpresa, al mattino, di avere costruito cattedrali.



### Creatività

Morris Louis. *Punto di tranquillità*.

In un magico gioco di caleidoscopi si accendono nella mente scintille e sprazzi di libere associazioni di idee che danno voci e suoni alle immagini...

## **Creazione**

- Un'alba immensa respirò, nel giorno del primo uomo, spalancata sul precipizio dei millenni.
- Ed ecco emergere improvvisamente, dal buio del nulla, le note di una fuga di Bach. Si spalancarono gli spazi e il mare si squarciò. Emersero le terre. Poi il sole illuminò la serena grandiosità di una terra pronta ad accogliere l'uomo.

## **Cronobiologia**

- La vita, in ogni sua manifestazione, è un'avvicinarsi di cicli, di onde generazionali che increspano la superficie del tempo, lasciandosi dietro barlumi di polvere fosforescente.
- Nel cuore del seme immutabili codici segretamente scandiscono i cicli delle stagioni sul precipizio del Tempo.

## **Definizione**

- Definire un concetto significa circoscriverlo e presentarlo isolato in una sintesi che ne chiarisca l'essenza e ne conservi integra la carica di significati e di emozioni.

## **Depressione**

- La sabbia del malcontento impietrisce il desiderio di vivere.

## **Disarmonia**

- Tace il direttore d'orchestra; la sinfonia si spegne, sgranandosi in accordi dissonanti di scordati strumenti. Si distorce la segreta sinusoide dei ritmi endogeni.
- Lentamente scolorano nel cielo grovigli di aurore boreali, lacerate da tronchi d'al-

beri carbonizzati drizzati contro il cielo.

- Ultrasuoni terribili confondono balene impazzite arenate sulla riva del mare.

## **Disamore**

- Si aprono voragini vuote scavate dal sacrilegio di non sapere vivere.

## **Disperazione**

- Disperarsi, spesso, fa solo il gioco della belva in agguato dentro di noi, aumentando la nostra vulnerabilità, fisica e mentale, ai suoi attacchi fatali.

## **Divulgazione scientifica**

- Difficilmente la scienza medica raggiunge certezze imm modificabili. È un monito affinché, nel divulgare la scienza, si ricorra più spesso al tempo condizionale e meno al punto esclamativo.
- Il coraggio di essere semplici. La fantasia, per accendere scintille di comprensione.

## **Dolore**

- Ho trovato in una piega della terra una bianca colomba assiderata.
- Riemergono dai millenni le lamentazioni di donne dolenti in veli neri, salmodianti da antiche terre mediterranee. Così, in una corale compartecipazione, la sofferenza si stempera, facendosi dolore collettivo.

## **Doni**

- Insegnaci a non confondere i tuoi doni, nel grigiore di giornate estenuate; a non sprecarli, soffocandoli col rumore delle cose inutili; a non disperderli, nel buio del non amore.

## Drago

- Emblematico simbolo di ogni male in agguato “fuori” di noi, il drago è nel contempo raffigurazione dei mali nascosti “dentro” di noi, dei nemici oscuri che ognuno alimenta all’interno del proprio spirito, delle paure ataviche e personali rimosse nelle zone buie della coscienza.

## Droga

- Quando la morte coglie improvvisamente, sul pavimento di un bagno pubblico, con la siringa ancora conficcata nel

braccio; immagini oscene di corpi volontariamente dissacrati.

- Dopo il lampo, acceso nel cervello per la noia di vivere, i diamanti del sogno si disfano disperati nelle tue mani che tremano, brandelli di carta stagnola che il pianto consuma.

## Dubbio

- L’accettazione psicologica dell’incertezza diviene per il medico e per il paziente ineludibile virtù esistenziale e quando si fa condivisa apre le porte alla vera empatia.

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

**Salvatore Barra** di Roma

**Giovanna Berti Donini** di Ferrara

**Vito Cagli** di Roma

**Alessandro Distante** di Mesagne

**Mariano Manfredi** di Cosenza

**Giulio Cesare Peris** di Genova

**Carlo Racani** di Roma

**Giuseppe Riggio** di Verbania

**Carmen Sciuto D’Arrigo** di Roma

**Ernesto Sgarbi** di Pesaro

## Al borsino della dieta sale il pomodoro, crollano vino e cioccolato

La dieta mediterranea segna un altro punto a suo favore. I ricercatori di Cambridge hanno infatti recentemente pubblicato sulla rivista Plos One uno studio sugli effetti cardiovascolari del licopene, una sostanza del gruppo dei carotenoidi, dalla potente azione antiossidante, che è presente nel pomodoro, cui conferisce il caratteristico colore rosso, e nei suoi derivati. La somministrazione quotidiana di 7 mg di questa sostanza per due mesi in soggetti con o senza malattie cardiache ha infatti mostrato un miglioramento della cosiddetta vasodilatazione endoteliodipendente nei soggetti cardiopatici che tornava a livello dei soggetti esenti da patologia. La perdita della capacità dell'endotelio, cioè dello strato interno della parete arteriosa, di incrementare il flusso sanguigno in accordo con un aumento delle necessità è una delle prime anomalie che compaiono in presenza di malattie cardiovascolari e il ripristino di tale peculiarità costituisce uno dei principali obiettivi delle terapie cardiologiche. Lo studio sembra quindi confermare ancora una volta l'importanza e i benefici della dieta non solo nella prevenzione ma anche nella terapia delle malattie cardiache. Resta da capire il meccanismo con cui si esplicano tali benefici.

L'azione antiossidante da sola non sembra essere sufficiente visti i deludenti risultati di un altro studio che ha valutato gli effetti del resveratrolo, un polifenolo presente nel vino rosso, nella cioccolata ed anche nelle noccioline che veniva considerato un possibile alleato della nostra salute proprio in considerazione

delle sue presunte capacità antiossidanti oltre che antiinfiammatorie ed antineoplastiche. La ricerca, cui si deve almeno il merito di essersi scelta l'acronimo più bello della storia della ricerca cardiologica, InCHIANTI, è stata condotta su 783 soggetti di almeno 65 anni residenti nei due paesi di Greve in Chianti e Bagni a Ripoli e non ha purtroppo evidenziato alcun rapporto benefico tra l'assunzione con la dieta del resveratrolo, valutata in base al dosaggio dei suoi metaboliti urinari, e la mortalità totale o l'insorgenza di malattie cardiovascolari e neoplastiche.

Che all'inizio del 900 Luigi Bertelli, il papà di Gian Burrasca e della sua pappa al pomodoro, avesse già capito tutto?



F. S.

# I parenti dei pazienti con cardiopatia coronarica prematura sono ad alto rischio di svilupparla.

## Perchè non valutarli prima?

di **Sabino Scardi**



Possiamo e dobbiamo individuare i potenziali candidati alla cardiopatia coronarica: i giovani.

In questo contesto un ruolo importante può essere svolto dai programmi educativi per la salute nelle scuole. Ciò che noi facciamo per un quarantenne o un cinquantenne è molto meno importante di ciò che potremmo fare per lo stesso individuo in età giovanile. Noi abbiamo attualmente sufficienti conoscenze per cominciare a educare il pubblico su come prevenire la cardiopatia coronarica.

*(PD White 19.9.1969)*

Negli Stati Uniti e in Europa le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di morbidità e mortalità e il trend è identico anche per il nostro Paese. È necessario perciò un insieme di interventi diretti alla prevenzione di tali malattie anche per ridurre l'onere economico per la società. Per ridurre l'incidenza di eventi cardiovascolari sono necessari: il miglioramento della stima del rischio cardiovascolare globale, il monitoraggio dei database delle tendenze cardiovascolari e lo sviluppo di iniziative legislative ed educative della popolazione.

Lo studio INTERHEART, che ha coinvolto 52 Paesi e circa 30.000 indivi-





dui, ha concluso che fumo, obesità addominale, lipidi in eccesso, ipertensione, diabete e sedentarietà, basso consumo di frutta e verdura rappresentano i fattori di rischio con impatto più importante nel favorire l'aterosclerosi in tutto il mondo, a qualunque età e in tutti i Paesi. Questo e altri studi suggeriscono che questi fattori sono mediati dallo stile di vita familiare condiviso e da un sfondo genetico.

È da rilevare però che molti individui non conoscono neppure il loro livello di rischio e coloro che sono in trattamento preventivo spesso lo limitano a quello farmacologico senza prendere in considerazione le modificazioni dello stile di vita. Infine spesso i trattati non raggiungono i valori desiderabili fissati dalle linee guida, perciò è frequente la gestione non ottimale. Infine coloro che assumono i farmaci spesso sono poco aderenti alla terapia (50%). In definitiva solo una modesta parte del rischio cardiovascolare è effettivamente eliminata con la prevenzione primaria.

L'American Heart Association con il progetto Million Hearts si è impegnata per migliorare la salute della popolazione americana (giovani e adulti) del 20% entro l'anno 2020.

Esiste però una popolazione di soggetti figli o parenti di pazienti con cardiopatia coronarica prematura che sono a più alto rischio di sviluppare a loro volta una cardiopatia coronarica nel corso della propria vita.

### **Perché una prevenzione preprimaria?**

Nonostante i risultati favorevoli della prevenzione primaria della cardiopatia coro-

narica, vi è un consenso quasi unanime sulla superiorità, almeno teorica, della prevenzione preprimaria o primordiale da attuarsi nei giovani. Infatti, quando gli individui raggiungono l'età media della vita senza fattori di rischio, la protezione cardiovascolare è straordinaria e godono di altri 10 anni di vita in più.

Il termine prevenzione primordiale o preprimaria fu introdotto da Strasser nel 1978 ed è il frutto di abitudini di vita salutari. È il metodo preferito per ridurre il rischio cardiovascolare e si riferisce alle caratteristiche dello stile di vita comportamentale che consentono di raggiungere un livello di salute che non permette di far apparire i fattori di rischio.

Recenti studi suggeriscono che la prevenzione primordiale è in grado di ridurre il tasso dei decessi per cardiopatia coronarica del 10%. Una serie di linee guida per la promozione della salute cardiovascolare americane ed europee suggerisce di promuovere la riduzione dei fattori di rischio durante l'infanzia e l'adolescenza. Poiché modelli di comportamento e stili di vita appresi durante l'infanzia, tendono a mantenersi anche in età adulta, sembra ragionevole supporre che i comportamenti e i fattori di rischio che si associano all'aterosclerosi in età adulta si sviluppano presto nella vita. Gli interventi di sanità pubblica devono tendere a mantenere nei giovani il bene prezioso della salute cardiovascolare. Infatti, è stato dimostrato che il livello di salute cardiovascolare nell'infanzia predice la salute cardiovascolare in età adulta, e i fattori di rischio presenti nel-

l'infanzia predicono anche la comparsa delle lesioni subcliniche dell'aterosclerosi (quali un maggior ispessimento dell'intima media delle carotidi e/o le calcificazioni coronariche).

