

Cuore e Salute

N. 7-8-9 luglio-agosto-settembre 2018

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

ANNO XXXVI • 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 // 2018

CUORE E SALUTE • N. 7-8-9 LUGLIO-AGOSTO-SETTEMBRE 2018

La ragazza sulla sequoia

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

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

DONA ORA

DIVENTA
SOCIO DEL CLI

LA NOSTRA
RICERCA

SOSTIENI IL CLI
CON IL TUO 5X1000

ARCHIVIO
NEWSLETTER



Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

NEWSLETTER



Capire per prevenire

di Antonella Labellarte



**IL CUORE DEL SUPERMAN
E IL RICORDO DI CARNERA**
di Eligio Piccolo

Il mito del più forte, del più bravo e del più bello sono certamente vecchi quanto il mondo del Sapiens, da Adamo in poi, ma lo sono anche in quello animale.



IL CUORE ALTROVE
di Ivan Battista

È tempo di vacanze e molti di noi si preparano per affrontare un viaggio, breve o lungo che sia. Secondo un antico adagio è più importante porre il cuore nel cammino piuttosto che nella meta.



IL COCCOLONE "RINCOCCOLATO"
di Eligio Piccolo

Ai tempi che Berta filava e gli anziani spesso si sfilavano da questo mondo con l'ictus non c'erano purtroppo rimedi né per prevenirlo né per curarlo.

PER RICEVERE LA NEWSLETTER OGNI MESE CLICCA QUI



INVIA AD UN AMICO



www.centrolottainfarto.org



Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Presidente
Francesco Prati

Presidente onorario
Mario Motolese

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

EDUCAZIONE SANITARIA

Il CLI promuove l'educazione sanitaria attraverso:

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

CULTURA MEDICA

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

RICERCA SCIENTIFICA

Il CLI ha avviato un innovativo programma di ricerche sperimentali rivolte a prevenire ed individuare le cause e i meccanismi dell'infarto. Il programma, che comprende tre filoni: la prevenzione, il riconoscimento delle cause ed il miglioramento delle cure, prevede l'applicazione di strumentazioni d'avanguardia tra cui la Tomografia a Coerenza Ottica (OCT) e l'impiego di markers bioematici. Attualmente è in corso lo studio CLIMA sull'impiego dell'OCT finalizzato all'individuazione delle lesioni coronariche responsabili dell'infarto. Il CLI ha inoltre attivato un accordo di collaborazione con istituti universitari per sostenere stage di perfezionamento nell'ambito delle scuole di specializzazione in cardiologia, rivolti alla ricerca clinica ed alla cura dell'infarto.

Il CLI ha infine condotto indagini epidemiologiche e studi di prevenzione della cardiopatia ischemica in Italia. In particolare ha partecipato, con il "Gruppo di Ricerca per la Stima del Rischio Cardiovascolare in Italia", alla messa a punto della Carta del Rischio Cardiovascolare e della carta Riskard HDL 2007 e dei relativi software che permettono di ottenere rapidamente una stima del rischio cardiovascolare individuale.

4 • **Il cuore rosa** Eligio Piccolo

8 • **Dal Congresso Conoscere e Curare il Cuore 2018**

Dottore mi dia la statina naturale

Intervista di Filippo Stazi a Andrea Poli

p. 8



13 • **Il veleno del tasso, da Cesare a noi [E.P.]**

14 • **Vita di medico**

Filemone e Bauci. "Vedere l'invisibile" Bruno Domenichelli

18 • **Julia "Butterfly" Hill. La ragazza sulla sequoia** Alberto Dolara

21 • **Qualche secondo di buon umore**

22 • **E infine potrebbe trattarsi della malattia di...** Vito Cagli

24 • **La Palla di Tiche**

State buoni se potete! Filippo Stazi

p. 24



29 • **Aneddoti romani: il femminile di Dante [F.S.]**

30 • **Medicina e Società**

Il reumatismo morde ancora Eligio Piccolo

p. 33



32 • **Pillole di romanesca saggezza [F.S.]**

33 • **Quaderno a Quadretti**

Beccamorti, Franco Fontanini

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

Direttore Responsabile
Filippo Stazi

Vice Direttori
Eligio Piccolo
Francesco Prati

Coordinamento Editoriale
Marina Andreani

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

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

Ufficio abbonamenti e pubblicità
Maria Teresa Bianchi

Progetto grafico e impaginazione
Valentina Girola

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

Anno XXXVI
n. 7-8-9 Luglio-Agosto-Settembre 2018
*Poste Italiane SpA - Spedizione
in abbonamento postale - D.L.
353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art 1, comma 1,
Aut.C/RM/07//2013
Pubblicazione registrata al Tribunale
di Roma il 3 giugno 1983 n. 199*
Associata Unione Stampa Periodica
Italiana



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

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

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



37 • **Quadri e Salute** Filippo Stazi

39 • *L'antirigetto che rigetta il tumore [E.P.]*

40 • **Lettere a Cuore e Salute**

- *Prolasso della mitrale e idoneità sportiva, Eligio Piccolo*

- *Antinfiammatori ed infarto, Filippo Stazi*

42 • **Ecologia della mente**

L'uomo e il cammino nella storia. La tigre nel cuore e la speranza Bruno Domenichelli

44 • **Nicotina, droga gentile** Eligio Piccolo

47 • **Sigarette elettroniche: vanno scoraggiate ma il proibizionismo non serve!** Filippo Stazi

49 • *Legalizzare la droga? [F.S.]*

50 • **La vignetta di Cip** Giovanni Ciprotti

51 • **OMS: 9 persone su 10 respirano aria inquinata** Aldo Di Giulio

55 • **Conoscere e Curare il Cuore 2019**

60 • *Obesità e fumo. Nasce prima l'uovo o la gallina? [E.P.]*

61 • **Il cuore in cucina**

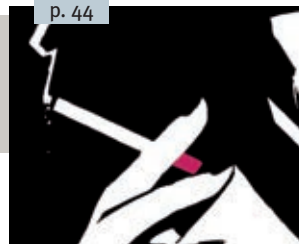
Peperoni ripieni Marina Andreani

62 • **Aforismi**

p. 39



p. 44



p. 49



p. 61



Preghiera di Sir Robert Hutchinson

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

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

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



di Eligio Piccolo

Il cuore rosa

Il colore del nostro organo battente non è certo diverso tra i generi e nemmeno tra le etnie, come annunciava Benetton in un manifesto di United Colors. Oggi sembra un assurdo, ma per molti medici del passato non è stato altrettanto facile considerare che anche la donna avesse lo stesso cuore dell'uomo. Nessuno lo negava, si capisce, però l'attenzione, tutta concentrata sull'infarto e sulla morte improvvisa, pareva la si dovesse temere più per lui che per lei. Dopo la seconda guerra mondiale fece notizia la scoperta che le coronarie di molti caduti dell'US Army in Korea, giovanottoni alimentati a colesterolo e a scatolette, avessero già i segni dell'arteriosclerosi. Erano ovviamente maschi e a questo genere si continuò a riservare per più anni ancora la maggiore attenzione sulle malattie cardiovascolari.



Della donna con i suoi dolorini e palpitazioni, che per malacorto riflesso fino a non molto tempo fa venivano spesso associati all'isteria, ci si accorse più tardi del fatto che anche le sue coronarie potevano causare l'infarto, così come la genetica, i virus o la pressione alta provocavano le stesse conseguenze dell'uomo. Tali consapevolezze furono annunciate quasi come una scoperta, la stessa di von Baer che nel 1827 annunciò quella dell'ovocito, lo "spermatozoo" della donna, senza il quale il maschio non può assicurare la discendenza. Prima, da Aristotele al Medio Evo, si pensava di assegnare alla donna un contributo essenziale ma "di contorno" rispetto a quello più incisivo dell'uomo. Nonostante che Galeno, di adozione romana e formazione greca, già dal II° secolo d. C. avesse chiare le idee sull'incontro fra ovaie e testicoli.

Dalla metà del secolo scorso, a misura che gli studi sulle varie popolazioni si sono fatti ascoltare, e per completezza in essi sono state incluse anche le donne, ci siamo resi conto che il loro cuore è simile a quello dell'uomo, sia nell'anatomia che nelle reazioni e nelle malattie. E, analogamente a ciò

che sta avvenendo tra i moderni mussulmani, dove si cerca di ridurre i veli e di aumentare i diritti al gentil sesso, così le ricerche "occidentali" degli ultimi 60 anni stanno rimettendo le cose in ordine. Nel farlo però ci si è accorti che il cuore della donna ha anche una sua personale dignità, simile ma non uguale all'uomo, sia quando risponde alla fisiologia che quando si ammala. Nozioni scientifiche che il medico non ha potuto più disconoscere se non voleva rischiare di rimettere a noi e a lei il velo dell'ignoranza e della discriminazione.

La prima informazione è stata anatomica: il cuore muliebre è più piccolo di quello maschile, cosa risaputa, ma lo sono anche le sue coronarie, che, se si ammalano si restringono più facilmente e creano nuove at-

tenzioni nelle moderne tecniche di disostruzione (stent, palloncino). La seconda differenza è di tipo reattivo: le coronarie di lei si strizzano più facilmente, subiscono quello che noi definiamo spasmo, e, poiché sono di minore calibro rispetto a lui, lo spasmo provoca più facilmente ischemia e dà ragione dei tanti dolorini e strette al petto rimasti spesso nel passato sottovalutati e senza una diagnosi convincente.

La terza informazione investe la natura stessa delle differenze sessuali, ossia l'avvicinarsi degli ormoni femminili: fino alla menopausa la donna gode di una certa protezione dall'infarto e da altri guai vascolari, ma dopo quel traguardo se non vigila sui fattori di rischio ne corre le possibili conseguenze quanto l'uomo. Però anche in



Università di Uppsala

questi casi il modo come si presenta in lei la patologia e come risponde alla cura obbligano a tener conto di molte particolarità, che, peraltro, danno al medico la soddisfazione di sentirsi protagonista, ed anche più medico. Una quarta particolarità, assolutamente femminile, è quella del cuore in gravidanza, che diventa sensibile a molti fattori, genetici, alla pressione alta oltre che alla possibilità di subire una singolare malattia, la miocardiopatia peripartum. A questo proposito dall'Università di Uppsala ci



Canterbury

segnalano che lo sviluppo di ipertensione anche lieve durante la gravidanza aumenta il rischio di nati morti o prematuri. Da qui il consiglio di controllare la pressione più spesso, di curarla e di evitare l'eccessivo aumento di peso, nonché di procreare prima che questi problemi compaiano. Mia madre, ostetrica di poca cultura ma di grande fiuto ed esperienza, diceva che i figli si fanno da giovani perché dopo nascono avariati; lo diceva, si capisce, con il tono di quegli adagi antichi che hanno un fondo di verità. Gli ultimi 25 anni ci hanno riservato una singolare novità, direi quasi una rivoluzione nelle cardiopatie della donna. Dal Giappone arriva l'annuncio di una nuova malattia prevalentemente femminile (95%), che in un primo tempo pareva riguardasse solo le signore con gli occhi a mandorla e che ora invece, prestan-

dovi attenzione, sta diventando sempre più nostrana. Patologia singolare, la quale colpisce le donne dopo i 60, specie le angosciate da uno stress, o forse anche dalla non accettazione dell'età in declino, quando "virtù non luce in disadorno ammanto", come diceva Leopardi della senescente Saffo. Oppure angosciate dalla paura, come le Donne di Canterbury nel dramma di Eliot: "siamo invase da una paura...che nessuno può capire. E ci strappa il cuore". Somiglia alla malattia coronarica, da cui però si differenzia perché le coronarie, quelle oggetto degli interventi di bypass o di stent, sono sane. L'anomalia consiste invece in una strana contrazione del ventricolo sinistro che si accompagna a dolore, perdita di conoscenza e raramente decesso. È la cosiddetta "tako-tsubo", di cui stiamo vedendo sempre più spesso forme anche meno gravi che, da un lato, ci fanno capire certi disturbi del passato ritenuti "nervosi o nevrotici" e, dall'altro, se curate in tempo, evitano il grande rischio. La si potrebbe anche definire una particolare zoppia contrattile del cuore femminile anziano. Infatti uno studio specifico di qualche anno fa sul-

la contrazione dei cuori negli anziani ha dimostrato che la contrazione-torsione fisiologica del ventricolo sinistro, quello che manda il sangue a tutto il corpo, si accentua nei cuori più piccoli e in particolare nelle donne, dove le fibre muscolari si dispongono in modo da poterla esagerare, quasi una predisposizione a quella sindrome giapponese. Una prova ulteriore della diversa struttura e reattività del cuore femminile.

Il problema tuttavia che più ha fatto angosciare la donna, specie dopo la menopausa, ma anche il cardiologo, è la discriminazione del dolore che prelude all'infarto, ritenuto in passato quasi sempre tipico nell'uomo, ma piuttosto confuso nelle donne. Dagli studi più accurati degli ultimi decenni invece e da quello più recente (*Circulation*, febbraio 2018), che ha per acronimo VIRGO, già di per sé orientativo, si eliminano molti pregiudizi del passato e si precisa che il dolore al petto dell'infarto è avvertito da entrambi i sessi nel 90% dei casi; però nella donna con una maggiore diversità di espressioni perché, oltre a certe reazioni psicologiche, lei più spesso lo può riferire anche in altre parti del corpo (mandibola,



nuca, stomaco). Purtroppo si sta trascinando ancora un ingiusto pregiudizio poiché, giunta al pronto soccorso, lei è creduta meno (53%) rispetto a lui (37%). Da tali studi inoltre si conferma che in lei è possibile l'infarto a coronarie apparentemente normali, ma in genere queste arterie hanno le stesse alterazioni del maschio, e beneficiano, nonostante alcuni pregiudizi del passato, degli stessi interventi di angioplastica e di bypass.

Tuttavia, non siamo ancora al traguardo di una corretta differenziazione dei generi se ci viene ancora riferito che la consapevolezza secondo cui anche il cuore femminile si può ammalare è aumentata solo dal 33 al 50 per cento. Insomma, sembra di dover dire, con una punta di ironia e di cinismo, che lei continua a complicare il lavoro del medico nella misura in cui questi rimane maschilista. Lo stesso medico che oggi, quasi per farsi perdonare le passate trascuratezze, ci riferisce di aver scoperto che le signore i cui flussi mensili erano iniziati precocemente, prima dei 12 anni, rischiano di avere da anziane il 10% in più di malattie cardiovascolari; così come se esse chiudono i cicli (menopausa) prima dei 47 anni aumentano del 33% quel rischio. Sono dati statistici difficili da confutare, se non con nuove ed estese ricerche, ma a me danno la stessa impressione che fece al ragionier Fantozzi l'esaltazione della corazzata Potemkin.

Giunto al fine di questa lunga dissertazione, di cui mi scuso, ma l'argomento la richiedeva, più che le mie parole credo valgano quelle di un sonetto di Shakespeare: "Da forma di uomo ogni cosa è formata,/...Come donna in origine nascesti;/ Natura al crearti subì emozione,/ Io privato da ciò che tu prendesti,/ Un'aggiunta che per me è sottrazione...".



DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE

Intervista di **Filippo Stazi**

Dottore mi dia la statina naturale

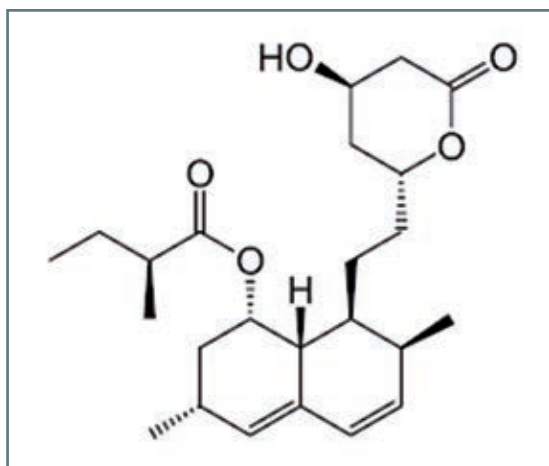


Andrea Poli,
Nutrition Foundation of Italy, Milano

Quale è il supporto teorico all'uso, anche nella popolazione generale in prevenzione primaria, di interventi di riduzione della colesterolemia per prevenire le malattie cardiovascolari?

La correlazione tra colesterolemia e rischio cardiovascolare è caratterizzata da un andamento continuamente crescente del rischio al crescere della colesterolemia stessa. Ciò, insieme ai favorevoli risultati degli studi di intervento con ipocolesterolemizzanti, suggerisce che qualunque intervento di controllo della colesterolemia, se sufficientemente prolungato nel tempo, comporterà una riduzione del rischio di incorrere in eventi clinici come l'infarto miocardico. Anche nei soggetti con rischio cardiovascolare globale basso, o con valori di partenza di colesterolo non particolarmente elevati, sulla base dei dati disponibili, l'intervento ipocolesterolemizzante può indurre una riduzione degli eventi; la riduzione stessa decrescerà, naturalmente, in parallelo con il livello del rischio del paziente e del valore basale della colesterolemia pretrattamento.

Qualora i costi di tali interventi (come nel caso delle statine prescritte al di fuori della nota 13,



Monacolina K

o degli integratori ad azione ipocolesterolemizzante) siano a carico del paziente, e non del SSN, è ragionevole immaginare che il loro impiego possa essere valutato prestando minore attenzione a una valutazione farmacoeconomica del costo degli eventi evitati?