Se un adulto raggiunge l'età media della vita con livelli ottimali di tutti i fattori di rischio cardiovascolari, il rischio resterà basso per tutta la vita e ciò si associerà ad una più lunga sopravvivenza. La salute cardiovascolare è condizionata da sette comportamenti e fattori di salute: assenza di fumo, basso indice di massa corporea, dieta sana, attività fisica regolare, valori desiderabili di pressione arteriosa, glicemia e colesterolo totale.

Perciò, la profilassi preprimaria dell'aterosclerosi deve iniziare il più presto possibile per evitare la comparsa delle lesioni permanenti. Infatti, un lungo "contatto" con i fattori di rischio fino ad oggi noti può rendere meno reversibile il rischio, perché nell'infanzia si disegnano le abitudini e gli atteggiamenti nei confronti della vita. Ad esempio i giovani imparano a fumare fra gli 8 e i 15 anni nella scuola, oltre che nella famiglia a causa dei genitori e dei nonni fumatori perché danno loro la possibilità di gestire le sigarette e gli altri accessori per il fumo. L'educazione sanitaria alla salute è perciò un elemento principale della prevenzione in cardiologia in particolare in età scolastica. Insegnare sane abitudini di vita fin dall'infanzia è la chiave del successo anche perché in questo modo si combatte il cosiddetto analfabetismo sanitario, secondario

al basso livello di conoscenze sulla salute cardiovascolare, così come la potenziale scarsa adesione dei soggetti ai programmi di educazione sanitaria.

Le componenti sfavorevoli per la salute cardiovascolare presenti già nei giovani richiedono iniziative politiche di salute pubblica con il supporto dei genitori, operatori sanitari, educatori, per innescare un movimento sociale idoneo a facilitare il cambiamento degli stili di vita per migliorare lo stato, al momento preoccupante, della salute cardiovascolare nella popolazione giovanile al fine di evitare un'aumentata incidenza di malattie coronariche quando i giovani attuali raggiungono l'età adulta.

### **I familiari dei pazienti con cardiopatia coronarica prematura.**

Una fascia di popolazione particolarmente a rischio sono i familiari dei soggetti che hanno avuto una qualsiasi forma clinica di cardiopatia coronarica (angina pectoris, infarto del miocardio, angioplastica coronarica, bypass aortocoronarico) prematuramente (al di sotto dei 55 anni per gli uomini e dei 65 per le donne). Questi individui sono ancora a più alto rischio per motivi genetici ed ambientali (abitudini e stili di vita familiari).

Per affrontare questa problematica abbiamo proposto all'Associazione Nazionale Medici Cardiologici Ospedalieri (ANMCO) lo studio PARSIFAL (Premature Atherosclerosis Study in Italian FamiLes) per verificare se, anche nel nostro Paese, i parenti di questi pazienti sono ad alto rischio.

Esplorare la vita



Realizzare i sogni

Science For A Better Life



Ci sono già sette miliardi di individui che vivono sul nostro pianeta e il numero continua a crescere di duecentoventimila unità ogni giorno. Come si può garantire l'alimentazione a un numero sempre maggiore di persone senza arrecare danni all'ambiente?

Come si può accrescere il benessere di ognuno e prevenire le malattie? Come sviluppare materiali nuovi che aiutino a conservare le risorse? La ricerca Bayer contribuisce a fornire soluzioni migliori a tali problematiche. La società è costituita da tre aree di business: Salute, Agricoltura e Materiali Innovativi. Campi nei quali Bayer è già un leader globale e la cui importanza per il futuro dell'umanità cresce ogni giorno.

[www.bayer.it](http://www.bayer.it)



Bayer: HealthCare CropScience MaterialScience

# Aggiornamenti su sesso e cuore

di Eligio Piccolo

È un argomento di cui su questa nostra rivista, tra il serio e il faceto, ci siamo spesso occupati. Poiché però la medicina avanza sia nelle conoscenze che nei rimedi volentieri informiamo i nostri lettori sulle nuove certezze e sulle previsioni. Essi tuttavia devono sapere che molte cose non sono affatto cambiate e che soprattutto non lo è la reticenza di molti pazienti, reduci da un infarto o con una cardiopatia limitante in qualche modo la loro performance, nel confessare al medico le preoccupazioni o le difficoltà con il partner. È ancora un problema che affonda le sue radici nella complicata psicologia di ognuno e nel pudore, ma che si sta lentamente sciogliendo visto che i giornali ne parlano sempre meglio e con dati che rendono quel problema più razionale che emotivo, ma anche a misura che le soluzioni terapeutiche ci allontanano dalle credenze sul corno di rinoceronte e acquistano maggiore concretezza scientifica. Si tenga presente che fino a qualche anno fa si era calcolato che il 61% dei cardiopatici gradirebbe parlare dei loro problemi sessuali con il medico curante, ma solo il 15% riesce a farlo.

I malati con insufficienza cardiaca cronica, secondo alcune moderne ricerche, riferiscono una loro disfunzione sessuale dal 60% fino al 90% dei casi, caratterizzata

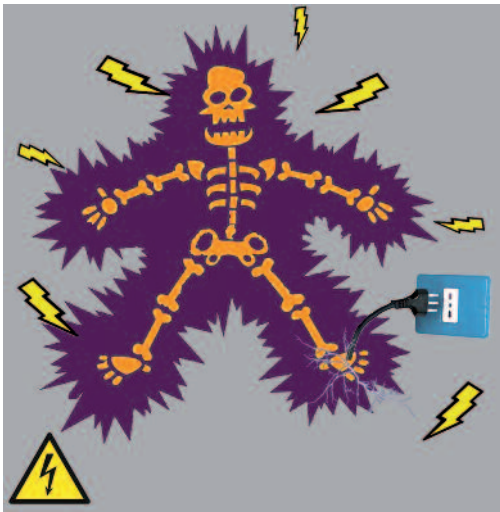


nell'uomo da ridotto desiderio o minore capacità nel mantenere l'erezione e anche nel raggiungere l'orgasmo; mentre nella donna prevalgono la secchezza vaginale o il dolore nel rapporto. Molti medici che si occupano di questi problemi sottolineano l'importanza dello stato emotivo e della paura, sia per la propria salute che per non essere in grado di farcela, reazioni che non hanno in genere alcuna giustificazione nella gravità della cardiopatia stessa. Affinché, dicono gli esperti, un'insufficienza cardiaca provochi una riduzione del sangue nella sfera sessuale o una mancanza di respiro o un attacco anginoso durante quello che gli inglesi chiamano *intercourse* ci devono essere compromissioni cardiovascolari molto importanti, che spesso si possono ricompensare con un'adeguata terapia. D'altra parte, non dobbiamo dimenticare che molti cardiopatici sono anche anziani e quindi nell'età in cui, come diceva Carducci, "l'arco piega". Così come non si dovrebbero nemmeno trascurare alcuni fattori che predispongono con diversi meccanismi a una minore prestanza: il fumo, che non è la sigaretta per togliere la tensione iniziale o quella dopo l'appagamento del desiderio, ma la cronica azione della nicotina sui vasi che sostengono l'erezione; l'alcol, che non è la coppa di Champagne per disinibire la partner reticente, ma l'eccesso giornaliero che facilita la disidratazione e interferisce con l'erezione in lui e la lubrificazione in lei; la dieta con troppo sale e cibi pesanti, che distolgono la circolazione da dove si vorrebbe fosse più efficiente e infine, l'inattività fisica e il so-

vrapreso che interferiscono con molti presupposti reattivi nell'ostacolare quella prestanza.

Alcuni cardiopatici dicono che vorrebbero cercare l'intimità con il partner ma temono una eccessiva accelerazione del loro cuore, mentre altri riferiscono che è invece il partner a preoccuparsi dei rischi che il fare sesso potrebbe far correre a lui o a lei. In realtà c'è molta disinformazione in tutto ciò poiché, tranne i casi del cosiddetto sesso sfrenato, il normale rapporto fa aumentare la frequenza del cuore a non oltre i 100-130 battiti per minuto e la pressione di non molti millimetri in più, reazioni che sono in genere ben tollerate e solo in rari casi sconsigliate dal medico. Ricorre spesso in letteratura il paragone fra lo sforzo del rapporto sessuale con quello del salire due rampe di scale. Lo sentimmo esporre da una cardiologa in un congresso a Barcellona molti anni fa e fu oggetto, com'era prevedibile, di numerosi frizzi piuttosto salaci, anche perché la poverina non ricordava nelle sembianze la vecchia canzone della "spagnola s'ha d'amar così". Il fatto però che questa comparazione torni anche nelle rivalutazioni più recenti fa pensare che la dottoressa catalana avesse fatto una ricerca piuttosto scrupolosa.

Un altro capitolo che terrorizza il malato di cuore e la sua partner (l'evento è quasi sempre maschile) è quello della morte sul talamo, spesso improvvisa o annunciata da una grave difficoltà di respiro. "Commisario", disse alla Polizia la malcapitata AAA che aveva vissuto quell'inconveniente, "che vuole che le dica, lui ansimava, io



credevo che venisse e invece se ne andava”. Anche qui siamo di fronte però a una preoccupazione ingigantita dai casi celebri della Storia o della cronaca ma soprattutto dal timore che la notizia arrivi al gossip più o meno domestico. La statistica infatti ci informa che meno dell’uno per cento degli attacchi cardiaci avviene durante rapporto sessuale e che, parafrasando il nostro Trilussa, è più facile incorrere nel morso di uno squalo (probabilità di 1 su 60.453) o in una folgorazione (1 su 70.746) che subire una crisi cardiaca in quella piacevole evenienza. Il problema tuttavia esiste e a dargli maggiore spessore scientifico sono intervenute due circostanze che i nostri antenati non conoscevano: il doping o sostanze eccitanti e l’inibitore della fosfodiesterasi, volgarmente conosciuto come viagra o suoi derivati. Il primo, inteso come cocaina o altre sostanze o miscugli vari che sferzano il nostro cuore, è ben documentato sia nel causare l’infarto che nell’innescare aritmie pericolose per la vita. Il secondo si è dimostrato invece un vero aiuto in molti casi, specie quando prevale un’inibizione psicologica e si conferma che non va prescritto solo nei

casi di intolleranza, come nei coronaropatici che fanno uso di nitrati, a causa della sommazione dei due effetti vasodilatanti a rischio di collasso. È stato anche segnalato che l’alcol e i cibi grassi ostacolano l’effetto positivo di questo farmaco.

Oggi nel mondo ad economia avanzata l’utilizzo dell’ICD, il defibrillatore impiantabile, in soggetti anche giovani, per prevenire aritmie pericolose si è molto diffuso e giustamente ci si è domandati se “o’ sfuorzo”, come lo definiscono i napoletani per “sdrammattizzare” l’atto amatoriale, possa causare la scarica o addirittura trasmetterla al congiunto. Ebbene, niente di tutto ciò, non c’è alcun rischio per nessuno dei due, naturalmente dopo che il cardiologo abbia calcolato la gravità della malattia che ha imposto quel particolare salvavita.