Sì, però il loro rapporto costo/beneficio (in termini di rapporto tra effetti avversi ed effetti protettivi attesi) deve comunque essere valutato con molta cautela.

Cosa ci può dire degli integratori ad azione ipocolesterolemizzante?

Gli integratori ad azione ipocolesterolemizzante, di libera vendita e non soggetti all'indicazione o alla prescrizione del medico, hanno ormai raggiunto una diffusione molto ampia nel nostro Paese. Tra questi integratori, particolare successo, sia di pubblico e sia di vendite, hanno ottenuto i prodotti a base di riso rosso fermentato. Questi integratori, di cui si stima esistano sul mercato italiano circa 200 differenti brand, hanno raggiunto nel 2016 un fatturato complessivo dell'ordine di 100 milioni di euro.

Soffermiamoci su questo prodotto, la cosiddetta “statina naturale”.

Il principio attivo del riso rosso fermentato è essenzialmente la monacolina K, chimicamente indistinguibile dalla lovastatina, una statina comunemente utilizzata e quindi caratterizzata dalla capacità di inibire l'enzima chiave della sintesi del colesterolo, l'HMGCoA Reduttasi. La monacolina K è un prodotto dalla fermentazione del riso da parte di un fungo (in genere il *Monascus Purpureus*, ma anche altre specie del genere *Monascus*), che produce anche una serie di pigmenti di colore rosso più o meno brillante (da cui il nome generico di “riso ros-

so”), nonché sostanze ad azione batteriostatica e battericida, fitosteroli, acidi grassi polinsaturi e metaboliti di varia natura. È presumibile che la sintesi della monacolina K da parte del fungo abbia un significato protettivo per il fungo stesso, che limita così la capacità degli organismi circostanti di produrre gli steroli necessari per la sintesi delle proprie membrane cellulari, riducendo così probabilmente la competizione per le fonti energetiche disponibili. Il riso rosso fermentato è impiegato in Oriente da molti secoli come disinfettante intestinale; solo recentemente la sua azione sul tasso di colesterolo è stata descritta e studiata.



Riso rosso

Che dati esistono sull'azione del riso rosso fermentato sul colesterolo?

Gli effetti del riso rosso fermentato sul profilo lipidico sono ben noti. L'effetto largamente prevalente riguarda la colesterolemia legata alle lipoproteine LDL, che, a seconda del titolo di monacolina K utilizzato, si riduce tra il 15 ed il 25% circa. Modesto o trascurabile è invece l'effetto sul colesterolo legato alle HDL. La triglice-



ridemia si riduce in modo più variabile e dipendente (come per le altre statine) dai livelli pretrattamento di questo parametro. Studi a lungo termine confermano che, se il dosaggio non viene ridotto, la riduzione delle LDL si mantiene sostanzialmente invariata nel tempo. Come tutte le statine, anche la monacolina K migliora la funzionalità endoteliale e svolge un certo effetto di tipo antinfiammatorio (valutato per esempio in base all'andamento dei livelli della proteina C reattiva); è presumibile che tali effetti, più che ai presunti effetti pleiotropici della monacolina K, siano la diretta conseguenza del calo delle lipoproteine LDL nel plasma.

Se non sbaglio il riso rosso fermentato è l'unico integratore di cui sia pubblicato uno studio controllato di intervento

con end point clinici "hard"?

Esatto, alcuni anni addietro è stato infatti realizzato, in Cina, uno studio clinico su soggetti in prevenzione secondaria, trattati con una formulazione del prodotto ("xuezhikang") o con un placebo, e seguiti per una media di circa quattro anni. Tale studio ha confermato la capacità di questo prodotto di ridurre il colesterolo LDL del 20% circa ed ha parimenti documentato come tale riduzione si sia tradotta, durante il follow-up, in una riduzione degli eventi cardiovascolari totali del 37% e della morte coronarica del 31% circa. Anche la mortalità totale, in questo studio, è stata favorevolmente influenzata dal trattamento (-32% circa).

È interessante osservare come l'efficacia del riso rosso fermentato sul profilo lipidico, valutata considerando il suo titolo in monacolina K, sia superiore, mg per mg, a quella della lovastatina in compresse che, come si ricordava, è chimicamente indistinguibile dalla monacolina K stessa.

È vero ed è possibile che questa differenza sia attribuibile alla maggiore biodisponibilità della monacolina K contenuta nel riso rosso fermentato, che, probabilmente per le caratteri-

stiche della matrice in cui è incorporata, risulta sensibilmente maggiore di quella del prodotto chimico purificato. È tuttavia anche possibile che altre monacoline identificabili nel prodotto, o altri componenti dello stesso (come i fitosteroli, alcuni acidi grassi polinsaturi, ecc.) possano contribuire ad amplificare l'effetto della monacolina K sulla colesterolemia LDL. Complessivamente si può stimare che l'effetto del riso rosso fermentato titolato a 3 mg di monacolina K sulla colesterolemia LDL sia paragonabile a quello della lovastatina alla dose di 10 mg.

Bisogna però ricordare che l'agenzia europea per la sicurezza alimentare (EFSA) ha rilasciato un claim relativo agli integratori a base di riso rosso fermentato.

Si ma curiosamente tale claim è subordinato all'impiego di dosi di riso rosso che forniscono una dose di monacolina pari almeno a 10 mg, e non è applicabile agli integratori (largamente diffusi) che contengono 3 mg del principio attivo, la cui efficacia ipocolesterolemizzante può invece essere considerata accertata al di là di ogni dubbio.

Quali sono a suo avviso i motivi dell'ampia diffusione sul mercato dei prodotti a base di riso rosso fermentato?

Ritengo siano probabilmente attribuibili in larga parte alla percepita "naturalità" della molecola, e della sua fonte di estrazione, che per una parte importante del pubblico significa implicitamente minore tossicità, maggiore tollerabilità, minori effetti collaterali.

In realtà il prodotto non è però privo di criticità e di rischi potenziali.

Sì. Ad esempio in un lavoro del 2010, gli autori hanno acquistato su Internet una serie di prodotti a base di riso rosso fermentato, e li hanno sottoposti successivamente a titolazione chimica per valutare il contenuto di monacolina K e Ka (tutti i prodotti dichiaravano un contenuto di monacoline pari a 10 mg). Lo studio ha rilevato concentrazioni anche molto diverse dei principi attivi, variabili anche per un fattore 100 (da 0,1 a 10,5 mg); la stessa analisi ha inoltre rilevato in alcuni dei campioni testati la presenza di citrinina, un alcaloide nefrotossico. Anche alcune di-idromonacoline reperibili negli estratti sono poten-

zialmente dotate di azione sfavorevole, in quanto possiedono attività citotossica. Inoltre, poiché la monacolina viene metabolizzata, come la lovastatina, dall'isoenzima 3A4 del citocromo P450 (su cui transita circa il 50% dei farmaci impiegati in terapia umana) la possibilità teorica di interazioni farmacologiche, nonostante il basso dosaggio del principio attivo, non è trascurabile. Il sistema di monitoraggio della sicurezza di questi prodotti, attivato nel nostro paese circa 15 anni addietro, ha infatti rilevato in questo periodo circa 50 eventi avversi, con caratteristiche generali del tutto analoghe a quelle tipiche delle statine (soprattutto aumento delle transaminasi e dolenzia muscolare con o senza aumento degli enzimi muscolari) e un caso di raddomiolisi, risoltosi fortunatamente in modo favorevole per il paziente. È presumibile (anche se non era riportato nel lavoro originale) che tale quadro di raddomiolisi sia stato dovuto alla co-somministrazione di riso rosso fermentato e di una delle sostanze (antibiotici macrolidi, antifungini azolici, antidepressivi, succo di pompelmo) che utilizzano la stessa via farmacometabolica.

A tal riguardo è anche interessante sottolineare che il paziente che è andato incontro alla rabdomiolisi era già in corso nello stesso quadro clinico, precedentemente, durante l'impiego di una statina. È esatto e ciò dimostra la sostanziale equivalenza, tenuto conto del livello di dosaggio, degli effetti avversi del riso rosso fermentato e delle statine. Questi effetti sono infatti dose-dipendenti: e le implicazioni di sicurezza della decisione EFSA, recentemente approvata, di consentire il claim relativo al mantenimento di normali valori della colesterolemia al solo dosaggio di 10 mg, che sposterà probabilmente molte formulazioni in commercio verso tali dosaggi (probabilmente equivalenti, sul piano funzionale, a dosaggi di lovastatina dell'ordine di alcu-

ne decine di mg) non sono a tutt'oggi note.

Concorda che il successo commerciale dei prodotti a base di riso rosso fermentato pone alla classe medica alcuni problemi non eludibili?

Non vi è alcun dubbio che sia così. L'indicazione alla riduzione della colesterolemia, nonostante tale intervento si traduca probabilmente comunque, come si ricordava, in un calo degli eventi nel tempo, deve necessariamente, essere governata dal medico. Il rapporto costo-beneficio di tale intervento, infatti, dipende essenzialmente dal rischio cardiovascolare globale del paziente, che può essere stimato in modo preciso solamente dal medico stesso. Inoltre, la terapia deve essere mantenuta per anni (mentre i pochi dati disponibili suggeriscono

che attualmente il prodotto sia spesso assunto per brevi cicli): il contributo del medico ad un uso corretto di questi principi è quindi evidentemente essenziale. Anche perché la monacolina K, per i motivi che si ricordavano, può anche causare interazioni farmacologiche potenzialmente gravi, che devono necessariamente essere conosciute dal professionista che gestisce l'assunzione del prodotto.

Il messaggio finale della nostra chiacchierata è quindi che...

... che questi integratori possono contribuire in modo efficace al trattamento prefarmacologico della colesterolemia dei soggetti a basso rischio ed in prevenzione primaria ma il loro uso deve, per i motivi che abbiamo prima segnalato, tornare, in tutte le sue fasi, sotto il diretto controllo del medico.

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

- *In ricordo di Renato Fiorini
il grande amico Eligio Piccolo e "Cuore e Salute"*

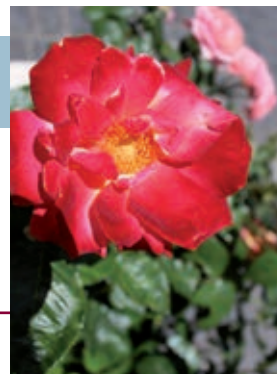


Foto di Giorgia Magnoni

“ Il veleno del tasso, da Cesare a noi

È riferito non all'animale letargico, assolutamente innocuo, ma all'albero, la bella conifera che da millenni adorna i nostri boschi e parchi, ma le cui foglie sempreverdi sono per l'uomo tossiche. Lo aveva saputo Giulio Cesare che nel suo *De bello gallico* racconta come Catuvoleus, il rivale capo degli Eburoni, una delle tante popolazioni celtiche conquistate, preferisse suicidarsi ingoiando il veleno di quelle foglie anziché sottomettersi a Roma. Il poeta Florus del periodo augusteo, riferisce poi che pure i cantabri, l'antica popolazione del nord della Spagna, anch'essa pare di ceppo celtico, piuttosto che sottostare a Caio Fornio, nel 22 a.C. decisero di sopprimersi con la spada, con il fuoco o con il veleno del tasso.



Le alterazioni premortali dell'ECG

Di questo oggi sappiamo che secondo le dosi ingerite può dare cefalea, sopore, dolori articolari, tachicardia, asma e anche la morte.

Vi domanderete cosa c'entri tutto questo sfoggio di rivalutazione storico-tossicologica, già codificata nei testi, con i fini della nostra rivista a sfondo cardiologico-preventivo. C'entra, eccome, perché solo recentemente in una ragazza appena maggiorenne, affetta da anoressia nervosa, malattia cui venivano attribuite le palpitazioni, i capogiri e le pesantezze di testa, è stata diagnosticata la vera causa dei suoi disturbi, il veleno del tasso appunto, e conosciuto meglio il suo meccanismo d'azione nella morte improvvisa. La giovane era stata perfino ricoverata due volte perché colta a scuola da vere e proprie sincopi con perdita di conoscenza. Ai medici

non fu facile lì per lì capire perché durante quelle crisi “premortali” si registrasse un ECG che ne aveva tutti i presupposti. Le sue alterazioni infatti erano così vistose, di tipo “preagonico”, che in un'occasione degenerarono perfino nella fibrillazione ventricolare, segno di arresto cardiaco, in lei fortunatamente rianimata. Aritmie non facili da capire e da inquadrare poiché gli altri parametri cardiologici, al di fuori delle crisi sincopali, erano assolutamente normali, come in una giovane sana di 18 anni. L'anoressia non era sufficiente a spiegare tutto quel ambaradam dell'ECG.

Solo durante il secondo ricovero il medico capì che doveva sondare più a fondo nei precedenti della paziente. Non si trovò nulla che giustificasse gli episodi acuti e i consanguinei erano risultati tutti normali. Inoltre, l'ECG eseguito in continuazione durante la degenza non mostrò nemmeno un'extrasistole. Tuttavia, per non correre rischi si decise l'impianto di un defibrillatore (ICD), una specie di pacemaker che interviene per interrompere un'aritmia pericolosa con la scossa. Ma dopo un anno la paziente dovette ritornare in ospedale per le solite aritmie che l'ICD non era riuscito a troncare. Solo a questo punto la madre, che era sempre stata in silenzio, timorosa di dire particolari da pettegolezzo, cercò di inserire un'informazione, che le era sempre parsa insignificante, ma che le ritornava in mente come un presagio. Da anni la stramba ragazzina accudiva nella sua stanza rami di tasso, che le davano gioia per le loro foglie sempreverdi. E, benché fosse anoressica al buon radicchio trevigiano e all'insalatina novella, ogni tanto sbocconcellava quelle foglie maledette, che evidentemente, a seconda della quantità masticata, provocavano i sintomi minori o quelli maggiori. A questo punto i cardiologi poterono disinserrire l'ICD, comunicare alla paziente l'ovvio consiglio terapeutico di mangiare il radicchio buono e non le foglie di tasso, ed accingersi a capire cosa c'era in queste che dava la morte. Esattamente due sostanze, le taxine A e B, che avevano le stesse proprietà di certi antiaritmici che in uno studio di molti anni fa, nel quale furono somministrati per prevenire le aritmie pericolose dei cardiopatici, dovettero essere sospesi perché facevano peggio del placebo. Non che quegli antiaritmici fossero da proscrivere e cancellare dalla farmacopea, ma solo da prescrivere in dosi adeguate e a ragion veduta. Sia quei farmaci che il tasso agiscono regolando in modo variabile il transito nelle cellule del cuore di elementi essenziali alla loro attività, bisogna perciò essere attenti alle dosi che se eccessive possono provocarne il blocco “definitivo”. Come si sa, molte altre piante vegetali, pensiamo alla digitalis purpurea e alla corteccia di china, contengono sostanze utili in cardiologia, ma nell'usarle dobbiamo conoscere a fondo i loro meccanismi e le dosi con cui prevengono o interrompono le aritmie gravi. Per il tasso ci son dovuti duemila anni e una scriteriata ragazzina svizzera per andarci a fondo.

E.P.



di Bruno Domenichelli

Filemone e Bauci

“Vedere l’invisibile”

E Giove disse ai poveri e vecchi Filemone e Bauci che l'avevano ospitato:

“- Dite quello che desiderate.-

-Chiediamo... poiché siamo vissuti d'accordo tanti anni, ci porti via la stessa ora: non voglio vedere la tomba di mia moglie e neanche essere sepolto da lei...”

Ovidio: Metamorfosi , VIII, 704 -708

Attraverso gli studi di Semeiotica fisica, l'Università insegna ai futuri medici ad analizzare i segni delle malattie apprezzabili attraverso i cinque sensi, mediante l'ispezione, la palpazione, la percussione e l'ascoltazione. Scienza essenziale, maestra di ogni pratica medica, la Semeiotica ci insegna a “vedere il visibile” nel malato che abbiamo davanti. Una visione peraltro riduttiva, insufficiente per una diagnosi completa, alla luce delle moderne acquisizioni della Semeiotica strumentale e della psicosomatica. Sono gli stessi pazienti a chiederlo, alla ricerca di contatti più soddisfacenti ed eticamente impegnati.

“**Vedere l’invisibile**”, nel malato che abbiamo davanti, è il passo successivo, l'ulteriore gradino della conoscenza e, con esso, il completamento di un iter diagnostico altrimenti basato su un rapporto esclusivamente materiale.

Questo approccio integrato è indispensabile per rilevare le possibili radici psicosomatiche di una malattia.

Ancora una volta è l'Arte a suggerire come ampliare sul piano esistenziale gli orizzonti della Scienza e, come vedremo, della pratica medica. Lo studio della storia dell'arte ci insegna infatti che il desiderio di “Vedere l'invisibile” costituisce la tensione interiore che muove l'ispirazione degli



V. Kandinskij. Grande studio (1914)

“Creare un’opera è creare un mondo”, afferma Kandinskij. Egli “entra” nelle proprie composizioni e ne esplora le esplosioni dinamiche delle forme e dei colori, per poi riemergere, portando con sé risonanze emotive nuove. Il rosso, ad esempio, viene vissuto come ardente, passionale, virile. Evocando energie e forme potenzialmente esistenti nell’inconscio e nel cuore della materia, Kandinskij e gli astrattisti insegnano così anche a noi a “vedere l’invisibile”.

za autentica, metafisica della realtà, in grado di andare al di là dell’apparenza esteriore dei fenomeni per rivelarne l’essenza più intima”. È un implicito invito, valido anche per i medici, a cercare di entrare in sintonia con la parte più segreta dei loro pazienti. La tradizionale semeiotica fisica insegna infatti a percepire nel paziente solo ciò che è immediatamente visibile.

Afferma Kandinskij che nell’arte astratta, lo “spirituale”, cioè la parte invisibile della vita, è il superamento del “naturalismo” che caratterizza le arti figurative. È anche questo un invito indiretto utile ai medici, troppo spesso inclini al pragmatismo; un invito al superamento dell’ “esatto”, tipico dell’approccio strumentale al malato, e alla scoperta delle “altre verità latenti”, di cui parla P. Klee, che per il medico sono rappresentate dal “vissuto” di malattia segretamente riposto nell’anima del paziente. Utopia? Forse. Ma credo che ogni medico desidererebbe viverla come realtà, se le esigen-

artisti astratti, che si propongono lo svelamento della realtà invisibile dell’uomo e delle cose. E dopo averne percepiti i bagliori, la trasmissione agli altri di quell’ “emozione” che Kandinskij pone alla base di ogni autentica “necessità interiore” provata nel momento dell’ispirazione in ogni forma di creatività artistica. (V. Kandinskij, 1965).

Aggiunge Paul Klee: “L’arte non riproduce ciò che è visibile, ma rende visibile ciò che spesso non lo è.....Gli oggetti visibili sono soltanto un esempio isolato nell’universo e la maggior parte di esso è costituito da **altre verità latenti**”.

Allo stesso modo, tentare di “vedere l’invisibile” attraverso lo schermo dietro cui si protegge il paziente, dovrebbe essere sentita come “necessità interiore” da ogni medico che abbia compreso l’intima sacralità della propria missione professionale.

Scriva Michel Henry (1988) nel suo saggio su Kandinskij, che “ciò che i più grandi spiriti domandano all’arte è una conoscen-

ze dell'attuale organizzazione della Sanità lo consentissero. "Vedere l'invisibile" è un capitolo mancante nei testi di Semeiotica. Ma per il medico, intravedere le emozioni e i sentimenti riposti nell'animo dei suoi pazienti è talora di interesse vitale. È emblematico a questo proposito il caso clinico di una donna di 62 anni che proponiamo alla riflessione dei lettori.

Il "caso" M. Grazia, anni 62

La storia ha inizio nei locali del Pronto Soccorso di un ospedale romano, verso la fine degli anni '70.

Tenendolo sottobraccio, la donna aveva accompagnato all'ospedale il marito, colpito da dolore toracico poche ore prima. Qui la storia era precipitata, per l'improvvisa morte del marito, nonostante le immediate cure. Un infarto miocardico fulminante.

Appena informata del fatale evento, avevamo visto la donna agitare convulsamente le braccia, come a voler allontanare da sé la tragica realtà. E d'improvviso si era accasciata a terra. Un arresto cardiaco da fibrillazione ventricolare, come fu subito documentato. La defibrillazione elettrica ebbe questa volta esito favore-

vole e la paziente venne subito ricoverata. L'ECG, quel giorno e i successivi, escluse la presenza di un infarto o comunque di ischemia.

Era seguito un lungo e travagliato ricovero. Le crisi di fibrillazione ventricolare si erano ripetute pressoché quotidianamente, ogni volta risolte dalla defibrillazione elettrica. Un qualsiasi evento emotivo era sufficiente a scatenare l'aritmia.

Ogni volta il passaggio dalla coscienza all'incoscienza avveniva silenziosamente e Grazia, ormai la chiamavamo per nome, sembrava scivolare dolcemente dalla vita alla morte. Risolta l'aritmia con lo shock, la paziente riapriva i suoi grandi occhi inconsapevoli, come dopo un breve sonno, ritornando dai suoi "viaggi" senza memoria e senza apparenti conse-

guenze, come galleggiando in uno spazio senza gravità e senza tempo e ripiombando in una inconsolabile tristezza.

Per almeno una quarantina di volte l'evento si era ripetuto, e ogni volta l'immediata defibrillazione elettrica aveva fermato Grazia prima che valicasse il confine del non ritorno.

All'ecg non rilevammo mai evidenti segni di infarto o di ischemia; gli enzimi di necrosi erano sempre stati negativi, così come le ricerche sugli ormoni surrenali. Normale fu anche la coronarografia.

A scatenare le crisi era spesso un'emozione solo interiore, un pensiero triste. Frequentemente le aritmie si verificavano appena Grazia sentiva la voce del primario fuori della sua porta. Ricordai l'insegnamento del mio primo Maestro, il Prof. Condorelli,



Filemone e Bauci (particolare)

che definiva come “edemi da visita del primario”, gli edemi polmonari acuti che si verificavano negli scompensati in occasione del suo giro di visite.

Anche se a malincuore ci si dovette accontentare di etichettare la malattia come “fibrillazioni ventricolari recidivanti su base neurovegetativa”. Una volta non conoscevamo ancora la cardiomiopatia tako-tsubo, che oggi sappiamo accompagnarsi spesso ad aritmie ventricolari. Un giorno, apparentemente uguale a tutti gli altri, mentre parlavo tranquillamente con lei, la vidi mettersi improvvisamente seduta sul letto, invocando ad alta voce il nome del marito, come se lo stesse vedendo, dietro la parete di vetro. Cercai invano di tranquillizzarla, rassicurandola che il suo ecg, continuamente monitorato, era perfettamente normale. Teneva le mani in avanti, come per raggiungere altre mani protese verso di lei, nell’ansia di un incontro insperato.

- Aspettami - continuava a dire - fra poco sarò da te.-

Cominciai a capire che non stavo assistendo ad un soliloquio senza senso di una donna disperata, ma ad un dialogo d’amore, di tale intensità da isolarla da ogni contatto con la re-

altà. Nelle pause delle sue parole, la felicità che le leggevo sul volto mi lasciava intuire i richiami del marito che lei sola poteva udire.

Tentai invano di richiamarla alla realtà, scuotendole il braccio, ma la donna continuava il suo colloquio d’amore e sembrava non accorgersi della mia presenza. Seguivo ipnotizzato la traccia luminosa del suo tracciato sul monitor. Tutto sembrava normale. “ Il cuore continuava a battere senza accorgersi del dramma di cui era teatro”. Questa normalità era sufficiente a tranquillizzare la mia ottusa concretezza di medico!

Ma, se avessi distolto lo sguardo dal monitor, mi sarei accorto che qualcuno, al di là del vetro, aveva già cominciato a tirare a sé, con amore, gli “invisibili fili di luna che uniscono gli uomini alle stelle”. E che la donna teneva già saldamente in mano l’altro capo. Lei invece aveva già compreso; la luce che illuminava i suoi occhi avrebbe dovuto farmelo capire.

Trascorsero ancora pochi istanti; poi il monitor documentò l’ultimo, irreversibile episodio di fibrillazione. Fu così che Grazia valicò definitivamente, quel giorno, il confine del non ritorno. Sindrome iperadrenergica? Spa-

simo coronarico? O un inspiegabile fenomeno paranormale, che i testi di cardiologia si rifiutano di ammettere? Risposta, forse, a un invisibile richiamo dall’oltre. Certamente desiderio finalmente appagato di riposare insieme al marito per sempre, come era accaduto a Filemone e Bauci, al termine di una vita trascorsa in un amore che non tollerava la solitudine di un distacco troppo prolungato.

L’autopsia confermò l’assenza di lesioni strutturali del cuore. Nessuno sembrò accorgersi del luminoso filo ancora bagnato di luna, rimasto impigliato fra le dita di Grazia M., anni 62.

Ce ne saremmo forse accorti se nei trattati di Semeiotica venisse insegnato anche come riuscire a “vedere l’invisibile”.

“Il desiderio fu esaudito ... finché ... sfiniti dagli anni, mentre stavano di fronte ai gradini, Bauci vide Filemone coprirsi di fronde e il vecchio Filemone coprirsi di fronde Bauci.

“Addio, amore”, dissero insieme e insieme la scorza li coprì e li nascose.

Ancor oggi i Bitini mostrano due tronchi vicini che derivano dal doppio corpo.”

Ovidio. *Metamorfosi VIII*, 708-717



di Alberto Dolara

Julia “Butterfly” Hill. La ragazza sulla sequoia

“La sequoia gigante era vicina a morire. Nei mille anni trascorsi sulla montagna dall’alto dei suoi sessanta metri aveva sfidato tempeste, fulmini ed incendi, mentre le radici profonde nel suolo sostenevano l’immenso tronco e le sue chiome erano alte nel cielo. Ora attendeva che piccoli uomini spinti da interessi oscuri, salissero dalla valle con enormi motoseghe, la tagliassero per farla cadere. Ma venne una fanciulla forte e gentile, se ne innamorò, salì sulla cima e l’avvolse con un abbraccio affettuoso e prolungato, molto prolungato. Resistette alla solitudine, al freddo, alle fatiche, alle minacce e sciolse l’abbraccio solo quando l’albero ebbe salva la vita”.

Potrebbe essere una fiaba, ma corrisponde ad un episodio reale di molti anni fa, che ebbe grande risonanza e che vale la pena di ricordare perché la distruzione delle foreste purtroppo continua. (È stato pubblicato comunque sulla vicenda un albo illustrato per bambini, “Julia e la sequoia”, Terra Nuova Edizioni).

La sequoia si trovava (si trova) nella foresta di Headwaters, nella contea di Humboldt (California). È un albero gigantesco, ha mille anni di vita, un tronco di oltre



quattro metri e mezzo di diametro e un'altezza di sessanta metri. Situato vicino alla cresta di una ripida montagna, è visibile a distanza di miglia. La multinazionale del legname, la Pacific Lumber Company, aveva programmato nel 1997 l'abbattimento di quella parte di foresta che includeva anche la sequoia. Julia Hill, cui aggiunge in seguito il nome di battaglia Butterfly, è nata nel Missouri. Figlia di un predicatore religioso e di una maestra, a 23 anni finita una lunghissima riabilitazione dopo un terribile incidente stradale, si mette in viaggio alla ricerca di uno scopo nella sua vita. Entra in una foresta di sequoie in California, ne subisce il fascino profondo e trova la risposta alla sua ricerca. Così la descrive all'inizio del suo libro *The Legacy of Luna* (La ragazza sull'albero, Ed. Corbaccio, 2000): "Se mi fossi inoltrata sarei finita nella zona disboscata dalla Pacific Lumber Company dove questi alberi che per crescere avevano impiegato migliaia di anni erano stati abbattuti con le motoseghe in pochi istanti... . Conoscere il disboscamento fece sentire come se una parte di me stessa fosse strappata e violata, proprio come succede



alle foreste. Quei maestosi luoghi antichi, i più sacri tra i templi e che ospitano più spiritualità di qualsiasi chiesa, stavano per essere trasformati in radure e valanghe di fango. Dovevo fare qualcosa. Non sapevo cosa, ma era chiaro che non avrei potuto girare le spalle e andarmene."

Incontra gli ambientalisti della Earth First che occupano gli alberi per impedirne l'abbattimento, sceglie la sequoia che chiamerà Luna, si arrampica fino all'altezza di 50 metri dal suolo dove era stata costruita una piattaforma di un metro e mezzo per due e dove trascorrerà, senza mai scendere, 738 giorni, dal dicembre 1997 al dicembre del 1999. Nel primo inverno deve affrontare ostacoli di ogni genere: le continue minacce delle guardie della multinazionale, l'attacco ravvicinato di elicotteri che sorvolano l'albero cercando di farla cadere, le guardie che impediscono il rifornimento del cibo da parte degli ambientalisti, il freddo terribile, il rischio del congelamento. *La piattaforma superiore dove vivevo, collocata tra i rami a circa cinquantaquattro metri da terra, sei metri al di sotto della cima, era completamente esposta alla tempesta.Era gennaio ed erano arrivati venti con la forza di un uragano, pioggia, nevischio e ghiaccio..... . Più tardi scoprii che si trattava del Nino, uno dei peggiori inverni mai registrati nella storia della California meridionale.*

Julia resiste e nei mesi successivi della sua azione ne parlano giornali e televisioni di tutto il mondo. Quando arriva il secondo inverno anch'esso molto freddo, con continue nevicate, la situazione è migliore, riceve continui aiuti, viene costruita una seconda piattaforma più comoda a metà dell'albero. Personaggi famosi e gente comune, giornalisti ed operai delle acciaierie in sciopero vengono



alla base della sequoia a portare la loro solidarietà. Intervistatori salgono sull'albero e nella primavera due famose cantanti, Bonnie Raitt e Joan Baez, cantano con lei sulla piattaforma.

Le trattative per trovare una soluzione sono comunque interminabili, continui i tentativi di farla scendere. Nel dicembre del 1999, quando si sente sfinita all'idea di affrontare un terzo inverno, arriva la notizia dell'accordo definitivo. La multinazionale ha ceduto, la sequoia gigante e gli alberi che la circondano per un raggio di 60 metri non saranno mai più tagliati. Julia può scendere a terra. La scena, ripresa dai compagni ambientalisti che l'attendono alla base dell'albero, è emozionante: una scura figura umana infagottata negli abiti invernali scende lentamente con la corda dalla gigantesca sequoia, si lascia cadere a terra abbracciandola, poi volge la faccia in alto ed esclama *“Ce l'abbiamo fatta, ce l'abbiamo fatta”*. Negli anni successivi Julia ha proseguito nel suo impegno per l'ambiente partecipando a manifestazioni di protesta, ha fondato l'associazione Circle of Life e viaggiato in tutto il mondo per raccontare la sua esperienza. Nell'ultima intervista, rilasciata nell'agosto del 2017 a Firenze, ha dichiarato *“Ciascuno di noi, con volontà ed impegno, può fare tanto per cambiare le cose”*. Julia Butterfly Hill lo ha fatto.

Qualche secondo di buonumore

Come far ridere una donna....

Dirigiti verso di Lei

Guardala negli occhi

Dille: "Qui comando io"

Che verbo è "non sarebbe dovuto nascere"?

Preservativo imperfetto

Il cane sarà pure il miglior amico dell'uomo ma
il gatto non dirà mai alla polizia dove è nascosta
la droga

Ogni volta che andavamo in motel, io e la mia fidanzata avevamo la simpatica abitudine di
portarci via le saponette come souvenir... una per ciascuno...

Tutto è finito quando un giorno abbiamo contato le saponette... io ne avevo 25 e lei 35

Amore, hai picchiato Carlo perché è venuto a letto con me...

Se continui così perderai tutti gli amici...



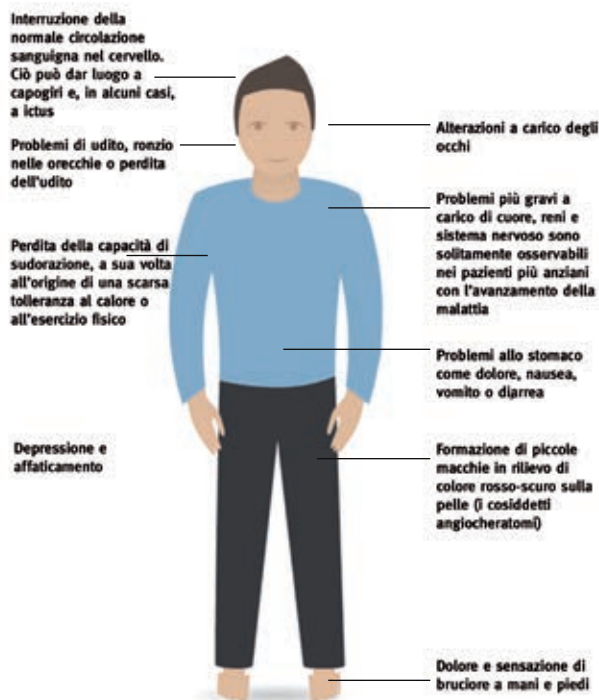


di Vito Cagli

E infine potrebbe trattarsi della malattia di ...

Quante volte, ai tempi in cui eravamo speranzosi studenti di medicina, ci siamo imbattuti in note a piè di pagina o in paragrafi scritti in caratteri più piccoli dedicati a malattie rare. Sono malattie che abbiamo poche probabilità di incontrare: eppure capita, prima o poi, che con qualcuna di esse si debba far conoscenza. E questo accade più spesso dopo che ci siamo tolti dalla testa il pregiudizio che una malattia rara sia anche una malattia che si presenti sempre con un quadro clinico inusitato, del tutto particolare. Detto in altre parole, ciò significa che molto spesso più che essere incapaci di diagnosticare la malattia rara che abbiamo di fronte, la scambiamo per una malattia comune.