A completare questo escurso di una problematica che in tempi non lontani e in paesi affatto liberali avrebbe provocato intollerate prurigini dobbiamo rispondere anche alla domanda che qualche maschio ci pone circa la pericolosità della posizione, secondo la fantasia che ci ha tramandato Kamasutra. La risposta è in genere permissiva, ossia di nessun rischio, compatibilmente si capisce con le capacità “atletiche” degli attori. E qui mi ritorna alla mente una mia diagnosi brillante, scusate l’immodestia, nei riguardi di un amico che mi chiamò urgentemente per un dolore toracico. La visita cardiologica risultò normale ma evidenziai i segni di una frattura costale. L’anamnesi di traumi sportivi o sul lavoro era negativa e fu lì che, allontanata la moglie dalla domanda imbarazzante, gliela posi.

# QUADRI & SALUTE

di Filippo Stazi



Adelbert F. Seligmann: *La lezione di Billroth*, 1890

Christian Albert Theodor Billroth (Bergen auf Rügen, 26.8.1829 – Abbazia (Croazia), 6.2.1894) è stato il Direttore della Clinica Chirurgica dell'Università di Zurigo dal 1860 al 1867 e della Clinica Chirurgica dell'Università di Vienna dal 1867 fino alla sua morte. Pioniere ed innovatore della chirurgia addominale, ha legato il proprio nome a un intervento di chirurgia gastrica praticato ancora oggi, sia pure con alcune modifiche, in tutto il mondo. Dopo una lunga sperimentazione sugli animali eseguì infatti l'asportazione di parte di uno stomaco affetto da un cancro in sede pilorica, ricostruendo il transito alimentare con l'aboccamento del moncone gastrico residuo al moncone duodenale, tecnica Billroth I, o alla prima ansa digiunale, tecnica Billroth II. Il chirurgo fu anche musicista e amico di Johannes Brahms che gli dedicò uno dei suoi quartetti per archi (Brahms op.51) forse per ringraziare dell'ospitalità che la casa di Billroth spesso offrì all'esecuzione delle sue opere cameristiche.

Nel 1890 Adelbert Seligmann (Vienna, 1862-1945) ritrae Billroth nel corso di una lezione in sala operatoria, all'età di circa 60 anni ed all'apice della sua carriera. Il quadro, di grandi dimensioni, è rimasto a lungo abbandonato in un ripostiglio dell'Università viennese, è stato poi riscoperto e restaurato nel 1963 ed ora è in mostra presso la Galleria Austriaca Belvedere di Vienna. Il chirurgo, con la barba bianca, si trova al centro del dipinto; il suo sguardo non è rivolto al paziente ma all'assistente che gli sta passando uno strumento chirurgi-

co. Il suo volto è nobile, il suo portamento austero, il suo contegno maestoso e carismatico. Billroth è mostrato come un padre della chirurgia, attorniato da allievi giovani e concentrati, che pendono dalle sue labbra; il suo gesto sembra rimarcare la gravità dell'atto operatorio nonché dell'insegnamento che sta trasmettendo. Sette assistenti in camice bianco attorniano il paziente, questi è supino, la testa rasata e sollevata. Dalle note del pittore si sa che l'operazione che si sta eseguendo è una neurtomia per la nevralgia del trigemino, una condizione dolorosa del viso, e non il già citato intervento chirurgico addominale che porta il nome di Billroth. La luce entra da una grande finestra a destra del chirurgo e illumina la sala operatoria. La galleria è piena di spettatori che assistono ammirati all'operazione e alla lezione; tra questi si individuano lo stesso Seligmann, all'estrema destra della prima fila, e il duca di Baviera, seduto sul lato opposto. La sensibilità di un osservatore dei nostri giorni viene violentemente scossa dal capo e dai volti scoperti dei chirurghi, dalle mani nude che toccano i ferri, dagli abiti borghesi degli astanti che si accalcano sull'anfiteatro. Questi elementi indicano che si era ancora ben lontani da una doverosa condizione di sterilità, ciò nonostante i camici bianchi dell'intera equipe costituiscono comunque un significativo passo avanti rispetto agli abiti scuri da passeggio sfoggiati durante i loro interventi da chirurghi illustri come il francese Jules Péan (1830-1898) e l'americano Samuel Gross (1805-1884) in altri dipinti realizzati solo pochi anni prima.



# La palla di Tiche

a cura di Franco Fontanini



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.*

## Lo strano cuore di Chiara da Montefalco

di Paola Giovetti



Il cuore, si sa, può fare strani scherzi, ma quello di Chiara da Montefalco li batte tutti. Chiara da Montefalco (1268-1308), detta Chiara della Croce per la sua devozione al Crocifisso, nacque da famiglia agiata a Montefalco, una cittadina umbra che domina la valle spoletina. Aveva una sorella e un fratello maggiori di lei, era una bellissima bambina ed era la beniamina della casa. La sorella Giovanna, religiosissima come tutta la famiglia, creò con l'aiuto economico del padre una casa di preghiera dove la piccola Chiara entrò volontariamente ad appena sei anni. La casa di preghiera ottenne dal vescovo di Spoleto la regola di Sant'Agostino e Giovanna ne fu badessa. Morta la sorella in giovane età, Chiara stessa ne divenne badessa ad appena 23 anni. In quegli anni promosse l'ampliamento del monastero e la costruzione della bella chiesa di Santa Croce: il vescovo di Spoleto le inviò la prima pietra benedetta. In questa chiesa si fece trasportare quando si sentì vicina a morire e lì spirò.

Secondo la tradizione, tutta la vita di Chiara fu pervasa da fenomeni straordinari: visioni, apparizioni, lotte vittoriose contro il demonio, visite di angeli. Condusse sempre vita umilissima, nutrendosi di sole erbe amare e pane nero, dormendo su dure assi e camminando scalza anche d'inverno; era continuamente immersa nella contemplazione della passione e morte di Gesù, col quale desiderava ardentemente di immedesimarsi. Questo suo amore sconfinato per il crocifisso è legato al fatto più stra-



Santa Chiara da Montefalco

ordinario della sua vita: un giorno le apparve Gesù vestito da pellegrino, con una pesante croce al collo, affaticato e stanco. Chiara gli domandò allora la grazia di portar lei quella croce e Gesù le rispose che essa sarebbe stata senza indugio piantata nel suo cuore! Da quel momento Chiara non dubitò di avere in se stessa l'effigie reale del crocifisso.

Di questo fatto Chiara si confidò con alcune consorelle, che dopo la sua morte vollero sperimentare se le sue parole fossero vere: il suo corpo fu aperto e il cuore fu trovato più grosso della testa di un fanciullo. Apertolo, all'interno furono trovati impressi a rilievo, costituiti di materia carnosa, i segni della passione: una croce con sopra l'immagine di Gesù, un flagello, la corona di spine, i chiodi, la canna e la spugna. Nella cistifellea furono trovati tre globi di ugua-

le misura, peso e colore, disposti a forma di triangolo, che furono interpretati come il simbolo della Trinità.

Abbiamo tutte queste notizie da un contemporaneo di Chiara, Berengario di Donadio, che quando Chiara morì, il 17 agosto del 1308, era vicario generale della diocesi di Spoleto e si occupava di complessi problemi giuridici e amministrativi. Quando, due giorni dopo la morte di Chiara, gli fu riferito che le monache di Santa Croce ne avevano aperto il corpo e affermavano di aver scoperto nel cuore della defunta badessa i "segni" della passione di Cristo, convinto che si trattasse di manipolazioni e di dover punire le monache per quanto avevano fatto e per aver ingannato il popolo, si presentò al monastero insieme ad esperti. Dopo aver visto e udito, rimase invece a tal punto convinto dai fatti che divenne il più fedele sostenitore di Chiara, indagò a fondo sulla sua vita e sui miracoli che avvenivano già numerosi nel suo nome e scrisse su di lei in latino una *Vita* che è alla base di ogni ulteriore ricerca sulla santa (il libro è stato tradotto in italiano dalla casa editrice Città Nuova col titolo di *Vita di Chiara da Montefalco*).

A proposito dei "segni" impressi nel cuore di Chiara, Berengario che ne fu testimone scrive dunque: "Nel suo cuore vi erano, nella somiglianza carnea di nervi duri, da una parte una croce, tre chiodi, la lancia e la canna, dall'altra la colonna, il flagello con cinque cordicelle e la corona. Nella vescichetta del fiele non era rimasto alcun liquido, ma c'erano solo tre sassi rotondi e circolari tutti simili per il colore scuro e rap-



Montefalco. Particolare da affresco di Benozzo Gozzoli

presentavano in modo credibile la Trinità. L'aspetto dei segni era il seguente: il cuore della vergine era grosso come la testa di un bambino piccolo, all'interno era concavo e vuoto, senza alcuna divisione intermedia come è proprio di ogni cuore: soltanto aveva nella concavità detti segni..."

Segue una lunga e dettagliata descrizione dei diversi segni, che non è qui possibile riportare; infine Berengario conclude: "Dopo un lungo esame di medici e di fisi-

ci, fu sentenziato che in nessun modo si poterono formare per via naturale ma solo per opera della potenza divina".

L'indagine fu quindi accurata, eseguita da esperti non prevenuti e quindi attendibile. Il corpo della santa è custodito nell'attuale monastero di Santa Chiara da Montefalco, ricostruito nella prima metà del XVII secolo, dentro un'urna di argento massiccio. Ai lati, dentro due nicchie, si conservano come reliquie i segni rinvenuti durante l'autopsia: un busto d'argento contenente i resti del suo cuore e una croce contenente i tre globi provenienti dalla cistifellea, il crocifisso e il flagello. Il processo di canonizzazione, avviato già nel 1334 da Giovanni XXII, subì dopo la morte di questo pontefice una lunga battuta d'arresto. Fu ripreso solo nel XIX secolo per iniziativa di Pio IX e Chiara fu proclamata santa da Leone XIII nel 1881.

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

- *in ricordo di Vincenzo Olivieri di Milano: le famiglie Basile, Bonanno, Del Re, Perlino*



Foto di V.G.

## Mare nostrum nostra salus

Questa specie di aforisma latineggiante non proviene certo dai nostri classici. Né Galeno, infatti, e nemmeno la Scuola Salernitana potevano tramandarlo, non ne avevano le basi scientifiche per farlo e soprattutto non era ancora nata l'epidemiologia, la scienza che studia non solo la diffusione delle malattie ma anche le abitudini di vita delle popolazioni. Certo, la Scuola Salernitana aveva fatto molte interessanti osservazioni a questo proposito diffondendo altrettanti consigli su come muoversi, mangiare e riposare, ma erano le stesse intuizioni e deduzioni che troviamo poi trasmesse in vario modo nelle raccomandazioni dei nostri vecchi, non ancora il risultato di ricerche controllate. A realizzarle, purtroppo, non sono stati gli epigoni di quelle nostre gloriose scuole classiche e nemmeno di altre del bacino mediterraneo,

bensì un biologo venuto dal Colorado che si era fatto un nome confezionando le diete più adeguate ai soldati americani impegnati nel conflitto degli anni quaranta. Conflitto vittorioso, come sappiamo, non tanto forse per la dieta quanto piuttosto per le forze volanti e l'atomica, ma tant'è che il Dottor Keys ne uscì con le stellette di chi ci sapeva fare e soprattutto con il credito di continuare nella ricerca sull'importanza dell'alimentazione e dello stile di vita per prevenire o facilitare le malattie cardiovascolari. I risultati ebbero risonanza mondiale e non vi è rivista scientifica qualificata che non abbia pubblicato i dati del *Seven Countries*, tanti furono i paesi studiati, e nemmeno giornale (*Time Magazine* gli dedicò la copertina nel 1961) che non ne abbia parlato, esaltando le conclusioni sulla famosa *dieta mediterranea* da lui proposta, capace di prevenire quelle malattie. I componenti di tale dieta, lo ricordiamo per gli smemorati o gli inguaribili carnivori, sono le verdure, la frutta fresca e secca, i cereali integrali, il pesce, l'olio d'oliva e forse un moderato uso di vino. Keys stesso si innamorò del nostro cibo, che per uno statunitense non deve essere stato uno sforzo, e delle nostre valli stabilendosi nel Cilento in una casa che chiamò



Minnelea, una crasi in onore di Minneapolis, grande centro americano di ricerca, e della terra eleatica, e qui con alcuni collaboratori continuò gli studi fino ai suoi quasi 101 anni, che posero evidentemente un sigillo di conferma della bontà della sua dieta.