Prendiamo il caso di un soggetto adulto in cui scopriamo un'ipertrofia del ventricolo sinistro, senza alcun altro dato patologico e senza che si riesca a trovare alcuna causa dell'anomalia rilevata. Ebbene, in un caso simile il nostro pensiero dovrebbe andare anche ad una rara malattia che è denominata malattia di Fabry (MF) o di Anderson - Fabry. Un recente studio (Am J med febbraio 2018), condotto su 585 pazienti con cardiomiopatia ipertrofica, ha consenti-



to di accertare la presenza di due soggetti adulti portatori di MF. Risalire da un'isolata cardiomiopatia ipertrofica alla MF sembra dunque evento raro, ma non rarissimo, certamente di non facile riconoscimento, specie se si tiene presente che, nella grande maggioranza dei casi, la MF è tipicamente una condizione morbosa a espressione clinica in organi diversi: i reni, il cuore e il cervello e non solo. Ma soprattutto va evidenziato che nella citata casistica l'estensione della ricerca ai familiari dei due soggetti positivi consentì di individuare altri 27 casi di MF. Siamo infatti in presenza di una malattia eredo-familiare a comportamento recessivo, legata a mutazione di un gene localizzato nel cromosoma Xq22.1. Se dunque venisse sempre condotta un'attenta anamnesi familiare nei soggetti con cardiomiopatia ipertrofica, si potrebbe giungere al sospetto di MF, in qualche occasione in più, sempre che di questa malattia si abbia consapevolezza.

In ambito cardiologico però la MF si esprime in forme diverse: oltre alla miocardiopatia ipertrofica, sono state descritte la cardiopatia ischemica e anche aritmie di vario tipo o l'insufficienza

cardiaca da sforzo, spesso conseguente all'ispessimento delle pareti del ventricolo sinistro.

Comunque la MF è più spesso ad inizio nelle prime età della vita e può esprimersi con episodi di parestesie dolorose alle estremità con segni di danno renale (proteinuria, riduzione del filtrato glomerulare ecc.), episodi ischemici cerebrali sia a tipo di TIA, sia a tipo di Ictus. La sofferenza in tanti organi ed apparati diversi è dovuta alla deposizione nell'endotelio dei vasi sanguigni di una sostanza complessa costituita da glicosfingolipidi. Questa sostanza si forma a causa della deficienza di un enzima (α -galattosidasi A) a sua volta determinata dalla mutazione genica di cui si è detto.

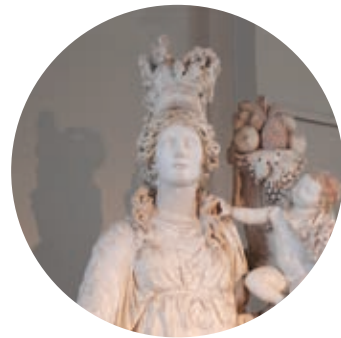
L'importanza di una diagnosi quanto più precoce possibile della MF è divenuta molto maggiore da quando, circa quindici anni or sono, è stata individuata la terapia sostitutiva, con la periodica somministrazione endovenosa dell'enzima deficitario. Questa terapia è in grado di in-

terrompere, più o meno completamente, la catena di eventi che porta al danno dei diversi organi che possono essere colpiti, mentre è inefficace nei confronti di quanto già avvenuto.

Tanto la diagnosi, (determinazione della concentrazione dell'enzima nel sangue) quanto la cura della MF richiedono l'affidamento del paziente a strutture qualificate, come quelle che si trovano nei Centri per le malattie rare e nei grandi istituti clinici od ospedalieri. Ciò che vorremmo sottolineare, in conclusione, è che quelle notizie sulle malattie rare che trovavamo un tempo sui nostri testi universitari, meritano ora caratteri tipografici di maggiore evidenza perché molte delle condizioni morbose cui si riferiscono hanno ottenuto nel frattempo concrete possibilità di essere efficacemente curate. Per ulteriori informazioni rimandiamo all'articolo di Federico Pieruzzi et al. sul Giornale Italiano di Cardiologia del novembre 2015.



La palla di Tiche



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

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

State buoni se potete!

di **Filippo Stazi**

Nell'oscurità solo lievemente rischiarata dalle torce la figura dell'uomo inginocchiato si intravede appena. Il gioco tremolante delle ombre non gli incute timore perchè il posto, le catacombe di San Sebastiano, gli è molto familiare. Spesso infatti ci viene a pregare e non di rado ci si ferma tutta la notte. Prega incessantemente il Signore perchè gli dia Spirito. È ancora giovane ha solo 29 anni ma eleva quella preghiera ormai da anni. Le catacombe lo affasciano. Gli ricordano gli albori del cristianesimo, i martiri, l'eroismo della fede, l'epopea di Pietro e Paolo, il sacrificio estremo.

Quella notte è la pentecoste del 1554. È una notte come le altre ma non si conclude come le altre: improvvisamente *“apparve un globo di fuoco, come un cuore ardente, che per la bocca gli entrò nel petto... e si trovò come avvolto in un incendio di amore*



Johnny Dorelli nel film “State buoni se potete”

al quale non reggeva il corpo debole e si lasciò cader in terra... si slacciò dinanzi al petto per temperare in parte quella gran fiamma che sentiuu. Et immediatamente tutto il suo corpo cominciò a sbattersi con grandissimo moto et tremore. Mettendosi poi la mano in petto, si trovò dalla banda del cuore un tumore della grossezza di un pugno, non sentendo più dolore né puntura di fonte alcuna. In quello stesso punto gli cominciò la palpitazione del cuo-



convento domenicano di San Marco dove conosce il pensiero di Girolamo Savonarola a cui rimane devoto per tutta la vita. Tra-scorre una normale adolescenza mostrando quegli aspetti di cordialità, allegria ed umorismo che gli saranno sempre propri ma senza lasciar trapelare segni di vocazione religiosa.

gente che attira a sé con l'umorismo e l'allegria. Assiste gli infermi dell'ospedale San Giacomo, detto degli incurabili, e quando vuole allontanarsi dalla folla compie il cosiddetto pellegrinaggio delle 7 chiese, un giro a piedi per le sette chiese principali della città: San Pietro, San Paolo fuori le mura, San Giovanni in Laterano, San Lorenzo, Santa Maria Maggiore, Santa Croce in Gerusalemme e San Sebastiano, dormendo dove capita. Si interessa sin dall'inizio ai giovani mentre si tiene distante dal mondo femminile, quasi ne fosse spaventato: suole infatti dire *“le tentazioni si vincono resistendo ad esse, ad eccezione di quelle carnali, dove è solo fuggendo che si hanno gloriose vittorie”*.

re durandogli per tutta la vita ... cagionandogli un tremore così veemente che pareva che il core gli volesse uscir fora dal petto... Restato così un poco e poi ripreso in qualche modo dall'improvviso assalto dell'amore .. si rialzò e si sentì ripieno di una gioia grandissima”. L'uomo non racconterà mai a nessuno quello che è successo quella notte fino agli ultimi giorni della sua vita quando rivelerà la sua eccezionale esperienza al fedele amico cardinale Federico Borromeo, di manzoniana memoria.

Filippo Romolo Neri nasce a Firenze il 21 luglio 1515 da ser Francesco di Filippo da Castel-franco, notaio, e da Lucrezia da Mosciano, figlia di un falegname. Rimasto orfano di madre a soli cinque anni, frequenta il

A soli 17 anni si trasferisce a Roma ed è qui che avviene la sua conversione. Nella città eterna il direttore della dogana, fiorentino come lui, gli concede l'utilizzo di una stanza in cambio dell'incarico di educatore dei suoi due figli. Nel frattempo Filippo segue i corsi di filosofia e teologia ma con scarso impegno perché si sta sempre più sviluppando la sua vocazione religiosa: racconterà poi che la sola vista del Crocifisso nell'aula delle lezioni lo attraeva al punto da non seguire più i discorsi dei docenti. Ben presto il futuro Santo comincia a vagare per Roma predicando i comandamenti di Dio. Per almeno 10 anni Filippo conduce una vita anarchica, per la strada, in mezzo alla

Nel 1548 insieme al suo padre spirituale, Persiano Rosa, fonda la Confraternita della Trinità destinata all'accoglienza e la cura di poveri, viandanti e pellegrini. A trentacinque anni decide di diventare prete e il 23 maggio 1551 viene ordinato sacerdote. La scelta è fortemente influenzata dalle molte pressioni esercitate su di lui dagli organi ecclesiastici che tentano in questo modo di assorbire e disciplinare la sua predicazione spontanea e irruente.



Chiesa di Santa Maria in Vallicella

Filippo si trasferisce quindi a San Girolamo della Carità dove senza un progetto preordinato comincia a prendere forma l'Oratorio. Coinvolge nella preghiera e nella lettura delle Sacre Scritture nobili, popolani, uomini di scienza ma soprattutto si dedica all'educazione dei ragazzi, in particolare quelli più umili. Il sacerdote si rivolge loro, in tempi in cui l'istruzione era autoritaria e manesca, con pazienza e benevolenza come evidenzia la sua celebre frase: *“State bboni ...se potete..!”*

All'inizio dell'Oratorio i discepoli si riuniscono nella stanza di Filippo, quando però il numero dei partecipanti aumenta gli incontri si trasferiscono nella soffitta della chiesa di San Girolamo della Carità. Filippo esortava a turno uno dei presenti a raccontare un episodio edificante e invitava gli altri a commentarlo. Al termine i giovani venivano inviati presso gli ospedali di San Spirito della Consolazione e di San Giovanni in Laterano a portare agli ammalati dolci e frutta. Alla fine del 1563 o ai primi del 1564 il futuro Santo accetta la carica di rettore di S. Giovanni dei Fiorentini e lo fa soprattutto per disporre di una casa comune per i suoi discepoli i quali condividevano gli stipendi, i pasti e provvedevano a turno alla cucina e al servizio a tavola. L'Oratorio viene però osteggiato sia da Paolo IV che da Pio V perché sospettato di eresia. Le riunioni in privato, le prediche tenute da laici, i canti in volgare, infatti, assomigliano pericolosamente alle pratiche dei protestanti. Nel 1567 solo l'intervento risoluto di Carlo Borromeo ne scongiura la chiusura. A un certo punto viene proibito anche il “pellegrinaggio alle sette chiese”

e il semplice andare a passeggio in comitiva per la città. Filippo vieta allora ai suoi di accompagnarlo, ma sembra che quelli lo seguissero comunque da lontano. Le cose migliorano però col pontificato di Gregorio XIII, che apprezza Filippo con cui ha contatti diretti ed erige la Congregazione dell'Oratorio, cui concede come sede la Chiesa di Santa Maria in Vallicella, anche se Filippo continuerà a soggiornare a San Girolamo della Carità fino al 1583. L'altro Pontefice che stimò Filippo fu Clemente VIII che, seguendo i suoi consigli, decise di riconciliarsi con Enrico IV di Francia, evento di notevole portata nella storia della Chiesa cinquecentesca, e che per ringraziarlo del suo aiuto, decise di nominarlo cardinale, ma questi rifiutò la carica, dicendo, verso il cielo: “Paradiso, paradiso”.

Dopo la sua ordinazione al sacerdozio i Romani iniziano ad attribuirgli capacità di guarigione e di profezia. L'aneddoto più noto al riguardo è quello relativo al quattordicenne Paolo, figlio del principe Fabrizio Massimo, morto, dopo una lunga malattia il 16 marzo del 1583. Filippo accorso al suo capezzale quando era ormai troppo tardi, in un primo momen-

to si raccolse in preghiera, ma poi cominciò a parlargli. Paolo allora aprì gli occhi e gli rispose, lamentandosi di non essersi potuto confessare prima della morte. Il Santo lo confessò e poi gli chiese se fosse felice di morire; poiché il giovane rispose di sì, perché così poteva riabbracciare la madre e la sorella già defunte, gli pose una mano sulla testa e disse: *“Và, che tu sia benedetto e prega Dio per me”*. Paolo si riaddormentò allora definitivamente.

Filippo è stato senza dubbio uno dei personaggi più singolari della storia della Chiesa. È stato definito in tanti modi: Santo della gioia, buffone di Dio, Pippo il Buono; Giovanni Paolo II lo chiamava profeta della gioia cristiana. Uomo colto, fantasioso, socievole ma anche facilmente irritabile, non era mai privo di buon umore e di un buon sorriso. A San Girolamo teneva con sé una gattina, un cane e alcuni uccellini che durante la giornata stavano in giro per la città ma alla sera tornavano sempre da lui. Gli pia-

ceva la vita all'aperto e il camminare e perciò introdusse la passeggiata per Roma, accompagnato dai suoi discepoli, nel corso della quale si soffermava con i negozianti a ridere e scherzare. Amava molto confessare e lo faceva con tutti allo stesso modo, comminando penitenze spesso bizzarre, sicuro che, dopo aver fatto una simile figuraccia, il penitente non avrebbe più provato a compiere quel peccato. Vestiva in maniera apparentemente ridicola e si comportava a volte goffamente in pubblico perché cercava di farsi “disprezzare”, cioè di giungere ad uno stato di completa indifferenza verso l'opinione del mondo. Riteneva infatti che l'umiltà consiste non soltanto nel disprezzarsi, ma nell'accettare il disprezzo degli altri.

Alcuni suoi comportamenti apparentemente umoristici, come grattarsi il capo e tirarsi la barba, erano in realtà tentativi, in genere inefficaci, di resistere “alle estasi”, in realtà attacchi di epilessia di cui era verosimilmente affetto. A partire dalla notte di Pentecoste del 1554 Filippo sperimenta poi violentissime palpitazioni. A volte i due sintomi, estasi e palpitazioni, si verificano insieme e in tal caso Filippo prova un calore insopportabile

da lui attribuito al “globo di fuoco” entratogli nella gola la famosa notte del 1554. Pensando che questo Spirito entratogli nel petto potesse essere condiviso con gli altri utilizzava il contatto del suo petto per guarire malati o dissipare angosce e tentazioni.

Durante le crisi di palpitazioni compare *“un battimento che se sente come un martello li fusse percosso l'petto”* mentre *“sul petto del santo appariva una tuberosità in cui si propagava il movimento del rit-*





Il giro delle sette chiese

mo cardiaco". Andrea Cesalpi-
no, il grande medico dell'epoca,
il primo a capire che è il cuo-
re e non il fegato il centro del
movimento del sangue, lo visi-
ta nel 1593 e lo trova di *"petto
molto estenuato"* e *"con un tu-
more a presso delle costole nel
lato sinistro, vicino al cuore...
che nel tempo della palpitazio-
ne si alzava e si abbassava ad
uso di mantice"*. Alla morte del
Santo l'autopsia chiarisce me-
glio le cose: Filippo era affetto
da cardiomegalia con dilatazio-
ne cospicua dell'arteria polmo-
nare. Inoltre le prime due co-
stole erano staccate dalla cartil-
lagine che le univa allo sterno;
nel punto di rottura le estremi-
tà libere delle costole potevano
quindi sporgere esternamente
causando quella tuberosità sin-
crona col battito cardiaco, os-
servata in vita. I tremori, poi,

erano probabilmente l'effetto
delle palpitazioni cardiache do-
vute all'ingrossamento del cuo-
re ed alla dilatazione aneuris-
matica dell'arteria polmonare.
All'epoca però i sintomi sono

ma e Giovanni Maria Lancisi
ipotizzano il collegamento tra
i sintomi e i dati autoptici. An-
che in un'epoca rigidamente
scientifica come la nostra non
si può però trascurare quanto
affermato da Papa Benedetto
XIV: *"Si ponga mente che que-
ste manifestazioni sorsero in Fi-
lippo mentre aveva trent'anni e
assolutamente nonostante esse,
pur affranto dalle fatiche, dai
digiuni e dalle penitenze visse
felicemente fino a una età de-
crepita. Il che costituisce segno,
e quindi miracolo, ben grande"*.
Filippo muore a Roma nella notte
tra il 25 e il 26 maggio 1595. Vie-
ne proclamato Santo nel 1622 e



Navata della Chiesa di Santa Maria in Vallicella

considerati di origine sopran-
naturale (*"non secundum viam
naturae, sed omnino supra na-
turam fuisse"*) ed è solo succes-
sivamente che Jean Farnel pri-

in seguito dichiarato compatro-
no di Roma. Le sue spoglie sono
venerate nella cappella della
Chiesa di Santa Maria in Valli-
cella dal 1602.

“

ANEDDOTI ROMANI Il femminile di Dante

Nella Basilica Vaticana, ai lati della struttura bronzea che il Bernini eresse col metallo proveniente dal Pantheon e che contiene la cattedra di San Pietro, vi sono due magnifici sepolcri. Quello sulla sinistra, opera di Guglielmo della Porta sotto la direzione di Michelangelo, è di Paolo III Farnese. La statua bronzea raffigurante il Papa è collocata in mezzo a due sculture in marmo raffiguranti rispettivamente la Prudenza e la Giustizia.

La Prudenza è raffigurata come una vecchia che si rimira in uno specchio ma in realtà il profilo aquilino è quello di un uomo anzi, per essere più precisi, è quello di Dante Alighieri di cui lo scultore volle, per motivi poco chiari, riprodurre una copia femminile. La Giustizia rappresentava invece la nuora del Pontefice ed era stata effigiata nuda e in tutta la sua bellezza. Sembra che un inglese, probabilmente non del tutto savio, si sia innamorato follemente della statua

e per tale motivo usasse nascondersi nella basilica per trascorrere le notti abbracciato alla scultura. Clemente VIII messo a conoscenza dell'increscioso evento ordinò quindi di ricoprire parte della nudità con un drappeggio in bronzo tinto di bianco.

Non pochi hanno malignato sul perché tale copertura venne realizzata rimovibile e non permanente...



F.S.

”

di Eligio Piccolo

Il reumatismo morde ancora il cuore?

“La maladie qui morde le coeur et lèche les articulations” (...morde il cuore e lambisce le articolazioni...), era l’espressione usata da colui che fu un acuto medico francese, Jean-Baptiste Bouillaud, vissuto nel XIX° secolo, autore di un trattato sulle malattie di cuore, per allora una novità, e professore della Charité di Parigi. Erano i tempi in cui l’illuminismo e la rivoluzione francese, seguiti dai colpi di genio di Napoleone, avevano aperto i cervelli dei francesi più che le menti conservatrici degli altri popoli europei. Era una definizione, quella sul reumatismo articolare acuto di Bouillaud, che premiava una grande intuizione, ancora obbligatoriamente povera di riscontri scientifici, ma che tracciava la via attraverso la quale i futuri studiosi sarebbero dovuti andare per giungere allo streptococco. Il germe parassita che vive sonolento nelle nostre fauci e talvolta si risveglia per aggredirle, specie nei bambini meno dotati di difese, provocando loro tonsilliti e faringiti, un tempo curate con “inutili” palliativi, oggi sterminate dagli antibiotici. Questi per fortuna intervengono in tempo, prima che questo subdolo germe provochi attraverso vie oscure anche un’infezione a distanza: le articolazioni degli arti e nei soggetti più sfortunati anche le valvole del cuore che subiscono una specie di accartocciamento cicatriziale, il “morso” di Bouillaud, incompatibile con la loro normale funzione



Streptococco

e spesso bisognose di correzione chirurgica.

La più frequente delle complicazioni valvolari è la stenosi mitralica, ossia il restringimento della valvola che consente al sangue di entrare nella principale pompa del cuore, il ventricolo sinistro. Prima della penicillina, il killer dello streptococco, da noi in Europa, dove nei millenni la lotta immunitaria fra lui e il nostro organismo si era conclusa con più vittorie a questo che a quello, la strettura della mitrale era quasi l'unica sequela, e ora è in progressiva estinzione. In altre zone del globo invece, dove quella competizione fra germe e organismo è ancora troppo recente perché lo streptococco è arrivato con le conquiste coloniali, non solo si è verificato un aumento delle artriti e degli attacchi al cuore, ma anche un più esteso coinvolgimento delle sue valvole.

Una di queste zone sventurate era il Messico quando vi arrivai alla fine degli anni cinquanta, mentre si stava attuando la profilassi dell'infezione, purtroppo non ancora con la necessaria penetrazione data la complessità del paese. Sicché nel famoso Istituto di Cardiologia erano molti i mala-



ti con differenti fasi della malattia, da quella acuta con cuori tanto gonfi quanto le facce piene di cortisone a quelle con le valvole già incompetenti e bisognose di aiuto. El piso de niños, la pediatria di quell'Istituto, era per l'80% occupata da quei malatini, l'altro 20% dagli affetti da cardiopatie congenite. Bimbi che a me parevano diversi dai nostri europei, per quelle espressioni di gioia nella sofferenza, trasmesse dai loro occhi neri, non imploranti o reattivi ma pieni di speranza, l'anima della loro razza. Occhi che mi facevano venire in mente l'espressione dello scrittore rivoluzionario messicano, José Vasconcelos: "Por mi raza hablarà (parlerà) el espíritu".

Oggi anche nei paesi del Centro-America le cose sono molto cambiate grazie alla profilassi antibiotica, ma essi devono ancora lottare sia per raggiungere le sacche di abbandono sanitario che, soprattutto, per ricucire i danni valvolari a distanza. Inoltre, rispetto a noi europei e ai nordamericani, quei paesi devono tenere ben alta la guardia sia per prevenire le infezioni che per correggerne i danni, poiché la loro spontanea difesa immunitaria ha davanti a sé un lungo cammino. Lo riferisce un registro mondiale sulla cardiopatia reumatica pubblicato recentemente dal New England Journal of Medicine, nel quale si legge che nei paesi cosiddetti occidentali, o meglio popolati da europei o loro discendenti (Europa, Nord-America, Sud-America, Australia), che hanno convissuto per millenni con lo streptococco, la cardiopatia reumatica è quasi scomparsa; mentre nelle zone dove prima non c'era rimedio ma oggi si fa una buona



profilassi (popolazioni post-coloniali meticce del Messico, America Centrale e certe zone dell’Africa e dell’Asia), la situazione è comunque sotto controllo. Non lo è purtroppo ancora in misura sufficiente nell’Africa Sub-Sahariana, in molti paesi del Sud-Africa e in Oceania, dove si calcola che l’ammontare di cuori malati inconseguenza del reumatismo, il temuto morso di Bouillaud,

assommi a oltre 33 milioni. Cifra imprecisa, dicono gli esperti, perché vi si dovrebbero aggiungere i molti che covando le conseguenze a distanza sono impossibili da diagnosticare. Forse anche tra quelli che a migliaia sono transumati in Italia e in Europa.

Un problema quindi che, visto con malizioso cinismo, lascia quasi indifferenti noi “oc-

cidentalità”, in questo caso simili al popolo di Mosé dopo il passaggio del mar Rosso, ma che ci obbligherebbe invece a considerare che nel solo 2013, secondo un registro mondiale, le morti per febbre reumatica sono state 275.000, quelle per tubercolosi 1.290.000, per HIV-AIDS 1.341.000 e quelle per malaria, che tanto scalpore ha creato in Italia per un unico caso letale, oltre 854.000. Un problema, oltretutto, che ci riporta necessariamente ai vaccini, i quali per quel reumatismo potranno essere realizzati se ne verrà messo a punto uno contro il gruppo A dello streptococco. Alla faccia di alcuni nostri saputelli, speriamo pochi, che sembrano voler cancellare Jenner, Sabin e tanti altri ideatori di vaccini. Per andare dove? A Cagliostro!

“ Pillole di romanesca saggezza

Comanna e ffai da te, se servito com’u’rre
Cerco ajuto e trovo consijo
Er servì nun è sempre un cattivo affare
Er letto è ‘na rosa, chi nun ce s’addorme, s’ariposa
Chi nun sà finge nun sa regnà

F.S.

”

Quaderno a Quadretti

di **Franco Fontanini**

Beccamorti

Nel Settecento era molto paventata la morte apparente, la gente era terrorizzata dall'idea di risvegliarsi dentro un avello buio senza possibilità di soccorso.

Il terrore si acuisce nel corso di epidemie, quando le morti erano innumerevoli e i controlli sbrigativi per la fretta di togliere di mezzo le salme e ridurre il rischio di contagio.

Per acquisire la certezza della morte si ricorreva alle pratiche più svariate e bizzarre, qualche volta raccapriccianti.

Ai necrofori venne dato il compito di mordere i cadaveri prima di gettarli nelle

fosse per vedere se avevano qualche reazione.

Non si sa quanto la precauzione sia durata, da essa deriverebbe il nome spregiativo di beccamorti.

Ecumenismo

Nelle agiografie ci sono due Sant'Antonino, entrambi abati, uno protettore dei vignaioli, l'altro popolare perché esaudiva le ragazze che si rivolgevano a lui, a patto che fossero vergini.

A uno dei due, diventato anche protettore di Piacenza, è stata dedicata in piazzale Genova una statua di bronzo realizzata in California, che al momento dell'installazione ha creato problemi di orientamento.

Se Sant'Antonino veniva rivolto verso la città, avrebbe volto le spalle a coloro che arrivano a Piacenza e la posizione non è stata giudicata cortese. Rivolto verso coloro che arrivano, voltava la schiena ai piacentini e neppure questo è stato considerato garbato. Le polemiche complicavano





la decisione, perché facendolo guardare verso destra o verso sinistra sorgevano implicazioni politiche che tutti volevano evitare.

Per una questione come questa, nei secoli passati poteva anche scorrere il sangue.

Fortunatamente il progresso serve anche a risolvere problemi di orientamento.

Sant'Antonino è stato collocato sopra un motore elettrico della potenza di 0,5 cavalli che fa ruotare la statua di 90 gradi ogni ora. In un giorno compie sei rotazioni e dedica il suo sguardo equamente a tutti, senza alcuna differenza. Un Santo veramente ecumenico.

Ma

L'italiano, salvo casi particolari, predilige la maldicenza all'elogio. Quando proprio non può fare a meno di lodare, ag-

giunge un ma, la congiunzione avversativa di gran lunga più usata nella nostra lingua, che significa però, bensì, anzi, attenuando non poco l'encomio.

Gli esempi più correnti: "È bella, ma poco intelligente", "Ha successo, ma anche un

gran culo", "Ha fatto tanti soldi, ma ha tanto pelo sullo stomaco", "È uno che conta ma è cornuto", "Ha tutto, ma non mi cambierei con lui".

Aprì la serie cinquant'anni fa Longanesi parlando di personaggio emergente: "È socialista, ma ha una bella moglie".

Cardano

Gerolamo Cardano, straordinario personaggio assolutamente irripetibile, garantiva di essere infallibile sia come medico sia come astrologo.

Infatti si considerava uomo superiore, destinato a opere eccezionali proprio perché lo aveva letto negli astri.

Di sé ha raccontato tutto con una sincerità sconcertante, davvero insolita per un'autobiografia.

Era figlio illegittimo di un avvocato che venne "strappato al grembo materno come mor-

to e rianimato da un bagno nel vino caldo". Fu sempre maltrattato dai genitori e fu impotente fino al matrimonio, causa di tutti i suoi guai.

Si definiva ipocondriaco, era balbuziente, vantava doti di astrologo, di fare sogni premonitori e di conoscere come nessun altro la cosmologia.

Si laureò in medicina a Padova e dopo alterne vicissitudini diventò rettore di quella prestigiosa università. Insegnò a Pavia e a Bologna. Dovette abbandonare l'insegnamento perché arrestato dall'Inquisizione con l'accusa di aver fatto un oroscopo a Gesù Cristo.

Per sei anni fu medico a Sac-



Gerolamo Cardano



colongo, paese agricolo in provincia di Padova, e a Gallarate, perché non riuscì ad andare a Milano come avrebbe voluto a causa del collegio dei medici che respinse sempre la sua domanda.

La sua fama di medico si era estesa a tutta l'Europa, i reali di Danimarca lo vollero medico di corte, in Inghilterra venne chiamato a curare l'Arcivescovo di Edimburgo, che guarì dall'asma, costringendolo a lavarsi e ad eliminare i cuscini di piume dal letto. Predisse un futuro radioso a lui e al re di Scozia, ma una volta tanto non ci prese: l'Arcivescovo fu impiccato dai riformatori protestanti e il re morì di tubercolosi, per cui dovette fuggire e tornare in Italia.

A Roma papa Gregorio XIII gli offrì una pensione, in cambio della distruzione di 140 suoi trattati. Nel tempo libero si dedicò alla matematica trovando la formula di risoluzione delle equazioni di terzo grado che venne detta soluzione cardanica, e alla fisica ideando il giunto ancor oggi impiegato nell'albero di trasmis-

sione di molti motori, e chiamato giunto cardanico.

Appassionato al gioco delle carte e dei dadi, elaborò il concetto di probabilità. Scrisse persino un libro sugli scacchi che, a suo dire, insegnava a vincere qualsiasi partita.

Divenuto clinico medico di Pavia, sua città natale, ebbe guai con la giustizia e con l'Inquisizione, ma se la cavò grazie alla protezione del cardinale Borromeo.

Le enciclopedie, oltre che sommo clinico, matematico e astrologo, lo definiscono precursore dell'Illuminismo, scienziato di profonde e moderne intuizioni, uno dei più grandi intelletti del Cinquecento.

Di sè, nell'autobiografia, fa una descrizione colorita: attacca-brighe, puttaniere, misantropo, ingrato, invidioso, fattucchiere, baro.

Dal gioco, grazie soprattutto ai dadi truccati, trasse sovente i mezzi per il suo sostentamento e persino per una transitoria agiatezza.

Pessima invece, sempre a suo dire la salute: due volte la peste, ernia "ambilatera", terzana

doppia, una quarantina di "febbrifimerine", aritmie cardiache, gotta, podagra, mal di testa, di stomaco, di intestino, di fegato, di milza e della pelle. Andò soggetto, quattro volte l'anno, ad ogni inizio di stagione, all'imprecisata "veglia degli otto giorni".

Afferma di aver avuto anche un principio di cancro.

Riuscì sempre a guarirsi.

In gioventù, imprudentemente, dichiarò di aver letto negli astri che sarebbe morto nel settantacinquesimo anno di vita. Morì infatti a 75 anni, nel 1576, di peste o di inedia. Qualcuno disse che si era lasciato morire di fame per dimostrare, per l'ultima volta, che non sbagliava mai.

Carducci

Il Carducci rivide la Versilia e il paese dove era nato, a quarantacinque anni, insieme alla sua amante Annie Vivanti. Si racconta che sembravano padre e figlia. Lei aveva ventidue anni ben portati, lui cinquantacinque portati male, lei era esultante per le sue "Liriche" appena pubblicate con la prefazione del Carducci, lui, che non era mai stato bello, aveva la pressione alta, l'artrosi e sembrava più vecchio della sua età.



Nella casa natale davanti alla lapide con il nome di sua madre sbagliato, il poeta si inginocchiò commosso, nella casa la Vivanti si buttò sul letto declamando estatica: “Voglio chiudere gli occhi dove li ha aperti il poeta!”

Due anni prima, spinta dalla madre, aveva debuttato in teatro a New York in un melodramma di scarso successo.

La loro storia era cominciata per caso. La Vivanti aveva portato le sue poesie all'editore Treves il quale le disse che le avrebbe pubblicate se ci fosse stata una prefazione del Carducci.

Lei credeva che Carducci fosse morto da molto tempo e che l'editore si fosse burlato di lei.

Quando seppe che era vivo e che abitava a Bologna prese il primo treno.

“Favorisca dire al Carducci che vengo da molto lontano per vederlo”, disse al portiere.

“Il Carducci dice che non è Salomone, “ le rispose il portiere. “Si accomodi.”

“Che cosa vuole?”, Le chiese brusco.

“Una prefazione ai miei versi”

“Ah, Lei è una poetessa? Credevo fosse la regina di Saba. Che cosa conosce di Dante?”

“Le illustrazioni del Dorè”.

Carducci rise, fece la prefazione e si innamorò.

Tutto nel giro di due settimane.



di Filippo Stazi

Quadri e Salute



Un dottore visita il bambino di una famiglia povera italiana è un'opera di Edouard de Jans del 1881 attualmente esposta nella Wellcome Library di Londra.

De Jans nacque a Sint-Andries, un sobborgo di Bruges nel 1855. Figlio di un contadino si avviò all'arte dopo essere rimasto fulminato dalla vista di alcune litografie esposte nella vetrina di un negozio. La sua grande occasione capitò quando il proprietario di un castello in ristrutturazione gli propose di fare alcuni disegni della struttura. L'uomo rimase talmente colpito dal lavoro svolto da pagare al giovane Edouard la scuola d'arte locale. La sua successiva formazione si svolse prima presso le Accademie di Bruges e Anversa e poi a Parigi dove lavorò per 7 mesi. Il suo dipinto più celebre è senza dubbio *Il ritorno del figlio prodigo* con cui nel 1878 vinse il Premio di Roma, riconoscimento che gli permise di viaggiare attraverso Francia, Italia, Austria e Germania. Nel 1889 ritornò definitivamente ad Anversa dove venne nominato professore presso la locale accademia d'arte, carica che mantenne fino alla sua morte. Nel 1894 lavorò ai murales all'Esposizione Universale e nel 1899 realizzò uno dei cinque dipinti murali nella tromba delle scale del municipio di Anversa. Particolarmente noto come ritrattista, de Jans ha però anche dipinto paesaggi, scene bibliche e storiche, in genere con lo stile proprio del realismo romantico. Durante la sua vita espose molto all'estero, anche in Inghilterra e in America, dove godeva di una solida fama. Ebbe tre figli di cui una, Luisa, è divenuta pittrice a sua volta. Dopo la sua morte, avvenuta nel 1919, gli è stata intitolata una strada di Bruges.

In *Un dottore visita il bambino di una famiglia povera italiana* il pittore belga raffigura la visita medica di un medico condotto nella casa di un'umile famiglia. La figura del dottore è idealizzata e rappresentata simile ad un "buon samaritano" che si prende cura delle famiglie meno abbienti facendo loro visita e controllando gratuitamente i bambini. A rafforzare tale idealizzazione l'artista si sofferma molto nella descrizione dei particolari: la folta barba del medico, ad esempio, è funzionale a far intuire la saggezza dell'uomo. Ritroviamo quindi nel dipinto quell'idealizzazione della realtà che era tipica della letteratura romanzesca contemporanea.