Oggi i dottori Dalen e Devries, rispettivamente delle Università di Tucson e di Chicago, pubblicano una specie di resoconto delle molte indagini che sono state condotte in tutto il mondo tra il 1957 e il 2013 sui benefici della dieta mediterranea per prevenire le malattie coronariche. E ne traggono alcune interessanti osservazioni che sembrano avere l'autorevolezza di veri messaggi: 1) la dieta mediterranea, rispetto a una che contempra la semplice riduzione dei grassi, diminuisce di circa il 30% gli infarti, l'ictus e la morte cardiovascolare; 2) l'alimentazione a basso contenuto di grassi abbassa il colesterolo ma non il rischio coronarico; 3) la dieta mediterranea produce vantaggi uguali, se non superiori, a quelli delle statine. Non ci resta che esultare e promuovere un pellegrinaggio di ringraziamento alla villa Poppi nel Cilento, dove studiarono e meditarono per oltre 30 anni, fra un buon piatto di orecchiette e un bicchiere di Messapia, il dottor Ancel Keys e i suoi collaboratori.

**Eligio Piccolo**

# Le tante volte che mi sento un codardo

di Filippo Stazi

Le settimane che hanno preceduto l'inizio del mondiale di calcio brasiliano sono state caratterizzate dalla trasmissione sui canali di Sky di "Federico Buffa racconta storie mondiali", a mio giudizio una delle più belle produzioni televisive degli ultimi dieci anni. L'autore, Buffa appunto, affabulatore di gran razza, racconta in ogni puntata una precedente edizione dei mondiali mescolando insieme storia, costume, musica, politica e, ovviamente, tanto pallone, in ossequio alla frase di Mourinho riportata alla fine dei titoli di coda: "Chi sa solo di calcio non sa niente di calcio". Nella puntata dedicata al mondiale spagnolo, quello vinto dalla banda Bearzot, uno spunto mi ha particolarmente colpito. Nella semifinale tra Francia e Spagna Schumacher, non lo sfortunato pilota di Formula 1 ma il portiere della nazionale teutonica dell'epoca, travolge in uscita il francese Battiston, facendogli perdere conoscenza e molti denti oltre a fratturargli numerose costole. Nella sua successiva autobiografia il tedesco racconterà che quella sera, per la prima volta, si era sentito un codardo. Non aveva infatti avuto il coraggio di andare a sincerarsi delle condizioni del giocatore francese per paura che il suo avvicinar-



Harald Schumacher

si potesse scatenare una rissa con gli avversari inducendo l'arbitro ad espellerlo. E infatti nelle immagini dell'epoca si vede che, mentre i sanitari si affannano intorno a Battiston, Schumacher passeggia senza meta con lo sguardo che vaga in tutt'altra direzione.

L'episodio mi ha colpito e mi ha indotto a pensare alle volte che anche io mi sono sentito un codardo. E la mia mente è riandata alle tante sostituzioni di pacemaker fatte in persone molto anziane o malandate le cui condizioni cliniche generali sono notevolmente peggiorate dal tempo del primo impianto al punto che oggi difficilmente sarebbero operate. Il pacemaker però ormai ce l'hanno e le batterie sono in fase di scarica e quindi come fai a non cambiarlo. Pazienti in cui la qualità è spesso uscita da molto dalla loro vita, spesso con demenza, inconsapevoli di quello che gli sta succedendo, spaventati dalla situazione e per questo riotosi ed aggressivi. Più di una volta li ho sentiti gridare. "lasciatemi!", "che mi state facendo?", "assassini!". Le loro voci le ho tutte nelle orecchie, una per una. Tante volte è stato necessario ricorrere all'anestesista ed ai suoi cocktail sedativi per procedere all'intervento. E ogni volta in casi del genere gli infermieri, i tecnici, io, ci guardiamo chiedendoci, a volte ad alta voce, altre in silenzio, se quello che stiamo facendo abbia veramente un senso, se sia giusto oppure no, se stiamo veramente facendo un favore all'essere umano che in quel momento sta davanti a noi. E ogni volta qualcuno di noi dice "a me no! Quando sarà il mio turno lascia-

temi stare... lasciatemi a casa!"

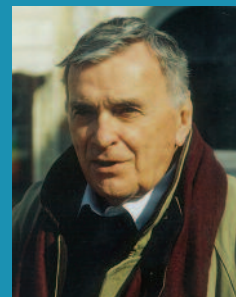
E ogni volta in casi del genere sono stato un codardo. Ho risposto a me ed agli altri che in fondo non posso fare altro, che se i parenti l'hanno portato in ospedale non mi posso esimere dal trattarlo, che sono solo un essere umano anche io e che non ho quindi il diritto di prendere decisioni sulla vita degli altri. Mi sono nascosto dietro alla medicina difensiva ed alla paura dei giudici.

E ogni volta in casi del genere il dubbio di non aver fatto la cosa giusta mi è stato a lungo spiacevole compagno.

Intendiamoci, non parlo di quei pazienti che sono pacemaker dipendenti ed in cui la mancata sostituzione del dispositivo costituirebbe un franco caso di eutanasia ma di quei soggetti che hanno posizionato a suo tempo lo stimolatore cardiaco per dei disturbi parossistici, sporadici, dell'attività elettrica del cuore ed in cui è comunque presente un ritmo cardiaco anche indipendentemente dal pacemaker. Pazienti la cui vita non sarebbe messa ad immediato repentaglio dalla mancata attività del dispositivo anche se è chiaro che il pacemaker ormai scarico non sarebbe in grado di prevenire l'eventuale ricomparsa del disturbo bradiaritmico. Sarebbe però veramente un male? Qual è il confine con l'acanzamento terapeutico? Non si rischia forse di prolungare la morte?

E soprattutto, in casi del genere, quando il paziente non è in grado di farlo, chi deve decidere? Io no. Lo potrò forse fare per me e per qualche parente stretto ma non per gli altri. Io no. Scusatemi: sono un codardo!

# Quaderno a Quadretti



di Franco Fontanini

## Tutti vegetariani

Non è da escludere che le critiche dei cardiologi statunitensi ai farmaci ipocolesterolemizzanti possano favorire il revival della dieta vegetariana attualmente non molto diffusa.

Nonostante i molti studi, non sappiamo con certezza se i nostri lontani progenitori fossero vegetariani, è verosimile che abbiano cominciato a mangiare carne solo quando impararono a cacciare e soprattutto ad allevare gli animali.

Gli evolucionisti sono del parere che siamo i discendenti di scimmie particolarmente aggressive, dette assassine perché uccidevano gli altri animali per mangiarli, diventando sempre più intelligenti e più forti grazie alle proteine con cui si nutrivano.

L'ipotesi che mangiare carne favorisca un migliore sviluppo e l'aggressività non è però condiviso da tutti perché molti personaggi di grande talento come Platone, Pitagora, Galilei, Goethe, Freud erano tutti vegetariani e sono stati anche longevi.

Gandhi, G.B. Schaw e il dottor Schweitzer non solo non mangiavano carne ma auspicarono il ritorno dell'umanità all'originaria alimentazione con cibi vegetali che a loro parere avrebbe favorito il recupero della bontà d'animo, della spiritualità ed il riscatto dai delitti e dalla violenza.



Neppure questa ipotesi è accettata da tutti, basti pensare a Hitler che era rigorosamente vegetariano.

Negli USA, oggi, i vegetariani volontari sono più di cinque milioni e, a loro dire, fanno continuamente proseliti.

Dovunque i vegetariani si suddividono in tre grandi categorie, quelli che si nutrono esclusivamente di prodotti della terra, quelli meno rigorosi che accettano pesci e latticini e infine quelli più blandi che accettano anche le uova.

Vivere di soli vegetali non è consigliabile perché non è garantito l'apporto delle proteine contenenti gli aminoacidi essenziali, che il nostro organismo non sintetizza, con il rischio di carenze soprattutto per i ragazzi e gli adolescenti. I tribunali americani per i diritti dei bambini non raramente hanno dovuto sottrarre i figli a genitori veganisti perché crescessero sani. Una delle carenze più frequenti è quella della vitamina B12 che è totalmente assente nel mondo vegetale.

I futurologi pessimisti temono che fattori economici ci costringeranno a ridurre se non ad abolire il consumo di carne anche per i non vegetariani. Si tratta di un rischio teorico, che ci riporta indietro di millenni. Gli antichi indiani potevano mangiare cavalli e capre e solamente vacche sterili che non facevano latte. Col latte di una vacca potevano sfamare una famiglia per lungo tempo, con la carne ci si potevano nutrire per una settimana o poco più. Buddha trasformò il divieto in una norma religiosa e vietò la macellazione anche di altri animali di grossa taglia, i credenti nella reincar-

nazione estesero tale proibizione fino agli insetti. Già allora gli indiani capirono che mangiare carne è antieconomico e antiecológico, per produrre un chilo di granaglie si consumano all'incirca sessanta litri di acqua, per avere un chilo di carne di animale di allevamento se ne consumano in media tremila. Vale a dire che le proteine animali, a parità di calorie, costano quasi dieci volte quelle dei cereali.

I futurologi di mezzo secolo fa sentenziarono che nel duemila avremmo dovuto rinunciare alla carne per risparmiare, già allora i fattori economici prevalsero su tutti gli altri. Fra i vegetariani oltranzisti in ogni tempo ci sono stati casi di fanatismo, basti ricordare San Prisciliano eresiarca spagnolo che si fece decapitare piuttosto che mangiare una bistecca. Oggi c'è chi prevede una nuova involuzione dell'umanità priva di carne convinto che nel passato i popoli che mangiavano carne prevalsero sugli altri avendo anche una maggiore espansione demografica, più forza e più civilizzazione.

I vegetariani odierni più rigorosi, non usano scarpe, né borse né cinture fatte di pelle di animale perché considerano assolutamente intoccabili tutte le cose che provengono da esseri viventi, di qualunque specie, che abbiano una madre, gli occhi e che facciano sesso.