L'antirigetto che rigetta il tumore

Il raddomioma è un tumore benigno del cuore, ma poiché crescendo ne occupa le cavità impedendo la loro vitale funzione di pompa si comporta da maligno. Lo strano nome scelto dai primi studiosi che lo guardarono al microscopio deriva dalle sue cellule a bastoncini, simili a quelli usati dai raddomanti per individuare le sorgenti acquifere. Non vorrei essere ipercritico e tanto meno irrispettoso nei confronti di quei valorosi pionieri, ma lasciatemi dire che la fantasia dei patologi supera talvolta anche quella dei politici quando immaginano l'avversario con similitudini piuttosto ardite. Si è precisato che la neoplasia nasce dalle stesse cellule muscolari cardiache, cui assomiglia senza averne la funzione, e spesso inizia durante la vita fetale del malcapitato, che è poi la gravidanza della madre. Questa oggi fortunatamente si sottopone a periodici controlli ecografici, non solo per vedere se c'è o non c'è il pisello, ma soprattutto per scoprire eventuali malformazioni, come il raddomioma appunto.

La ragione che mi ha indotto a scrivere questa informativa su una nostra singolare cardiopatia, peraltro rara, non è certo quella di allarmare, come fanno i media preferendo il delitto efferato al portafogli rinvenuto e riconsegnato al proprietario, bensì di annunciare la sua incredibile soluzione a buon fine. Soluzione che ho letto sul New England Journal of Medicine di maggio 2018 e che si riferisce a un caso specifico, nel quale il trattamento farmacologico iniziato già durante la gestazione e proseguito poi dopo la nascita per un anno ha consentito la regressione completa delle masse tumorali che occupavano i due ventricoli. La sostanza iniettata si chiama rapamicina, un antibiotico macrolide, con tanto di formula chimica complessa, prodotto da un batterio dell'isola Rapa Nui, da cui il nome. È detta anche sirolimus ed era già conosciuta perché usata con successo nel contrastare il rigetto dopo il trapianto di organi, compreso il cuore, e nel rinforzare la funzione degli stent coronarici.

Come questo farmaco riesca a interferire con il tumore in crescita e scioglierlo come neve al sole, quale appare dai controlli ecografici a distanza di mesi, gli esegeti di quel miracolo lo hanno ben spiegato con le loro puntualizzazioni scientifiche, aggiungendovi che nei topi la rapamicina è riuscita addirittura ad aumentare l'aspettativa di vita; ma non avendolo io capito non posso trasferirvelo. E vi lascio, come lascio me stesso, nella piacevole sensazione del miracolo scientifico.



Rapa Nui

E.P.



Lettere a Cuore e Salute

DOMANDA

Prolasso della mitrale e idoneità sportiva

Carissimo Cuore e Salute, sono una madre di un ragazzo di 17 anni, non perché sia mio figlio, ma bello, alto, magro e forte, gioca a pallacanestro, ma non in campionati. Alla visita sportiva gli hanno sentito un soffietto e prescritto l'ecocardiogramma che ha mostrato un prolasso della mitrale. Ci hanno detto di stare tranquilli, ma hanno proibito l'attività agonistica, che mio figlio non fa, ma io sono comunque preoccupata perché non avrei mai immaginato che fosse un cardiopatico. Anche perché Giulio non ha mai avuto nessun disturbo. Mi devo preoccupare? Quali controlli e precauzioni per il futuro? Vi ringrazio e saluto caramente.

Angela C., Pordenone

RISPOSTA

Cara Angela, già la descrizione di suo figlio "alto e magro" mi porta a pensare che si tratti di una variante costituzionale e quindi non certo di cardiopatia. Deve sapere che la mitrale è formata da due membrane, come due vele, che quando si uniscono per evitare che il sangue torni indietro (reflusso) sbandierano un po', quindi "prolassano". Il cardiologo che descrive questo fenomeno lo segnala se il grado del prolasso è fuori norma e soprattutto se vi sono altre anomalie della valvola, dei tendini (le sartie delle vele) e dell'anello che fa passare il sangue. Spesso nella descrizione del prolasso



l'ecografista è più o meno severo, anche perché si deve cautelare da future possibili evoluzioni. L'anomalia della valvola, quando è tale, è stata calcolata intorno al 3% negli atleti, giovani non oltre i 35 anni. Gli studiosi che hanno seguito nel tempo questi ragazzi hanno registrato eventi anormali in rarissimi casi, lo 0,5% di quel 3%, e soprattutto mai morti improvvise. Inoltre, le rarissime complicazioni descritte (necessità di intervenire chirurgicamente o con clip sulla valvola, fibrillazioni atriali o altro) si osservano se al prolasso si associano l'insufficienza o reflusso del sangue e aritmie ventricolari. Quindi, come dicono a Venezia, una "fataità".

Il responso dei medici che hanno valutato suo figlio mi fa pensare a un prolasso mitralico semplice, non complicato, da controllare con l'eco ogni qualche anno e che non controindica l'attività sportiva amatoriale. Il futuro, cara Angela, si prospetta radioso, ma, come dicevano i greci antichi, è nelle mani degli dei.

Con i più cordiali saluti.

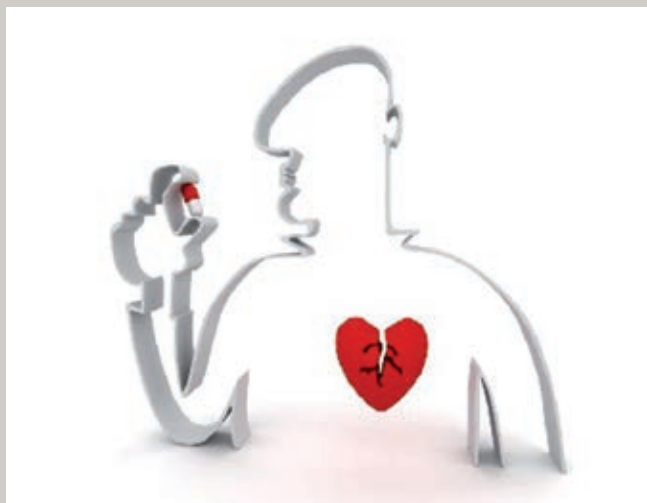
Eligio Piccolo

DOMANDA

Antinfiammatori ed infarto

Buongiorno, ho sentito dire che un eccessivo utilizzo di farmaci antinfiammatori aumenta il rischio di avere un infarto. Confesso che per vari acciacchi cronici sono un abituale consumatore di queste sostanze e quindi l'argomento mi è molto a cuore. Ovviamente spero che sia una delle tante bufale in circolazione ma gradirei un vostro parere al riguardo.

Renato A., Spoleto



RISPOSTA

Gentile Sig. Renato, sono dispiaciuto ma debbo ahimè darle una brutta notizia. I farmaci antinfiammatori non steroidei, i cosiddetti FANS, ed anche i più recenti inibitori selettivi della ciclossigenasi 2, soprannominati coxib, se assunti in dosi eccessive possono effettivamente aumentare il rischio di incorrere in un infarto. A supporto della mia affermazione le cito i dati di uno studio canadese pubblicato sul *British Medical Journal* in cui è stata valutata una coorte di 446.763 individui, tra cui 61.460 pazienti con infarto acuto del miocardio. I soggetti inclusi nello studio avevano assunto un dosaggio qualsiasi di antinfiammatorio per una settimana, un mese o più di un mese. È stato riscontrato un aumento del rischio di infarto, stimato in +24% per il celecoxib, +48% per l'ibuprofene, +50% per il diclofenac, +53% per il naprossene e +58% per il rofecoxib (ritirato dal commercio in Italia dal settembre 2004). Il rischio maggiore si è osservato nei pazienti che assumevano i dosaggi più elevati mentre l'estensione temporale dell'assunzione degli stessi non si è rivelata un elemento di rischio aggiuntivo. Il rischio di infarto aumentava già nella prima settimana di trattamento e raggiungeva il suo apice nel primo mese di trattamento. I meccanismi responsabili di questo aumento non sono ancora molto chiari.

È ovvio che tali farmaci non vadano demonizzati e che quindi non se ne debba precludere l'utilizzo quando assolutamente necessario però deve essere chiaro, sia ai medici che ai pazienti, che essi non sono innocui come possono sembrare. Prima di assumerli, in particolare ad elevati dosaggi, bisogna quindi considerare con attenzione i possibili vantaggi e svantaggi e rapportarli con il rischio cardiovascolare di base del paziente.

Desolato di non averLe fornito la risposta che sperava, Le porgo cordiali saluti.

Filippo Stazi

di Bruno Domenichelli



L'uomo e il cammino nella storia. La tigre nel cuore e la speranza.

Col tuo coltello di pietra hai sacrificato l'agnello al tuo Dio sconosciuto sull'altare della sopravvivenza e sei emerso dall'angosciante buio delle caverne, capace di popolare il mondo e libero di scegliere fra il Bene e il Male. Ma entrato nella Storia ti rimase scolpita nel cuore l'impronta di Caino.

Sopravvivesti ai ghiacciai che mordevano le carni e incidevano le pietre della terra e più e più volte scavarono di valli le montagne. E sfuggisti al magma infuocato dei vulcani.

Nel precipizio dei millenni mutò persino l'asse magnetico della sfera terrestre e ribollirono i mari.

Fu allora, forse, generazione dopo generazione che insensibilmente, nel brusio cellulare del tuo corpo, radiazioni provenienti da pianeti sconosciuti sperduti nello spazio, mutarono



Salvador Dalí. *Sogno causato dal volo di un'ape attorno a una melagrana un attimo prima del risveglio.* (1944)

...esorcizzando la cieca violenza della tigre che hai in te e rendendola finalmente capace di convivere nell'anima con la serenità imperturbabile dell'amore.



Antonio Ligabue. *La tigre*
... nel tuo cuore sotterraneo riconoscesti
l'agguato della tigre... Fu allora che
l'uccidesti e rifiori la speranza di ascoltare
ancora il canto del tuo cuore...

il suo senso anche alla spirale genetica del Male.

Forse fu allora, che nel tuo cuore sotterraneo riconoscesti l'agguato perpetuo della tigre dai terribili artigli e ti accorgesti, attonito, che cieca dilaniava i tuoi pensieri e che per vivere ti chiedeva sempre altro sangue.

Fu allora, forse, che l'uccidesti, col tuo coltello di fuoco. E insieme rifiori per te la speranza di ascoltare il canto del tuo cuore e il respiro profondo della terra. E insieme sconfiggesti l'indifferenza amara che ti rendeva sconosciuta la salvezza catartica del pianto di fronte al Male. Di quell'indifferenza che segretamente ti abitava l'anima, privandoti del gusto di vivere danzando nelle piazze girotondi colorati.

E quando sarai giunto al confine mai ultimo del Tempo, troverai, forse, da Uomo, la forza di spezzare intorno a te, col tuo coltello di luce, il soffocante guscio dell'illusorio orgoglio di una conoscenza illimitata, incapace di arrendersi al Mistero.

E di esorcizzare la violenza cieca della tigre che hai in te, rendendola finalmente inoffensiva e capace di convivere nell'anima con la serenità imperturbabile dell'amore.

Solo allora, libero finalmente da ogni peso, cavalcherai nel cielo l'impareggiabile azzurro di stratosfere limpide di luce.

Nicotina, droga gentile

Gentile lo è in natura, come tutte le droghe di origine vegetale, dalla caffeina alla cannabis, dalla cocaina alla morfina, dal chinino alla digitale, e via elencando. Tutte però alle dosi giuste, che il nostro razio cinio ha sperimentato sia empiricamente che nelle analisi più accurate. Gli antichi, privi di alambicchi e di test scientifici controllati, si fidavano del fiuto e di qualche osservazione pratica. Così fu per la coca, usata dagli indios americani solo per sedare l'appetito nelle lunghe giornate sui campi; per il fumo di tabacco, praticato nelle agapi importanti o per suggellare un accordo, “nelle grandi occasioni” diceva mia madre, che non conosceva la storia ma ne aveva intuito i danni; e lo fu anche per la digitale, consigliata dalle fattucchiere dei secoli bui per sgonfiare il malato edematoso, ma poi meglio dosata dalla farmacopea ufficiale. Sempre attenti però in qualsiasi epoca e per ogni droga a non superare i traguardi che il buon senso o i casi meno fortunati avevano segnalato.

Meno gentile è invece l'uomo evoluto, che con la presunzione delle sue moderne conquiste ha creduto di poter dire quanto ingenui fossero stati gli indios che non avevano capito il piacere del fumo, specie dopo le sue più raffinate confezioni e i vantaggi economici. “Quando lei, gentile Madame”, disse un giorno il principe de Talleyrand (il più



longevo ministro degli esteri, più di Andreotti) a una signora della buona società che aborrisce l'abitudine dei maschi al fumo, "mi indicherà il modo di far guadagnare allo Stato tanto denaro quanto con il commercio del tabacco, allora potrò soddisfare il suo desiderio di proibirlo". L'uomo evoluto, che oggi si ritrova con circa mezzo milione di morti da fumo all'anno solo negli Stati Uniti, e soprattutto con la necessità di curare le malattie cardiovascolari, respira-



torie e tumorali che accorciano quelle vite, si sta organizzando per vincere quella che oramai è diventata una guerra sanitaria. Tutte le dimostrazioni scientifiche sugli effetti nefasti di quel vizio, oramai di dominio pubblico, nonché le proibizioni di legge su dove non poter fumare, hanno raggiunto solo risultati parziali. Mentre l'industria non demorde e si sta inserendo con ritrovati più accattivanti, come le sigarette "light" e quelle elettroniche. Purtroppo lontani da essere risolutivi a giudicare da certi studi controllati. In particolare la "e-sigarette", la elettronica, non toglie gli effetti negativi della nicotina sulle nostre arterie e sulle cellule cerebrali, dove innesca la dipendenza, l'addictive effect degli inglesi e non ha nemmeno facilitato la sospensione del vizio.

L'uomo di oggi, oramai con il complesso di colpa di aver sottovalutato i suoi antenati, le sta provando tutte, compreso un nuovo Modello Teorico pensato per ridurre progressivamente la quantità di nicotina inalata. Tentativo già sperimentato senza successo da cinquant'anni da molti bene intenzionati, tutti con iniziative personali, compresa la donna che, arrivata dopo a quei piaceri, aveva affidato al fumo anche il contenimento del peso, per constatarne in seguito l'inefficacia, mentre la voce le si faceva mascolina e iniziavano anche per lei i guai medici. Il nuovo Modello ha l'autorità



di essere proposto dall'americana Food and Drug Administration (FDA) e pubblicato nel *New England Journal of Medicine* di maggio 2018, sulla base di un corposo studio teorico del 2015 a sua volta condotto da un altro gruppo di ricercatori del New Mexico. Gli studiosi che credono a quel modello ne proiettano gli effetti allorché venga attuato a partire da oggi fino al 2100. Essi, partendo dalle abitudini al fumo negli statunitensi attuali, secondo l'età, il sesso, il tipo e la quantità di sigarette, e dopo aver calcolato anche le conseguenti malattie, concludono che con una progressiva riduzione della nicotina contenuta nelle sigarette abituali o elettroniche fino a valori minimali, si dovrebbe raggiungere un sostanziale calo della mortalità da tabacco. Benché, precisano, rimanga incertezza sulla esatta quantità degli effetti in rapporto al comportamento dei fumatori. Una precisazione non priva di scetticismo e di contraddizione rispetto alle poco efficaci esperienze personali.

Non so se quei ricercatori nordamericani attueranno mai quel progetto, ne dubito, anche se la loro filosofia lo renderebbe possibile. Noi latini invece, abituati alle fantasiose proposte e alle convergenze parallele di certi nostri pensatori poco attenti al

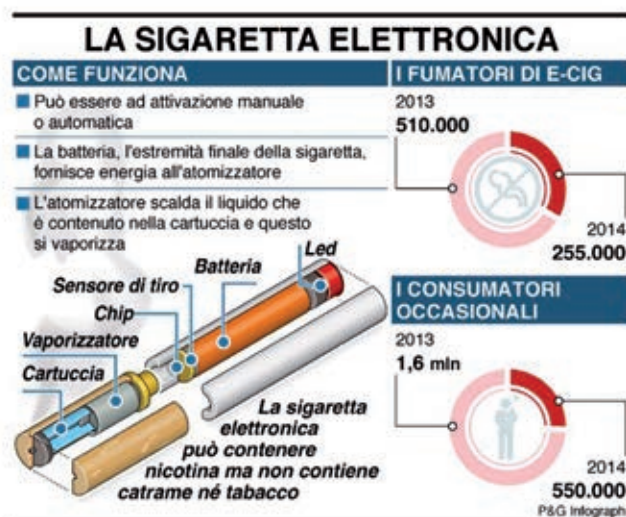
metodo scientifico, riteniamo che quella specie di torre di Babele ipotizzata fino al 2100 crollerà prima da sola, a conseguenza di certe forze naturali quali: la progressiva emarginazione dei fumatori, oggi quasi costretti al gabinetto; il ridicolo che certi film del passato, riproposti, destano nel guardare il fumo e gli accendini di Cartier come parte importante della scenografia; ma soprattutto il non poter più rinunciare ad avere le mani libere per interloquire con gli smartphone, che stanno diventando progressivamente, nei giovani e nei non più giovani, l'occupazione principale e coinvolgente della giornata. Avete presente lo sketch della TV con il nonno che cerca di raccontare al nipote come conquistò la nonna, mentre il ragazzino lo guarda con malcelata sufficienza e continua a schicchere il suo smartphone? Ebbene quello sarà il maggior antidoto al fumo.

Sigarette elettroniche: vanno scoraggiate ma il proibizionismo non serve!