Fra questi ci sono persino coloro che hanno prestato fede a Plinio il Vecchio, autorevole ufficiale di cavalleria e naturalista appassionato e fecondo ma non sempre rigoroso, il quale affermò che Gesù era vegetariano perché in una Pasqua trascorsa con gli esseni non mangiò l'agnello.



I fanatici attuali sono i *tree huggers* statunitensi, che hanno per gli alberi un affetto filiale, vagano per intere giornate nei boschi ad abbracciare e a baciare gli alberi come figli, convinti che grazie a loro l'umanità potrà sopravvivere al tempo in cui tutti saremo fortemente vegetariani.

### Il mondo cambia

Che il mondo cambia lo ripetono tutti fino alla noia, arduo sostenere il contrario.

Il cambiamento riguarda anche la più antica professione al mondo, la prostituzione, la cui storia è piena di metamorfosi con periodi molto diversi che vanno dal successo, al potere, alla degradazione più disonorevole, malfamata, fino alla morte.

In Mesopotamia in grande auge c'è stata la prostituzione sacra, tutt'ora presente in alcune zone dell'India; in Babilonia e nell'antica Persia sono vissute le *étère*, cortigiane di origine greca, raffinate, colte, celebri, ricche di fascino e seduzione come Frine a cui un avvocato fece revocare la condanna mostrando il suo corpo nudo ai giudici.

Taide è stata il simbolo dell'infamia, la sua collega Aspasia sempre ammirata e potente, divenne molto ricca e contribuì all'emancipazione delle ateniesi, alcune delle quali divennero favorite dei sovrani e addirittura regine. Veronica Franco, cortigiana veneziana, divenne una poetessa stimatissima, ricca e colta mentre alle altre donne la cultura era vietata.

L'avvento contrastato delle case chiuse controllate dallo stato (legge Merlin), livellò tutti i postriboli verso il basso, le libere professioniste ebbero dovunque una vita spia-



cevole e disprezzata.

L'eccezione più bella e duratura ci fu a Firenze dove le fiorenti ragazze del Mugello e del Casentino scendevano numerose per esercitare sul Lungarno, in particolare all'angolo dei ponti e con la scusa di offrire mazzetti di fiori invitavano i forestieri, felicissimi di quegli incontri apparentemente casuali.

Verso la fine del seicento Antonio Vallisneri compaesano delle ragazze, figlio del governatore della Garfagnana, naturalista, studiosissimo, che aveva fatto del suo studio un museo di storia naturale, andò assistente del Malpighi a Bologna. Si laureò in Medicina e fece un sacco di scoperte tra cui quella delle arterie che irrorano il cuore che chiamò coronarie perché circondavano il cuore come una corona.

Lo stesso nome piacque molto alle compiacenti fioriste del lungarno le quali presero il nome di coronarie che dissimulava bene la loro vera professione.

In pochi decenni le coronarie si estinsero, subentrarono le prostitute dei viali periferici di ogni città, infine comparvero le poverette dei paesi dell'Europa orientale con figli e marito a carico, e comparvero le prime orrende morti per crocifissione. Il mondo cambia ... e anche la sua più antica professione.

# Lettere a Cuore e Salute

## D. **Creatinina: formule ed ingegneri**

Spett.le Redazione,

nel numero di maggio/giugno 2013, viene riportata la formula di Cockroft e Gault per la determinazione della “clearance” (processo di chiarificazione o depurazione in godibile lingua italiana sostituita inutilmente da lemmi inglesi!).

A parità di altre condizioni (peso, creatinina in mg/dl) il risultato sembra una funzione lineare della differenza fra il valore fisso di 140 e l’età, per cui aumentando l’età e tendendo a zero tale differenza, anche il valore di “clearance” tenderebbe a zero. Ritengo cioè che la formula dovrebbe valere solo in un campo ristretto con età intorno a 70 anni, peso 75 kg, creatinina di circa 1.

Nel mio caso (93 anni, 68 kg, altezza 1,74, creatinina 1,43 = clearance 31) dovrei affrettarmi a stendere il testamento e non gironzolare a piedi o in auto per Bogliasco con altimetria non riposante.

Ritengo cioè che le varie formule proposte, per essere utili e credibili, debbano comportare anche i limiti di applicabilità o i coefficienti correttivi per poter poi generalizzare.

Cordiali saluti.

Roberto L., Bogliasco (GE)

## R.

**Caro Ingegnere,**

**Lei ha qualche anno più di me (ma non tanti), ricorderà dunque che in periodo fascista la difesa della nostra lingua si sbizzarrì nella traduzione di parole straniere in corrispondenti termini italiani. Qualcuna di queste traduzioni attecchì: nessuno dice più chauffeur, ma tutti diciamo autista. Altre rimasero ma solo a metà: diciamo**



---

indifferentemente goal o rete. Altre infine caddero già prima della caduta del fascismo: nessuno ha mai detto giovanottiera in luogo di garçonnière. Insomma, è l'uso che fa la lingua, altrimenti non vi sarebbe differenza alcuna tra la prosa del Settecento e quella odierna, il che non è.

Ma veniamo alla sostanza della sua lettera e vorrei cominciare col dirLe che Lei può stare più che tranquillo. Anzitutto perchè ricalcolando la sua clearance con la formula MDRD semplificata (attualmente ritenuta la più valida) la sua clearance della creatinina risulta di 46.2 ml/min. In secondo luogo perché, anche accettando il valore di 31 lei si troverebbe in un ambito di insufficienza renale di media gravità che, di per sé, le lascia ampio margine per “gironzolare a piedi o in auto” dove meglio crede. Quanto, infine, alle riserve da Lei sollevate sulla formula di Cockcroft e Gault, ha perfettamente ragione. Queste riserve sono in parte superate dalla formula MDRD, che non ho menzionato nel mio precedente scritto in quanto contiene delle elevazioni a potenza negativa che, se possono non spaventare un ingegnere, terrorizzano un medico o qualsiasi potenziale paziente. Sempre che non ci si rivolga al computer, altra parola inglese per cui non vorremmo seguire l'esempio dei francesi che la traducono con *ordinateur*. Andando su di un motore di ricerca (Google, Yahoo o simili) e richiedendo la formula in questione (MDRD) si trovano dei calcolatori che possono essere “salvati” e che, in base soltanto all'età, al sesso e al valore della creatinemia (il peso e la superficie corporea sono già calcolati nella formula) forniscono in pochi secondi il valore di clearance. Tuttavia, come da Lei giustamente osservato, per tutte le formule di stima della clearance della creatinina esistono riserve di applicabilità ai soggetti di meno di 15 e di più di 75 anni, il che limita l'attendibilità in assoluto dei valori trovati ma non inficia quello di confronto con gli immediati precedenti, importante per valutare l'evolutivezza della situazione.

Ricambio i cordiali saluti.

Vito Cagli

## D. **Gastroprotettore: mattina o sera?**

Leggo sulla nostra rivista Cuore & Salute del marzo-aprile 2014 il gradevole e chiarissimo articolo del dott. Filippo Stazi “Le medicine dell’infartuato” il quale riporta che il cosiddetto gastroprotettore va assunto al mattino a digiuno. Confermo che è questa l’usanza diffusa. Mi chiedo però, e chiedo, non sarebbe più corretto somministrare il gastroprotettore la sera, prima di andare a letto, in modo che svolga la sua peculiare funzione durante la notte, quando il sistema vagale, sotto il cui dominio è l’attività gastrosecretiva è più attivo e quindi più vulnerabile?

Vincenzo A., Palermo

**R.** **Gentile Sig. Vincenzo,**  
il gastroprotettore cui facevo riferimento nell’articolo da Lei citato appartiene alla famiglia degli inibitori della pompa protonica, la classe di farmaci più utilizzata nel trattamento della gastrite, dell’ulcera duodenale, del reflusso gastroesofageo, nonché nella prevenzione del danno gastrico da farmaci. Da quando sono stati introdotti nel commercio negli anni ’80 hanno contribuito sensibilmente a migliorare la qualità di vita di molti di noi. Questi farmaci agiscono sulle cellule che secernono acido nello

stomaco riducendone la produzione mediante l’inibizione di una pompa chiamata appunto protonica. Il loro meccanismo d’azione è abbastanza semplice: lo stomaco produce acido cloridrico che serve per la digestione dei cibi e per la degradazione dei batteri, l’acido è però corrosivo anche per i nostri stessi tessuti e quindi la mucosa dello



---

stomaco deve essere protetta dall'effetto di tale acido mediante la produzione, ad opera di cellule specializzate, di muco che riveste la parete dello stomaco in questa maniera proteggendola. Quando questa barriera di muco è danneggiata o insufficiente l'acido corrode la parete dello stomaco causando la gastrite. Gli inibitori di pompa riducendo la produzione acida facilitano la guarigione della gastrite o ne prevengono la comparsa. La diminuzione della produzione acida nello stomaco aiuta anche a curare i sintomi del reflusso gastroesofageo in conseguenza della minor quantità di acido capace di refluire dallo stomaco e di irritare quindi l'esofago.

Venendo allo specifico della sua domanda, anche se è ancora molto diffusa la paura dell'iperacidità notturna è stato però dimostrato che gli episodi di reflusso e di ipersecrezione avvengono maggiormente durante il giorno e questo è il motivo per cui si preferisce una singola assunzione al mattino, a stomaco vuoto, trenta minuti prima dei pasti. Un'eventuale somministrazione serale può essere presa in considerazione per quei soggetti che non traggono giovamento dal dosaggio minimo e in cui quindi piuttosto che raddoppiare il dosaggio mattutino si preferisce una doppia somministrazione, mattina e sera appunto, dello stesso dosaggio o per coloro che presentano sintomi esclusivamente notturni.

Sperando di aver risposto al suo quesito e ringraziandoLa per gli apprezzati complimenti Le porgo cordiali saluti.

Filippo Stazi

## Il violino del diavolo

### Un ritratto di Niccolò Paganini

La madre raccontava che prima del parto le era apparso in visione un angelo, il quale le aveva offerto di esaudire ogni suo desiderio. Lei aveva chiesto che il figlio diventasse il più grande violinista del suo tempo. A sei anni, considerato morto per un attacco di morbillo, già avvolto nel sudario per il rito funebre, fece fortunatamente un piccolo gesto, subito notato. Sfuggì in questo modo ad una sepoltura prematura, e così ebbe inizio la vita di un violinista sublime. Si racconta che il padre, resosi conto delle capacità musicali del figliolo, lo costringesse ad esercitarsi ogni giorno per dodici ore, chiuso a chiave in una stanza. A nove anni il primo concerto a Genova. A venti

musicista di corte a Lucca, ma anche una nuova vita, libero dal giogo paterno. “Quando finalmente fui padrone di me stesso, mi buttai a capofitto nei piaceri della vita e li bevvi a grandi sorsate”. Sregolatezze e misteri, tanti misteri creati dalla fantasia popolare, ma anche da lui stesso alimentati. Adorava il gioco d’azzardo, dissipando ingenti fortune. Non bello, anzi piuttosto brutto, trasgressivo, dissoluto, era appassionatamente perseguitato da molte donne, sicuramente possedute, ma non amate, forse perché incapace di un affetto duraturo per il gentil sesso. Il suo viso aveva un colorito bianco, cadaverico, con occhi infossati. I capelli lunghi, rudi, neri, e non pettinati. Le mani, soprattutto la sinistra, con dita affusolate e mobilissime, quasi disarticolate. Si presentava sulla scena indossando una logora finanziaria, che cadeva dalle spalle: aspetto satanico. Suonava il violino con gesti stravaganti e muoveva l’archetto verso il pubblico. Le sue esibizioni, con la progressiva e volontaria rottura delle corde, si concludevano su quella di sol, la superstite. Ai suoi denigratori rispondeva quadruplicando il costo del biglietto, sicuro della sua ascendenza sul pubblico. Gli ultimi anni della sua vita, trascorsi a Nizza, dove morì, furono orrendi, tra dolori e sofferenze inenarrabili. La gerarchia ecclesiastica, irremovibile nei confronti della sua vita ritenuta amorale, rifiutò la sepoltura in terra consacrata, avvenuta in seguito in un lazzaretto,

alimentando ulteriori diaboliche fantasie popolari. Oggi, dopo lungo peregrinare, la salma riposa nella tomba di famiglia a Parma. Una vita, quindi, tra genialità musicale e miserie umane, la vita di un gigante della musica, inimitabile ed immortale.

Nel gennaio dell’anno 1819, al teatro Carignano di Torino, dopo il concerto, al re Carlo Felice, che gli chiese di ripetere un brano, rispose: “Paganini non ripete”. Fu bandito dal regno, in seguito perdonato dal Re Tentenna Carlo Alberto, che gli facilitò anche il riconoscimento paterno del tanto amato figlio illegittimo Achille. Un critico viennese scrisse di aver visto il diavolo guidare l’archetto del violinista. Schubert, dopo averlo ascoltato esclamò: “ho sentito cantare un angelo”. Forse non tutti i diavoli sono sprofondati nell’inferno. Certamente non era il diavolo a guidare l’archetto del violinista.

**Antonio Pasquale Potena**





# Conoscere e Curare il Cuore 2015



PROGRAMMA PRELIMINARE

XXXII Congresso di Cardiologia del  
Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus  
Firenze, Palazzo dei Congressi 6 - 7 - 8 marzo 2015

Coordinamento: Francesco Prati  
Segreteria: Alessandra Tussis

## VENERDÌ 6 MARZO

8.00 *Registrazione*  
8.45 *Saluto ai partecipanti*

**I SESSIONE** Moderatori: Francesco Bovenzi, *Lucca*  
Mario Motolese, *Roma*

- 9.00 **Calcium score e polipillola. Il futuro della prevenzione?**  
Raffaele De Caterina, *Chieti*
- 9.15 **Fibrillazione atriale: la causa più frequente dell'ictus?**  
Giuseppe Boriani, *Bologna*
- 9.30 **Rivoluzione in aritmologia: il pacemaker senza fili ed il defibrillatore sottocutaneo.**  
Carlo Pappone, *Cotignola - RA*
- 9.45 **Nuovi farmaci ipolipemizzanti: gli inibitori del PCSK. Quando e come impiegarli.**  
Alberto Zambon, *Padova*
- 10.00 *Discussione*  
10.30 *Intervallo*

11.00 - 11.30 **LETTURA MAGISTRALE**  
**La morte improvvisa del giovane**  
Gaetano Thiene, *Padova*  
Introduzione di Claudio Cavallini, *Perugia*

**II SESSIONE** Moderatori: Alessandro Boccanelli, *Roma*  
Francesco Musumeci, *Roma*

- 11.30 **L'ipertensione del giovane: cause, diagnosi e terapia.**  
Massimo Volpe, *Roma*
- 11.45 **Quando preferire la chirurgia della mitrale alla Mitral Clip percutanea.**  
Ottavio Alfieri, *Milano*
- 12.00 **Diagnosi del dolore toracico. E se bastasse un'unica determinazione della troponina ad alta sensibilità?**  
Marcello Galvani, *Forlì*
- 12.15 **È ancora giustificata l'induzione delle aritmie ventricolari nel paziente con bassa FE?**  
Riccardo Cappato, *San Donato Milanese*
- 12.30 *Discussione*

**III SESSIONE** Moderatori: Enrico Agabiti Rosei, *Brescia*  
Giancarlo Piovaccari, *Rimini*

- 15.00 **Gli stent bioassorbibili. Siamo certi che vadano impiegati nelle sindromi coronariche acute?**  
Corrado Tamburino, *Catania*
- 15.15 **La genetica nella scelta dell'inibitore P2Y12 più adatto.**  
Diego Ardissino, *Parma*
- 15.30 **La classificazione MOGES delle cardiomiopatie entra nella pratica clinica.**  
Eloisa Arbustini, *Pavia*
- 15.45 **Il salvataggio del piede diabetico.**  
Luca Dalla Paola, *Cotignola - RA*
- 16.00 *Discussione*  
16.30 *Intervallo*

**IV SESSIONE** Moderatori: Claudio Cavallini, *Perugia*  
Bruno Trimarco, *Napoli*

- 17.00 **L'ablazione dell'arteria renale nell'ipertensione resistente. Luci ed ombre.**  
Francesco Versaci, *Campobasso*
- 17.15 **Cardiomiopatie: 1-2-100 geni; come dare un po' d'ordine alle nuove conoscenze.**  
Gianfranco Sinagra, *Trieste*
- 17.30 **Infezioni del pacemaker ed ICD, un problema in espansione?**  
Maria Grazia Bongiorno, *Pisa*
- 17.45 **Oltre la frazione d'eiezione: quali parametri considerare per porre indicazione a ICD?**  
Filippo Stazi, *Roma*
- 18.00 *Discussione*

## SABATO 7 MARZO

**V SESSIONE** Moderatori: Enrico Natale, *Roma*  
Stefano Savonitto, *Lecco*

- 9.00** **Gli stent si evolvono. Quando va sospesa la terapia antiaggregante dopo l'angioplastica?**  
Stefano De Servi, *Legnano - MI*
- 9.15** **Nitrato, calcioantagonista, beta bloccante, ivabradina, ranolazina: come scegliere il farmaco antianginoso?**  
Claudio Borghi, *Bologna*
- 9.30** **La terapia chirurgica dell'arco aortico.**  
Roberto Chiesa, *Milano*
- 9.45** **Valutazioni non invasive dell'aterosclerosi coronarica: TC e RM a confronto.**  
Chiara Bucciarelli Ducci, *Londra*
- 10.00** *Discussione*
- 10.30** *Intervallo*

**11.00 - 11.30** **LETTURA MAGISTRALE**  
**Il ruolo della frequenza cardiaca nelle diverse malattie cardiovascolari**  
Roberto Ferrari, *Ferrara*  
Introduzione di Giancarlo Piovaccari, *Rimini*

### **SIMPOSIO** **LE CAUSE DELL'INFARTO**

- Moderatori:** Filippo Crea, *Roma*  
Alessandro Distanti, *Pisa*
- 11.30** **Sindrome coronarica acuta da dissezione spontanea.**  
Alessandro Fontanelli, *Vicenza*
- 11.45** **L'aterosclerosi: differenza tra i due sessi.**  
Francesco Prati, *Roma*
- 12.00** **Il NSTEMI: un solo inquadramento clinico, tante variabili fisiopatologiche.**  
Claudio Rapezzi, *Bologna*
- 12.15** **Tema da definire**  
Maddalena Lettino, *Rozzano - MI*
- 12.30** *Discussione*

**VI SESSIONE** Moderatori: Maria Luisa Finocchiaro, *Roma*  
Massimo Uguccioni, *Roma*

- 15.00** **Dagli studi randomizzati alla pratica clinica. La sostituzione valvolare aortica transcateretere (TAVI).**  
Antonio Colombo, *Milano*
- 15.15** **Correzioni di fattori di rischio a confronto. Quanto conta curare l'obesità?**  
Gian Francesco Mureddu, *Roma*
- 15.30** Tema e relatore da definire
- 15.45** **Serve ancora raggiungere un valore target di colesterolo LDL?**  
Alberto Corsini, *Milano*
- 16.00** *Discussione*
- 16.30** *Intervallo*

**VII SESSIONE** Moderatori: Edoardo Gronda, *Sesto San Giovanni - MI*  
Giuseppe Di Pasquale, *Bologna*

- 17.00** **Meno studi randomizzati e più registri.**  
Luigi Tavazzi, *Cotignola - RA*
- 17.15** **L'assistenza ventricolare nel paziente con scompenso cardiaco: presente e futuro.**  
Massimo Massetti, *Roma*
- 17.30** Tema e relatore da definire
- 17.45** Tema e relatore da definire
- 18.00** *Discussione*



## DOMENICA 8 MARZO

**VIII SESSIONE** Moderatori: Fulvio Camerini, *Trieste*  
Eligio Piccolo, *Mestre - VE*

- 9.15** **Angioplastica primaria e malattia multivasale. Rivascolarizzare tutto e subito?**  
Leonardo Bolognese, *Arezzo*
- 9.30** **Pochi sanno che la mortalità ad un anno dopo una SCA si avvicina al 10%.**  
Cesare Greco, *Roma*
- 9.45** **L'ablazione della tachicardia ventricolare nel paziente con cardiomiopatia (ischemica e non). Facciamo il punto.**  
Fiorenzo Gaita, *Torino*

**10.00** **Sindrome coronarica acuta e fibrillazione atriale: quale terapia antiaggregante e/o anticoagulante?**  
Marco Tubaro, *Roma*

**10.15** **Trattiamo l'ischemia, non la stenosi coronarica: la fractional flow reserve (FFR).**  
Edoardo Verna, *Varese*

**10.30** Tema e relatore da definire

**10.45** **L'attività motoria nei soggetti con intolleranza ai carboidrati. Lo studio NAVIGATOR.**  
Pier Luigi Temporelli, *Pavia*

**11.00** *Discussione*

**Per modalità di iscrizione vedi pagina successiva**

# Conoscere e Curare il Cuore 2015

## SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CONGRESSO

Da compilare in stampatello ed inviare a:  
**Centro per la Lotta contro l'Infarto SRL**, Viale Bruno Buozzi 60 - 00197 Roma  
Fax 06 3221068 - email: [clicon@tin.it](mailto:clicon@tin.it)

COGNOME .....

NOME .....

CODICE FISCALE/P.IVA .....  
(indispensabile per la fatturazione ed ai fini ECM)

DATA DI NASCITA .....

LUOGO DI NASCITA ..... PROV .....

VIA .....

CAP ..... CITTÀ ..... PROV .....

Tel. (.....) ..... Cell .....

e-mail .....  
(obbligatoria per ricevere conferma iscrizione)

Iscrizione (inclusa IVA) (farà fede la data in cui viene effettuato il pagamento)	Entro il 12/01/2015	Dal 13/01/2015
<input type="checkbox"/> Iscritti alla Fondazione (in regola con la quota 2015 di € 25,00)	<input type="checkbox"/> € 250,00	<input type="checkbox"/> € 300,00
<input type="checkbox"/> Non iscritti alla Fondazione	<input type="checkbox"/> € 300,00	<input type="checkbox"/> € 350,00
<input type="checkbox"/> Studenti e specializzandi iscritti alla Fondazione (nati dopo il 01/01/1979, allegare fotocopia documento)	€ 100,00	
<input type="checkbox"/> One day admission: <input type="checkbox"/> venerdì <i>oppure</i> <input type="checkbox"/> sabato	€ 125,00	

## QUOTE DI ISCRIZIONE AL CONGRESSO

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



## SCHEDA DI ISCRIZIONE O RINNOVO DI ISCRIZIONE ALLA FONDAZIONE (anno 2015)

Da compilare in stampatello ed inviare a:  
**Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus**  
Viale Bruno Buozzi 60 - 00197 Roma - Fax 06 3221068 - email: [clicon@tin.it](mailto:clicon@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 2015 € 25,00

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 IT94J035000320100000017897, 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.

Il Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus è titolare del trattamento dei dati ed informa che i dati da Lei forniti verranno trattati esclusivamente per le procedure anche contabili necessarie alla Sua partecipazione al congresso, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali di cui al D.L. 196/2003 (codice sulla privacy).

Data

Firma

.....

## 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 IT56Y010050321300000012506, intestato al Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus, c/o Banca Nazionale del Lavoro, Agenzia n. 13, Viale Bruno Buozzi 54 - 00197 Roma;
- assegno allegato non trasferibile, intestato al Centro per la Lotta contro l'Infarto Fondazione Onlus;
- carta di credito circuito VISA.

Carta N° ..... Scadenza .....

Nome e cognome del titolare della carta .....

A ricevimento della quota destinata alla Fondazione verranno inviate regolare ricevuta e tessera.

Il Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus è titolare del trattamento dei dati ed informa che i dati da Lei forniti verranno trattati esclusivamente per le procedure anche contabili necessarie alla Sua adesione, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali di cui al D.L. 196/2003 (codice sulla privacy).

Data

Firma

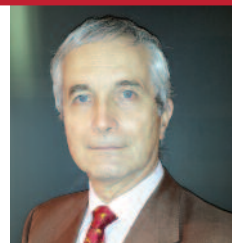
.....

## SEGRETERIA ORGANIZZATIVA, E PRENOTAZIONI ALBERGHIERE:

Centro per la Lotta contro l'Infarto s.r.l. - Viale Bruno Buozzi, 60 - 00197 Roma Tel. 063218205 - 063230178 Fax: 063221068 - email: [clicon@tin.it](mailto:clicon@tin.it) - [www.centrolottainfarto.it](http://www.centrolottainfarto.it)

# Il custode di Pienza

di Enrico Delfini



Coloro che amano l'Italia, l'arte, il rinascimento e la Toscana non sono certo pochi.

Non pretendo di descrivere la città del Rossellino, il sogno di Enea Silvio Piccolomini; do per scontato che tutti conoscano tale gioiello. E quanti tesori nasconda, anzi ostenti.

Mi piace raccontare alcuni ricordi che hanno arricchito la mia conoscenza di Pienza e contribuito a farmi amare la Toscana, il rinascimento, l'arte e l'Italia.

La mia "prima volta" a Pienza avevo 16 o 17 anni e la testa piena di nozioni di storia dell'arte. Città e cittadine, paesi e borghi, chiese, pievi, palazzi e castelli, ne avevo già visti un bel po'. Ma, entrando nella cattedrale di Pienza restai stupefatto. La mia impressione attonita deve essere stata molto vistosa: prima che potessi esaminare l'ambiente con appena un poco più di attenzione, fui avvicinato da un signore di mezza età. Capelli disordinati, cravatta a farfalla, barba incolta, occhiali di tartaruga; quasi una caricatura di un professore di liceo.

"Bello, vero?" mi apostrofò; e proseguì, interrogandomi: "Hai capito che cosa c'è di diverso dalle altre chiese?"

Non ricordo se riuscii ad imbastire una qualche risposta, ma nel quarto



Interno della cattedrale di Pienza

d'ora successivo, mi fu impartita, gratis, una strana lezione, che si impresse nella mia memoria in modo indelebile.

*Domus vitrea* fu detta l'opera del Rossellino e davvero trasparente come vetro, pura come cristallo, è l'atmosfera che si respira nella chiesa di Pienza. La luce che entra dalle finestre absidali illumina le candide pareti, spoglie ma rese ricche dalle colonne e dagli archi evidenziati dalle contrastanti decorazioni. Su ogni altare, una pala fondo oro.

La storia che mi raccontò il "professore" è tanto affascinante che non ho mai voluto approfondirne la veridicità, nel timore di dover cancellare particolari che, quando anche falsi, sono oramai, per me, veri; per sempre.

Quando Papa Piccolomini vide per la prima volta la "sua" cattedrale, rimase affascinato dalla bellezza. Sicché, oltre a perdonare al Rossellino lo "sforamento di bilancio", emise una bolla di scomunica per

chiunque avesse in futuro alterato l'aspetto originario dell'opera. Sarebbe questa la ragione che ha preservato la chiesa di Pienza da modifiche, aggiunte, abbellimenti, barocchismi, spostamenti di immagini, ampliamento di altari, tutte quelle (dis)avventure cui, ovunque, sono andate incontro basiliche, cattedrali, cappelle e luoghi sacri nel corso dei secoli.

Quando, negli anni '20 del XX secolo, si rese necessario restaurare il pavimento, si dovette, assicura il professore, ottenere una speciale dispensa pontificia.

Dopo la cattedrale, Palazzo Piccolomini. Chi lo visita oggi, certamente ne ammira il rivoluzionario impianto architettonico, le squisite proporzioni, l'arredamento di inestimabile pregio; ma chi lo ha visto prima del '72-'73 ha potuto godersi molto più di una capolavoro dell'arte mondiale.

La famiglia Piccolomini ha abitato il palazzo per quasi 500 anni. L'ultimo principe morì verso il 1965, senza eredi, essendo il figlio



Camera del Papa



Sciabola regia aeronautica

morto nella campagna d’Africa della 2<sup>a</sup> guerra mondiale. Alla sua morte la proprietà passò al Monte dei Paschi, che, per qualche anno (e si tratta, per fortuna mia, del periodo della mia visita), lasciò tutto nella situazione in cui si trovava. Compreso l’anziano maggiordomo, trasformato in custode-guida del palazzo.

Un personaggio fantastico: magro, leggermente curvo, vestito con una livrea un po’ consunta a sottili righe bordeaux e blu, i piedi leggermente trascinati, un delizioso accento toscano, di origine popolare, contaminato dalla pluridecennale esposizione all’ambiente nobiliare. Quasi certamente non molto erudito, forse approssimativo quanto a datazioni e attribuzioni, ma quanto amore! Quanta “vita vissuta” nelle sue parole! Era uno spettacolo osservare la grazia, la delicatezza con cui accostava un uscio, aggiustava il drappeggio di una tenda, e l’intima personale partecipazione con cui accompagnava i visitatori per le sale e le camere dell’appartamento.

La camera da letto padronale (che fu anche set cinematografico per molti film del genere boccaccesco) non era per lui la “camera del Papa”, ma la camera da letto del

“suo” principe, che lui aveva rassettato e messo in ordine fino a pochi anni prima. Nella sala delle armi, tra le armature di manifattura milanese del XVI secolo e le carabine dal calcio intarsiato d’avorio del XVIII, egli mostrava con altrettanto orgoglio la sciabola della Regia Aeronautica (anni ‘30) o la Beretta calibro 9 del “principino” morto trentenne in Libia.

Il servizio di maiolica che faceva bella mostra di sé nella piaattia e nella credenza della cucina, erano la zuppiera e le scodelle usate da secoli in casa Piccolomini; proprio le scodelle in cui lui, proprio lui, aveva servito tante volte ribollita e zuppa di fagioli. Ogni stanza, ogni quadro, ogni locale, ogni finestra, aveva la sua storia, il suo carico di ricordi e di sincero affetto.

Pochi mesi dopo, l’appartamento di palazzo Piccolomini fu svaligiato. Tornai l’anno successivo. Il Monte dei Paschi aveva provveduto ad arredare camere e saloni con mobilia di grandissimo pregio; quadri e oggetti di indiscusso valore: un vero museo. Ma l’anziano maggiordomo era triste; ridotto a fare da cicerone anonimo in una casa anonima, non “sua”. Ci confidò che era deciso a ritirarsi e così fece poche settimane dopo.

# Aggiornamenti cardiologici

di Filippo Stazi



**Dronedarone: il diavolo non è poi così brutto?:** Alcuni trials degli scorsi anni hanno sollevato molte preoccupazioni sulla sicurezza del Dronedarone, l'ultimo antiaritmico comparso sulla scena, specie in pazienti con scompenso cardiaco o fibrillazione atriale permanente nonché dubbi su una sua possibile tossicità epatica. Per valutare tali aspetti nel contesto della pratica clinica il gruppo svedese del Karolinska Institute ha esaminato mortalità e malattie epatiche nei pazienti trattati con tale farmaco. Dei 174.995 pazienti con diagnosi di fibrillazione atriale nel periodo 2010-2012, 4.856 hanno ricevuto il dronedarone. I restanti 170.139 hanno costituito il gruppo di controllo. Il follow up medio è stato di 1.6 anni. I pazienti trattati con dronedarone erano più giovani (65.5 vs 75.7 anni,  $p < 0.0001$ ) e sani della popolazione di controllo e avevano minori tassi di mortalità annuale (1.3% vs 14%). Nel gruppo trattato col farmaco in esame non vi erano morti improvvise o legate ad insufficienza epatica, né vi era un aumentato rischio di epatopatia. I pazienti con scompenso cardiaco trattati con dronedarone, infine, presentavano una mortalità inferiore (HR 0.4) rispetto ai soggetti con scompenso sottoposti ad altre terapie. Pur evidenziando che i pazienti in terapia con dronedarone erano nel complesso un gruppo a basso rischio gli autori sottolineano che il farmaco non ha però indotto un aumentato rischio di morte od epatopatia. (*J Am Coll Cardiol* 2014; 63: 2376-2384)

**Ancora sulla TAVR:** Gli autori hanno incluso nello studio 795 pazienti con stenosi aortica severa giudicati ad alto rischio di morte durante l'intervento chirurgico tradizionale di sostituzione valvolare. Tali soggetti sono stati randomizzati alla terapia chirurgica od alla sostituzione valvolare transcateretere (TAVR) con valvola autoespandente. L'endpoint primario, la mortalità totale ad 1 anno, era significativamente inferiore nel gruppo TAVR che in quello chirurgico (14.2% vs 19.1%). Altre analisi preliminari suggeriscono inoltre che nel gruppo TAVR vi era anche una riduzione degli eventi avversi cerebrali e cardiovascolari senza peraltro presentare un aumentato rischio di ictus. Lo studio rappresenta quindi un'ulteriore conferma della validità della sostituzione valvolare aortica transcateretere nei soggetti ad alto rischio chirurgico. (*New Engl J Med* 2014; 370:1790-1798)

### **L'unione fa la forza: associazione di Nebivololo e Valsartan nella terapia dell'ipertensione:**

L'associazione a dosi fisse di due antiipertensivi differenti è in genere più efficace dell'aumento di dosaggio di una monoterapia. Gli autori dello studio hanno valutato efficacia e sicurezza di un'associazione di nebivololo e valsartan in 4.161 pazienti adulti ipertesi randomizzati a ricevere per 8 settimane la combinazione (ai dosaggi di 5 e 80 mg/die, 5 e 160 mg/die o 10 e 160 mg/die) dei due farmaci, il solo nebivololo (5 o 20 mg/die), il solo valsartan (80 o 160 mg/die) o il placebo. Dalla quinta all'ottava settimana le dosi venivano raddoppiate. Al termine dello studio la combinazione di 20 mg di nebivololo e 320 mg di valsartan forniva maggiori riduzioni di pressione arteriosa rispetto ai valori di base sia in confronto con i 40 mg di nebivololo ( $p = 0.03$ ) che con i 320 mg di Valsartan ( $p < 0.0001$ ). Anche tutti gli altri confronti tra combinazione e monoterapia erano a favore dell'associazione. Almeno un evento avverso era presente nel 30-36% dei pazienti senza differenze tra i vari gruppi di trattamento. L'ovvia conclusione degli autori era che l'associazione a dosi fisse di nebivololo e valsartan è un'opzione efficace e ben tollerata per i pazienti affetti da ipertensione arteriosa. (*The Lancet* 2014; 383: 1889-1898)

**ARISTOTLE: le emorragie non solo si contano ma si pesano anche:** Nello studio ARISTOTLE l'apixaban ha ridotto il rischio di emorragie maggiori rispetto al warfarin in soggetti con fibrillazione atriale. La presente rianalisi dei dati mirava ad identificare le conseguenze di tali emorragie, il loro effetto sulla mortalità a 30 giorni nonché ad identificare i fattori associati ad un aumentato rischio emorragico nei 18.140 pazienti inclusi nello studio. Il tasso di sanguinamenti maggiori era 2.13% per anno nel gruppo apixaban e 3.09% per anno nel gruppo warfarin ( $p < 0.001$ ). Le emorragie extracraniche maggiori del gruppo apixaban richiedevano un numero inferiore di ospedalizzazioni, interventi medici o chirurgici, trasfusioni o modifiche della terapia antitrombotiche rispetto a quelle che occorreivano nel gruppo warfarin. La mortalità a 30 giorni da emorragie maggiori era la metà nel gruppo apixaban rispetto al gruppo warfarin (HR 0.50,  $p < 0.001$ ). I fattori clinici, infine, che causavano un aumentato rischio emorragico erano l'età avanzata, una precedente storia di sanguinamento, ictus o attacco ischemico transitorio, il diabete, ridotti valori di clearance della creatinina, bassi livelli di ematocrito e, infine, il concomitante uso di aspirina o altri antiinfiammatori non steroidei. L'apixaban sembra pertanto ridurre non solo il numero degli eventi emorragici ma anche la loro gravità rispetto al warfarin. (*J Am Coll Cardiol* 2014; 63: 2141-2147)

# aforismi

Nessuno si è mai ammazzato perché non riusciva ad amare il prossimo come se stesso.

> **M. Marchesi**

La realtà ha la dimensione della nostra mente e l'intensità dei nostri sentimenti.

> **M. Vassalle**

Lei signorina non immagina quanto pagherei per avere il suo amore disinteressato.

> **C. Dapporto**

Perché i cicloni scelgono sempre il Bangladesh e mai Saint-Tropez?

> **Anonimo**

Amore baciati. Eviterai di dire sciocchezze.

> **G. Arpino**

Chi soffre per amore è perché non ha mai avuto i calcoli renali.

> **Anonimo**

Se l'anarchia fosse il naturale sistema di convivenza tra gli uomini, il popolo italiano sarebbe il primo al mondo.

> **G. Papini**

Ateo, un tizio che crede nell'al di qua.

> **M. Marchesi**

“Caduta massi”, “caduta massi”, “caduta massi”: e ora che lo so?

> **F. Fazio**

Quanto si potrà incavolare una tartaruga quando dopo due chilometri si accorge di aver sbagliato strada?

> **F. Fazio**



M'è manca l'impagabile esperienza di vivere un amore adolescente da cristiano, senza contadino infuriato per l'erba calpestata, senza guardiano che spunta dall'argine, senza il batticuore dei brevi abbandoni cui si sommava l'altro per i carabinieri con la torcia elettrica. I cardiologi dovrebbero tenere conto dei trascorsi giovanili della mia generazione.

> **L. Goldoni**

L'arrivista è uno al quale non si perdona di essere arrivato dove non siamo arrivati noi.

> **Pitigrilli**

Non comprate quadri astratti. Fateveli da voi.

> **M. Maccari**

L'amore è il bisogno umano che più rassomiglia alla fame.

> **A. Guglielmetti**

L'appetito viene governando.

> **M. Amadeo**

L'unico afrodisiaco, secondo me, è la donna.

> **U. Tognazzi**

La vita si vive o si scrive.

> **L. Pirandello**

Ormai soltanto gli umoristi si preoccupano di essere seri.

> **Terzoli e Vaime**

Tutto ciò che i giovani debbono fare per i vecchi è scandalizzarli e tenerli aggiornati.

> **G. B. Shaw**

# Sostenete e diffondete Cuore & Salute

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

- ♡ La quota minima annuale di iscrizione alla Fondazione in qualità di Aderente è di € 25.00.
- ♡ Con un contributo di € 30.00 gli *Aderenti* alla Fondazione, possono richiedere il volume degli Atti del Congresso *Conoscere e Curare il Cuore* o gli Atti online.
- ♡ Coloro che desiderano offrire **Cuore & 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 & 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 IT 56 Y 01005 03213 000000012506

c/o BANCA NAZIONALE DEL LAVORO - Ag.13 - V.LE BRUNO BUOZZI 54, ROMA

ASSEGNO NON TRASFERIBILE

CARTA DI CREDITO CIRCUITO VISA (COMUNICANDO NUMERO E SCADENZA).

ON-LINE CON **DONA ORA** DIRETTAMENTE DAL SITO **WWW.CENTROLOTTAINFARTO.IT**

## 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 presenti nel database del *Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus*. Sono stati raccolti, gestiti manualmente ed elettronicamente con la massima riservatezza ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 per informarla sulle attività della Fondazione, istituzionali e connesse, anche attraverso altri qualificati soggetti. In ogni momento lei potrà chiederne la modifica e l'eventuale cancellazione scrivendo al nostro responsabile dati: *Centro per la Lotta contro l'Infarto Fondazione Onlus - Viale Bruno Buozzi, 60 - 00197 Roma*.

# Ogni mese una **Newsletter** sulla salute del tuo cuore? **www.centrolottainfarto.it**



[DONA ORA](#) [DIVENTA SOCIO DEL CLJ](#) [LA NOSTRA RICERCA](#) [SOSTIENI IL CLJ CON IL TUO SKYBOX](#) [ARCHIVIO NEWSLETTER](#)

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

**NEWSLETTER** *Giugno 2014* 

Capire per prevenire di Antonella Labellarte

---

**SEGNI PREMONITORI DI UN INFARTO**  
di Antonella Labellarte

*L'argomento, si dirà, è antico ma ha una tale importanza da meritare non solo continuamente spazio nei media ma, ancora una volta in marzo di quest'anno, alcune pagine sulla prestigiosa rivista cardiologica *Circulation*, ad opera di Joseph P. Ornato del Department of Emergency Medicine di Richmond, Virginia.*

**ANCHE RUMORE FA RIMA CON CUORE**  
di Ivan Battista

*Insaccati nelle nostre vite, prigionieri dei tempi serrati e ostaggi della poca salubrità degli ambienti lavorativi nonché dei siti pubblici e privati, una gran parte di noi si sottopone, quotidianamente, ad un vero e proprio bombardamento fisico di stimoli negativi.*

**OBESITÀ E FIBRILLAZIONE ATRIALE**  
di Antonella Labellarte

*Se ancora vi fosse necessità di fornire delle ragioni a favore della perdita di peso eccone un'altra: l'obesità favorisce la comparsa di fibrillazione atriale.*

PER RICEVERE LA NEWSLETTER OGNI MESE CLICCA QUI  INVIÀ AD UN AMICO 

# LA NOSTRA RICERCA FA PROGRESSI MA HA SEMPRE BISOGNO DEL TUO SOSTEGNO

Il miglioramento della prevenzione e della terapia dell'infarto è parte fondamentale del programma di ricerca della nostra Fondazione.

Prosegue con buoni risultati il nostro studio per acquisire maggiori e migliori conoscenze sui fattori di rischio. Se infatti restano validi quelli tradizionali - fumo, obesità addominale, colesterolo alto, pressione alta, diabete, stress - è tuttavia necessario andare oltre e scoprire perché soggetti fortemente a rischio non sono colpiti da infarto, mentre altri, apparentemente non a rischio, lo sono. Proprio questo è l'obiettivo dello **studio Opposites** attualmente in corso **che si prefigge di chiarire i meccanismi che causano un attacco di cuore.**

La nostra ricerca continua inoltre ad avvalersi delle **più moderne tecniche di imaging coronarico** al fine di **identificare la cosiddetta "placca vulnerabile"** quella ad **elevato rischio di infarto**, la cui identificazione precoce potrebbe permettere **mirate misure di prevenzione.** Infine, sempre con le stesse tecniche, sono in corso studi finalizzati a **valutare l'efficacia dei farmaci ed a guidare la durata dei trattamenti farmacologici.**

**La conoscenza di fattori di rischio oggi non evidenti e l'individuazione di nuovi e specifici strumenti di prevenzione e terapia ci consentirà, in un futuro non lontano, di dare un importante contributo alla riduzione della mortalità cardiovascolare.**



## Sostieni la nostra ricerca

Puoi farlo con un semplice versamento intestato a **Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus**, tramite:

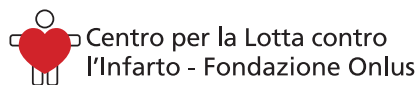
- **c/c postale** n. 64284003
- **bonifico bancario:** IBAN IT 56Y 01005 03213 000000012506  
Banca Nazionale del Lavoro - Ag. 13 - Viale B. Buozzi 54, 00197 Roma
- **assegno non trasferibile**
- **carta di credito** (circuito VISA) comunicando alla nostra segreteria il numero e la scadenza.

### Vantaggi fiscali:

In quanto Onlus, ogni donazione a favore della Fondazione Centro per la Lotta contro l'Infarto è fiscalmente deducibile ai sensi della legge 80/2005, fino al 10% del reddito complessivo del donatore, per un massimo di 70.000 euro l'anno. Ai fini fiscali, è necessario conservare la ricevuta del versamento.

Per maggiori informazioni: [www.centrolottainfarto.it](http://www.centrolottainfarto.it)

*Grazie di cuore*



Centro per la Lotta contro  
l'Infarto - Fondazione Onlus

Capire per prevenire

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