L'onda lunga delle sigarette elettroniche sembra in fase di arresto e non ritengo che ciò sia un male. In giro si vedono sempre meno persone munite di questi strani dispositivi che tengono in una mano mentre a volte l'altra è comunque occupata da una sigaretta tradizionale.

Le cosiddette e-cig (electronic cigarettes) sono progettate per liberare nicotina o altre sostanze attraverso aerosol, senza bruciare tabacco. Sono costituite da una batteria ricaricabile, una cartuccia sostituibile contenente liquido e un atomizzatore elettronico che, quando viene riscaldato, trasforma il contenuto della cartuccia in aerosol che l'utente può inalare. Gli ingredienti principali contenuti nel liquido sono: glicole e/o glicerina come base per la produzione dell'aerosol, aromi ed eventualmente nicotina.

Le due principali ragioni per cui le persone si rivolgono alle e-cig sono da un lato che vengono percepite come meno dannose delle sigarette tradizionali e dall'altro che si scommette sulla loro utilità nel favorire l'abbandono dell'abitudine tabagica. Tale seconda ipotesi è supportata anche



dal Sistema Sanitario Nazionale di Inghilterra, Scozia e Galles (ma non da quelli degli altri paesi europei) che nel suo sito web avvisa i pazienti sull'utilità di tali dispositivi nel favorire l'astensione dal fumo, preferendoli ad altri possibili interventi farmacologici.

Dati certi sull'effetto delle sigarette elettroniche sulla salute ancora non ce ne sono, a causa del breve periodo del loro utilizzo che impedisce una corretta stima dei loro possibili effetti dannosi. Ricordiamo, ad esempio, che l'inconfutabile consapevolezza dei danni delle "svapore" tradizionali è emersa solo molti anni dopo la loro diffusione. Le sigarette elettroniche, sebbene verosimilmente meno tossiche di quelle standard, non possono però essere considerate innocue. Nella maggior parte dei casi le e-cig non contengono solo vapore acqueo ma anche nicotina in livelli variabili. Inoltre il loro aerosol, benché non si basi sulla combustione di tabacco, può contenere diverse sostanze tossiche o cancerogene, come la formaldeide, anche se in quantità inferiori rispetto al fumo tradizionale. Infine l'aerosol di e-cig può contenere le dannose polveri sottili, il cui livello

nell'aria è effettivamente aumentato dall'uso delle sigarette elettroniche.

Un recente studio pubblicato sull'*American Journal of Preventive Medicine* ha invece indagato e sconfessato l'utilità delle sigarette elettroniche, nel mondo reale, nel facilitare l'interruzione del fumo. La ricerca si è avvalsa di un questionario sottoposto a 27.801 persone residenti in 28 paesi dell'Unione Europea. Questi dovevano indicare se erano fumatori (indifferentemente di sigarette, sigari o pipa), ex-fumatori o mai fumatori. 12.608 soggetti, di età media 50 anni e prevalentemente maschi, ricadevano nelle prime due categorie e il 45,6% di questi era costituito da ex-fumatori. Lo studio ha fornito due dati rilevanti. Il primo era che, nel totale dei fumatori presenti o passati, l'uso delle e-cig era associato con una minore probabilità di abbandono del tabagismo; il secondo che i fumatori attuali che facevano uso di e-cig fumavano più sigarette tradizionali di quelli che non ricorrevano a tali dispositivi.

L'uso delle sigarette elettroniche non sembra quindi da incoraggiare, a maggior ragione nei giovani, che sono quelli a

maggior rischio di tentazione e-cig. Una ricerca californiana suggerisce infatti che molti adolescenti, che per il loro profilo complessivo difficilmente avrebbero fatto ricorso alle sigarette, iniziano invece ad usare questi dispositivi attratti dalla curiosità, dalla pubblicità e dalle loro attraenti aromatizzazioni. Numerosi altri studi indicano poi che nei giovani l'uso delle sigarette elettroniche si associa ad un'aumentata probabilità di cominciare a fumare sigarette tradizionali nei 6-18 mesi successivi.

Proprio per tutelare i più giovani la FDA americana nel Maggio 2016 ha vietato la vendita di tali prodotti ai minori di 18 anni ed alcuni stati (California, Hawaii, Maine, New Jersey, Oregon e Distretto di Columbia) hanno esteso il divieto ai 21 anni. Un nuovo studio pubblicato sul *Journal of Adolescent Health* ha però messo in evidenza l'inutilità di tali disposizioni di legge che non si sono associate a riduzioni significative del numero dei fumatori né di e-cig né di sigarette tradizionali.

L'ulteriore conferma del sostanziale fallimento delle strategie esclusivamente proibizionistiche.

“ Legalizzare la droga?

È notizia di questi ultimi giorni la decisione del Canada di legalizzare l'uso della marijuana anche per scopi ricreativi. In tutto il mondo il dibattito sulla legalizzazione o meno delle droghe sta crescendo d'intensità. L'argomento è di grande rilevanza e tocca profondamente il sentire di ognuno di noi come ha dimostrato anche la reazione al bell'articolo di Eligio

Piccolo, "Marijuana e cuore", pubblicato sul numero di ottobre – dicembre 2017 di questa rivista. Una forte presa di posizione a favore della legalizzazione di queste sostanze è stata espressa nel numero dello scorso maggio del *British Medical Journal*, la più prestigiosa rivista scientifica britannica. La direttrice della rivista, Fiona Godlee, è stata molto esplicita: "Il BMJ è fermamente d'accordo con gli sforzi di legalizzare, regolare e tassare la vendita di droghe per uso ricreativo e medico".

La motivazione principale a sostegno di tale tesi è di natura socio-economica. Il giro di affari delle droghe illecite si aggira sui 236 miliardi di sterline e la lotta alla



droga costa 400 sterline ad ogni contribuente. Ciò nonostante in Gran Bretagna il numero dei morti per droga si è duplicato nel corso degli ultimi 10 anni. A fronte di questi dati il BMJ

cita invece l'esperienza del Portogallo dove, la legalizzazione di fatto delle droghe non ha indotto un aumento dei consumatori, e quella di Canada, Olanda e USA in cui la liberalizzazione delle droghe leggere ha portato ad un aumento degli introiti statali.

I proventi dell'illegalità della droga costituiscono infatti la principale fonte di arricchimento della malavita organizzata e ne garantiscono la prosperità e la continua espansione.

La legalizzazione delle sostanze stupefacenti costituirebbe quindi una validissima misura di contrasto della criminalità, che si troverebbe privata del suo primario canale di guadagno economico,

mentre al contempo, la conseguente tassazione di tali sostanze, consentirebbe un aumento delle entrate statali che potrebbe essere utilizzato per migliorare i servizi pubblici. Inoltre, secondo molti, la legalizzazione potrebbe consentire un controllo sulla qualità del prodotto e quindi ridurre, almeno in parte, la pericolosità. D'altro canto è indubbio il timore che la liberalizzazione comporti un'incremento della diffusione della droga, sebbene ciò non sia avvalorato dalle esperienze degli altri paesi.

Tra Scilla e Cariddi, come sempre succede, è difficile trovare la giusta rotta da seguire.



F.S.

”

LA VIGNETTA DI CIP



di Giovanni Ciprotti

TONINELLI E I PORTI CHIUSI

NON E' VERO CHE CHIUDIAMO I
PORTI. HO CHIESTO ALLA SINDACA
DI ROMA, VIRGINIA RAGGI, DI
RIAPRIRE IL PORTO DI RIPETTA
PER LE NAVI DEI MIGRANTI



G. 2018



OMS: 9 persone su 10 respirano aria inquinata

Stato del mondo

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha aggiornato la conoscenza sui livelli di inquinamento atmosferico del mondo attingendo al data base della qualità dell'aria che comprende più di 4.300 città in 108 paesi, con oltre 1.000 città aggiunte dal 2006; da ciò si evidenzia che un numero crescente di paesi sta misurando e prevedendo provvedimenti per ridurre i contaminanti atmosferici. L'archivio raccoglie le informazioni sul particolato PM_{10} e $PM_{2,5}$ per i quali l'OMS raccomanda agli stati valori medi annuali per il PM_{10} di $20 \mu\text{g}/\text{m}^3$ e per il $PM_{2,5}$ di $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$.

Alcuni paesi del Pacifico occidentale registrano un'assenza di dati, per l'Africa si riscontrano informazioni solo su 8 dei 47 paesi del continente mentre l'Europa registra un buon sistema di monitoraggio, con una maggiore conoscenza dell'aria ambiente.

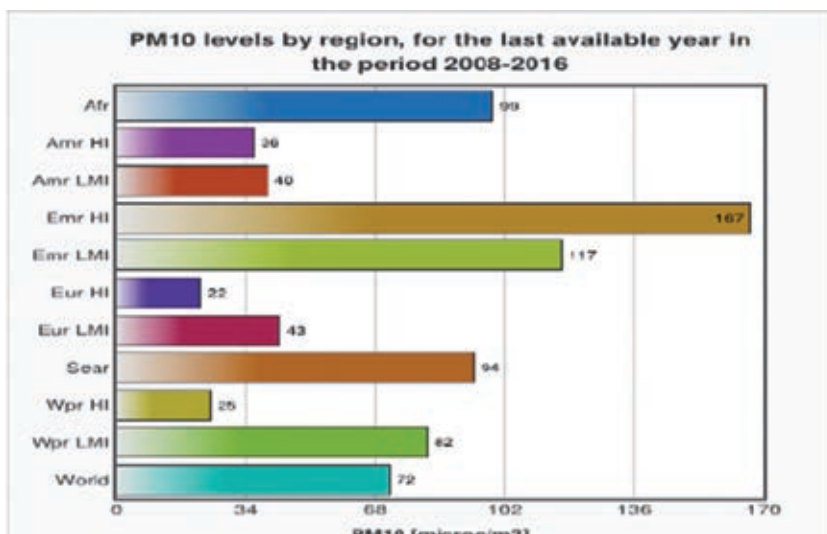
I dati pubblicati indicano che *9 persone su 10 respirano aria* contenente alti livelli di *sostanze inquinanti*.

Negli ultimi 6 anni i livelli di inquinamento dell'aria outdoor sono rimasti elevati e stabili, anche se con concentrazioni in calo in alcune parti dell'Eu-



ropa e delle Americhe; le aree più critiche si registrano nel Mediterraneo Orientale e nel sud-est asiatico, seguite da città a basso e medio reddito in Africa e nel Pacifico occidentale. Molte delle megalopoli del mondo superano di 5 volte i limiti raccomandati dall'OMS.

In basso il grafico esprime le concentrazioni medie di PM_{10} nelle diverse aree geografiche ad alto (HI) e basso medio (LMI) reddito OMS (Newence, Franco Folino).



In sostanza, gli squilibri fra nazioni ricche e povere per l'inquinamento atmosferico si stanno allargando, con livelli dello smog più bassi nei paesi ad alto reddito. Oltre il 90% dei decessi anticipati correlati alla cattiva qualità dell'aria, risultano nei paesi a basso e medio reddito, in particolare in Asia e in Africa.

Recenti stime dell'OMS sull'impatto sulla salute rivelano di un preoccupante bilancio di *7 milioni di morti ogni anno a causa dell'esposizione, indoor e outdoor a particelle fini* (Arpat Toscana 29 maggio 2018).

Effetti sulla salute

Lo studio dell'OMS, esprime che l'inquinamento atmosferico rappresenta un fattore di rischio critico per le malattie non tra-

smisibili (NCD), causando circa un quarto (24%) dei decessi anticipati per adulti a causa di malattie cardiache, 25% da ictus, 43% da malattia polmonare ostruttiva cronica e 29% dal cancro ai polmoni, (“Eco dalle Città”, Bruno Casula, Trasporti Italia e Quotidiano Sanità, 2 maggio 2018).

Ad oggi, nella Penisola, considerando i valori limite annui previsti dall'ex Dlgs 155/2010 e seguenti, più alti delle soglie raccomandate dall'OMS, per il PM_{10} ($40 \mu\text{g}/\text{m}^3$) e per il $PM_{2,5}$ ($25 \mu\text{g}/\text{m}^3$) si può valutare il prospetto sottostante.

Inquinante	Indice di qualità dell'aria per inquinamento ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)				
	Buona	Accettabile	Mediocre	Scadente	Pessima
Particelle inferiori a $2,5 \mu\text{m}$ ($PM_{2,5}$)	0-10	10-20	20-25	25-50	50-800
Particelle inferiori a $10 \mu\text{m}$ (PM_{10})	0-20	20-35	35-50	50-100	100-1200

Non è dato di sapere i tempi di allineamento dell'Europa all'OMS, circa le soglie da adottare per i contaminanti atmosferici né i motivi (politici, economici, sociali) per cui ad oggi nel Continente non si rispettano i valori consigliati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, a tutela della salute pubblica, ciò in quanto i limiti vigenti in Europa, pur se legiferati dal dicastero dell'Ambiente, esprimono soglie di protezione sanitaria diventando implicitamente limiti sanitari.

Europa

Nell'Unione Europea, la qualità dell'aria ambiente è generalmente migliorata, ma non sufficiente ai fini della tutela della salute pubblica. Per il particolato, PM_{10} , i valori limite dell'UE dovevano essere rispettati a partire dal 1° gennaio 2005. Nel 2015 il 7% della popolazione urbana dell'UE - 28 è stata esposta a livelli di $PM_{2,5}$ superiori al valore limite annuale stabilito dall'UE. L'82% circa è stato esposto a livelli che hanno oltrepassato le più rigide linee guida dell'OMS. In base alle stime, nel 2014 l'esposizione al $PM_{2,5}$ ha determinato la morte prematura di 428.000 persone in 41 paesi europei. (Agenzia Europea dell'Ambiente, aggiornata 26/4/2018).

La lotta all'inquinamento atmosferico urbano passa attraverso un continuo miglioramento tecnologico dei veicoli e nel prossimo futuro si dovrebbe avvalere di un parco veicolare ad emissioni zero. Nel nostro Paese, accordi fra il Ministero dell'Ambiente e le Regioni maggiormente interessate dai fenomeni di smog hanno dato risultati limitati in quanto tali intese non avevano valenza di legge e hanno sortito effetti modesti.

Italia

La Commissione europea ha avvertito l'Italia di adottare misure contro l'emissione di PM_{10} per i livelli raggiunti dell'inquinante che potrebbero determinare rischi per la salute pubblica. L'Italia secondo l'Agenzia europea per l'ambiente, sarebbe lo Stato membro più colpito in termini di decessi anticipati dati dal PM_{10} . Per quanto riguarda il valore limite giornaliero del PM_{10} (max 35 giorni all'anno superiore a $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$) 30 sono le zone interessate al provvedimento nelle regioni: Lombardia, Veneto, Piemonte, Toscana, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Campania, Marche, Molise, Puglia, Lazio e Sicilia. Le



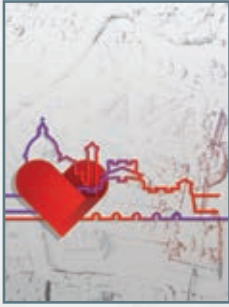
zone interessate dal provvedimento per aver superato il valore limite annuale del PM_{10} ($40 \mu\text{g}/\text{m}^3$) sono nove: Venezia, Treviso, Vicenza, Milano, Brescia, due zone della Pianura Padana, Torino e Valle del Sacco (Lazio), (Arpat Toscana, 23/05/2017).

Procedure di infrazioni

La Commissione europea ha avviato *procedure di infrazione* per il superamento persistente del particolato PM_{10} nei confronti di 16 Stati membri (Belgio, Bulgaria, Francia, Germania, Grecia, Italia, Lettonia, Polonia, Portogallo, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia e Ungheria) e nel caso di Bulgaria e Polonia è stata adita la Corte di Giustizia dell'Unione Europea. La Commissione ha inoltre intrapreso un'azione legale per biossido di azoto nei confronti di 13 Stati membri attualmente

Unito, Repubblica Ceca, Spagna e Ungheria (Commissione Europea, Un Europa che protegge: aria pulita per tutti, Bruxelles, pag. 10-11, 17.05.2018). Ad oggi, la Commissione ha deciso di *deferire Germania, Francia e Regno Unito* alla corte di giustizia dell'UE per il mancato rispetto dei valori limite per il *biossido di azoto* (NO_2) e per avere omesso di prendere le misure adeguate per ridurre i periodi di superamento. In particolare, i deferimenti nella Germania interessano 26 zone di qualità dell'aria, tra cui Berlino, Amburgo, Monaco e Colonia; nel 2016 rispetto al valore limite annuo di $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ a Stoccarda si raggiungevano $82 \mu\text{g}/\text{m}^3$. In Francia, i deferimenti sulle zone di qualità dell'aria erano 12, tra cui Parigi, Marsiglia e Lione con concentrazioni annue nel 2016 pari a $96 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (Parigi). Nel Regno Unito, l'attenzione

della Commissione Europea era su 16 zone di qualità dell'aria, tra cui Londra, Birmingham, Leeds e Glasgow; nel 2016 le concentrazioni annue a Londra raggiungevano $102 \mu\text{g}/\text{m}^3$. *Italia, Ungheria e Romania* sono state *deferite* alla Corte di Giustizia per i *livelli elevati di PM_{10}* . Nel dettaglio, nel nostro Paese in 28 zone della qualità dell'aria in Lazio, Lombardia, Piemonte e Veneto, i valori limiti giornalieri sono stati costantemente superati, arrivando nel 2016 fino a 89 giorni. In Ungheria, in 3 zone di qualità dell'aria, Budapest, Pecs e Valle del Sajo i valori limiti giornalieri sono stati costantemente superati arrivando nel 2016 fino a 76 giorni. In Romania, da quando il diritto europeo è divenuto applicabile, nell'agglomerato di Bucarest, il valore limite giornaliero è stato costantemente superato e nel 2016 per 38 giorni. La Commissione ha inoltre inviato ulteriori *lettere di costituzione in mora a Germania, Italia, Lussemburgo e Regno Unito* per aver violato le norme UE in materia di omologazione dei veicoli a motore. (Commissione Europea-comunicato stampa Bruxelles 17 maggio 2018).



CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2019

Programma preliminare

XXXVI Congresso di Cardiologia
del Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus
Firenze, Fortezza da Basso, 28 febbraio, 1-2-3 marzo 2019

Coordinamento: Francesco Prati

GIOVEDÌ 28 FEBBRAIO

I Sessione

Moderatori: Gianni Casella, *Bologna*
Gabriele Guardigli, *Ferrara*

15.00 **Prevenzione dell'infarto: utilità e limiti delle metodiche non invasive.**
TBD

15.15 **Fibrillazione atriale subclinica. Quando prescrivere i NAO?**
Giuseppe Patti, *Roma*

15.30 **Amiloidosi cardiaca: ricordiamoci di cercarla.**
Gianfranco Sinagra, *Trieste*

15.45 **TBD**
TBD

16.00 **Discussione**

16.30 - 18.00
SIMPOSIO
**HOT TOPICS AND EVOLVING ISSUES IN HEART FAILURE:
FROM THE EUROPEAN ASSOCIATION OF HEART FAILURE**

TBD

18.00 - 19.00
Moderated Poster
THE YOUNG AND THE MASTER TOGETHER
Presenters and our distinguished faculty

VENERDÌ 1 MARZO

II Sessione

Moderatori: Giancarlo Piovaccari, *Rimini*
Pierfranco Terrosu, *Sassari*

8.45 **La stenosi aortica nel paziente anziano. Sorprese diagnostiche e soluzioni terapeutiche.**
Claudio Rapezzi, *Bologna*

9.00 **Rivoluzione nella terapia dell'ICTUS. La terapia ripercussiva funziona anche se tardiva.**
Danilo Toni, *Roma*

9.15 **TAVI: come ridurre le complicanze post-intervento.**
Corrado Tamburino, *Catania*

9.30 **La provocazione dello studio ORBITA: l'angioplastica non serve.**
Leonardo Bolognese, *Arezzo*

9.45 **Discussione**

III Sessione

Moderatori: Maria Grazia Modena, *Modena*
Filippo Stazi, *Roma*

10.15 **Fibrillazione atriale nello scompenso cardiaco. Quando ricorrere all'ablazione.**
Riccardo Cappato, *Rozzano - MI*

10.30 **Prevenzione secondaria della cardiopatia ischemica. Va rivisto il valore soglia di 70 mg/dl per la colesterolemia LDL?**
Alberto Zambon, *Padova*

10.45 **Nesso di causalità tra influenza ed infarto. Ipotesi fisiopatologiche e ripercussioni cliniche.**
Raffaele De Caterina, *Chieti*

11.00 **Quanto conta la variabilità della pressione arteriosa?**
Enrico Agabiti Rosei, *Brescia*

11.15 **Discussione**

11.45 **Intervallo**

12.10 - 12.40 LETTURA
L'ipertensione polmonare: diagnosi e cura.
Nazzareno Galiè, *Bologna*

Introduzione TBD

VENERDÌ 1 MARZO

SIMPOSIO HEART TEAM PER LE TAVI

Moderatori: Francesco Prati, *Roma*
TBD

14.30 **Le TAVI in Italia: una crescita disomogenea.**
Giuseppe Musumeci, *Cuneo*

14.45 **L'Heart Team allargato. Una cardiocirurgia per più ospedali.**
Massimo Massetti, *Roma*

15.00 **Pochi sprechi, più efficienza: una medicina che cambia.**
TBD

15.15 **Discussione**

15.45 **Intervallo**

IV Sessione

Moderatori: Mario Motolese, *Roma*
Gaetano Thiene, *Padova*

16.15 **L'arresto cardiaco a riposo e durante attività sportiva. Cause e prevenzione.**
Cristina Basso, *Padova*

16.30 **ICTUS criptogenetico oltre i 60 anni. Il forame ovale va chiuso?**
Achille Gaspardone, *Roma*

16.45 **TBD**
TBD

17.00 **La sigaretta elettronica.**
Giuseppe Biondi Zoccai, *Latina*

17.15 **Oltre il CHA2DS2-VASc nella fibrillazione atriale. Il ruolo dell'atrio nel rischio di ICTUS.**
Alessandro Boccanelli, *Roma*

17.30 **Discussione**

CASI CLINICI E VOI COSA FARESTE?

Moderatori: TBD
TBD

18.00-19.00
Presentazione e discussione di 4 casi clinici.

SABATO 2 MARZO

V Sessione

Moderatori: Laura Gatto, *Roma*
Ciro Indolfi, *Catanzaro*

8.45 **Lo studio PURE ed i misteri della dieta. Possibile che un alto consumo di grassi saturi non faccia male?**
Andrea Poli, *Milano*

9.00 **Angina (epicardica e microvascolare) o precordialgie atipiche. Diagnosi differenziale con la risonanza magnetica.**
Gianluca Pontone, *Milano*

9.15 **TBD**
TBD

9.30 **Coinvolgimento cardiaco nelle malattie neuromuscolari.**
Eloisa Arbustini, *Pavia*

9.45 **Discussione**

10.15 – 11.45
SIMPOSIO
International Guests Symposium
TBD

11.45 **Intervallo**

12.10 - 12.40
LETTURA
TBD

VI Sessione

Moderatori: Rosanna Pes, *Olbia*
TBD

14.30 **PCR alta nonostante impiego di statine nella cardiopatia ischemica. Come va spenta l'infiammazione?**
TBD

14.45 **Confronto tra la chirurgia valvolare aortica tradizionale e l'approccio trans-apicale.**
Ottavio Alfieri, *Milano*

15.00 **La rivoluzione dei farmaci antidiabetici in cardiologia.**
Paolo Verdecchia, *Assisi*

15.15 **Prevenzione dopo una sindrome coronarica acuta. La filosofia del "less is more".**
Pier Luigi Temporelli, *Veruno - NO*

15.30 **Discussione**
16.00 **Intervallo**

DOMENICA 3 MARZO

VII Sessione

Moderatori: Niccolò Marchionni, *Firenze*
Bruno Trimarco, *Napoli*

16.30 **Che ruolo possono avere i NAO nella cardiopatia ischemica stabile?**
TBD

16.45 **TBD**
TBD

17.00 **A quali ipertesi riservare il trattamento intensivo?**
Massimo Volpe, *Roma*

17.15 **Rivaroxaban nella cardiopatia ischemica cronica e arteriopatia obliterante. Razionale e risultati.**
Stefano Savonitto, *Lecco*

17.30 **Discussione**

CASI CLINICI E VOI COSA FARESTE?

Moderatori: TBD
TBD

18.00 - 19.00

Presentazione e discussione di 4 casi clinici.

VIII Sessione

Moderatori: Filippo Crea, *Roma*
Marco Zimarino, *Chieti*

9.15 **L'infarto senza malattia coronarica (MINOCA): qual è la sua prognosi?**
Paolo Camici, *Milano*

9.30 **I danni a lungo termine della sindrome di takotsubo (cardiomiopatia da stress).**
Giuseppe Di Pasquale, *Bologna*

9.45 **Protesi valvolari mitraliche per via percutanea: update 2019.**
Antonio Colombo, *Milano*

10.00 **Che nesso c'è tra fibrillazione atriale, terapia anticoagulante e demenza?**
Claudio Ferri, *Coppito - AQ*

10.15 **La de-escalation therapy dopo SCA. E' ragionevole passare precocemente dal prasugrel (o ticagrelor) al clopidogrel?**
Roberta Rossini, *Cuneo*

10.30 **TBD**
TBD

10.45 **Discussione**

11.15 **Premiazione "Comunicazioni Scientifiche"**

Per le modalità d'iscrizione vedi pagina seguente

Conoscere e Curare il Cuore 2019

SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CONGRESSO

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

COGNOME

NOME

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)

QUOTE DI ISCRIZIONE AL CONGRESSO

Iscrizione (inclusa IVA) <i>(farà fede la data in cui viene effettuato il pagamento)</i>	Entro il 08/01/2019	Dal 09/01/2019
<input type="checkbox"/> Iscritti alla Fondazione (in regola con la quota 2019 di € 75,00)	<input type="checkbox"/> € 250,00	<input type="checkbox"/> € 300,00
<input type="checkbox"/> Non iscritti alla Fondazione	<input type="checkbox"/> € 350,00	<input type="checkbox"/> € 400,00
<input type="checkbox"/> Giovani medici iscritti e non alla Fondazione (nati dopo il 31/12/1984, allegare fotocopia documento)	€ 175,00	
<input type="checkbox"/> Studenti e specializzandi (allegare fotocopia documento ed autocertificazione, reperibile sul sito www.centrolottainfarto.it)	gratuito	
<input type="checkbox"/> One day admission: <input type="checkbox"/> venerdì oppure <input type="checkbox"/> sabato	€ 125,00	

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

MODALITÀ DI PAGAMENTO

(Valide esclusivamente per l'iscrizione al Congresso)

- bonifico bancario IBAN IT24N031110325600000017897, intestato al Centro per la Lotta contro l'Infarto SRL, c/o UBI Banco di Brescia sede di Roma, Via Ferdinando di Savoia, 8 - 00196 Roma
- assegno allegato non trasferibile intestato al Centro per la Lotta contro l'Infarto SRL
- carta di credito circuito VISA
- Carta N°
- Scadenza
- Nome e cognome del titolare della carta

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

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

Data Firma



SCHEDA DI ISCRIZIONE O RINNOVO DI ISCRIZIONE ALLA FONDAZIONE (anno 2019)

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

COGNOME

NOME

CODICE FISCALE.....

DATA DI NASCITA.....

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

VIA.....

CAP..... CITTÀ..... PROV.....

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

e-mail.....

Quota di iscrizione per l'anno 2019 € 75,00

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

MODALITÀ DI PAGAMENTO

(Valide esclusivamente per l'iscrizione alla Fondazione)

- versamento su c/c postale n. 64284003, intestato al Centro per la Lotta contro l'Infarto Fondazione Onlus, Roma;
- bonifico bancario IBAN IT56Y0100503213000000012506, 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 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.

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

Data Firma

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA E PRENOTAZIONI ALBERGHIERE:

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

“

Quando Alessandro de' Medici ordinò di erigere la Fortezza da Basso, impressionante per imponenza e dimensioni, non poteva immaginare che un'opera di difesa militare si sarebbe trasformata nel tempo in un luogo di *“virtute e conoscenza”*.

Con i suoi 50.000 metri quadri coperti la Fortezza da Basso si presenta come uno dei più grandi centri congressuali italiani, con l'indubbio vantaggio di fondere un'ottima logistica al fascino della storia.

Si... la sede ideale per il nostro congresso. Eppure, per chi come me ha seguito per quasi 40 anni Conoscere e Curare il Cuore al Palazzo dei Congressi, cambiare casa non è cosa da poco. Soprattutto non è semplice rinunciare all'auditorium, grande ma allo stesso tempo raccolto.

La Fortezza da Basso è in grado di soddisfare le crescenti esigenze del nostro congresso. Prima tra esse una Sala Plenaria più capiente, capace di accogliere almeno 1600 medici (600 in più), elemento molto importante per un congresso che non prevede sessioni in parallelo. E poi ancora uno spazio espositivo molto ampio e tante aule, ben collegate con la Sala Plenaria e tra loro, che permettono lo svolgimento di mini corsi e della parte scientifica dedicata ai giovani.

Vi aspetto a Firenze
Un caro saluto

Francesco Prati

”

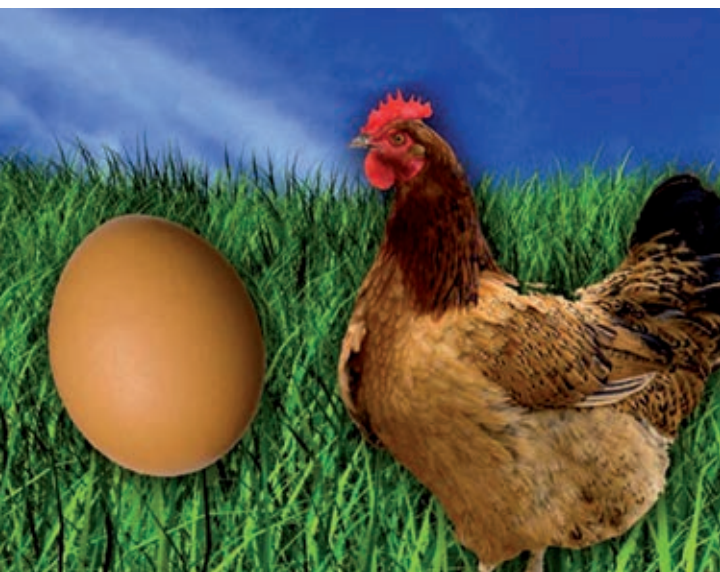
“

Obesità e fumo. Nasce prima l'uovo o la gallina?

È una diatriba che ha visto la luce nel secolo scorso osservando che chi smette di fumare ingrassa. Inizialmente ci si preoccupava della linea, specie le signore, ma poi la medicina ha segnalato che sia il sovrappeso che il fumo erano importanti fattori di rischio per le malattie cardiovascolari e per i tumori. Nell'analisi del comportamento umano si è visto che fumano sia i grassi che i magri, ma se i grassi vogliono dimagrire fumando non gli riesce. Inoltre una dieta poco salutare e l'alcol correlano direttamente sia con l'obesità che con il fumo. Solo l'attività fisica continuativa è inversamente proporzionale sia a quella che a questo, da cui il consiglio di fare sport non agonistico fino a che il fisico lo consente.

Questa stravagante interdipendenza tra obesità e fumo ha fatto scattare la curiosità scientifica in alcuni esegeti delle leggi mendeliane, i quali hanno voluto verificare se fra questi due fattori, apparentemente così distanti fra loro, ci sia un rapporto di causa a effetto, oppure sia solo casuale. Se si mettono a confronto i vari biotipi, uomo e donna, magri e grassi, giovani e anziani, attivi e sedentari, disturbati mentalmente o equilibrati, fumatori di

poche sigarette o di oltre il pacchetto nelle 24 ore, non si trova un rapporto di sicura interdipendenza, e rimane quindi il dubbio se sia nato prima l'uovo o la gallina. Da qui la necessità da parte dei ricercatori di sfrucchiare meglio nella genetica di chi fuma o è astemio, di chi è grasso o magro in rapporto o meno al fumo. In effetti, secondo uno studio di un Centro di Genetica dei tumori di Lione in Francia e dell'Università di Bristol (UK), condotto dal gruppo di Carreras-Torres su oltre 370.000 soggetti (BMJ, maggio 2018), sono stati individuati ben 73 polimorfismi genetici, 12 legati all'aumento del peso corporeo e 44 alla circonferenza della vita. Questi mostrano una franca correlazione fra gli indici di obesità e il numero dei fumatori pregressi e attuali, nonché la quantità di sigarette nelle 24 ore. La sorpresa maggiore è stata però constatare che gli



stessi polimorfismi erano legati anche alla predisposizione al vizio del fumo, come se le due deviazioni dalla norma, ossia da ciò che i salutisti definiscono un corretto comportamento, modificassero le stesse caratteristiche genetiche. Ora manca solo l'intervento di altri esperti, quelli del cervello, che con la risonanza magnetica nucleare individuano le zone dove si maturano i nostri comportamenti, sia i buoni che i cattivi, per vedere se sia possibile modificare con qualche terapia mirata le nostre debolezze. Quasi un nobile tentativo di far regredire la condanna biblica. Per ora gli esperti franco-britannici, che rimangono con i piedi per terra, ci dicono che l'obesità, dovuta alle deviazioni da una sana dieta mediterranea, sta facendo più danni del fumo. Sia perché nel mondo occidentale opulento aumentano le taglie extra-large e il colesterolo, sia per la lieve diminuzione dei fumatori dopo gli allarmi e le leggi costrittive. Purtroppo i due vizi, dicono sempre gli esperti, quando sono uniti si sommano nel procurarci maggiori malattie di quando sono separati, e quindi dobbiamo ridurli congiuntamente.

Non è quindi un problema di primogenitura fra l'uovo e la gallina, ma di genitura delle nostre pulsioni, sempre in agguato, ma sempre correggibile.

E. P.

”



Peperoni ripieni

Ingredienti per 4 persone:

4 peperoni
2/3 patate
Olive denocciolate
Tonno
Pomodorini piccoli rossi tipo piccadilly
Sale q.b.
Olio evo q.b.
Pepe q.b.

Preparazione:

Tagliare a metà i peperoni, pulirli e lavarli. Metterli su una teglia foderata con carta da forno e salarli leggermente. Nel frattempo preparare il ripieno. Lessare le patate e schiacciarle in un recipiente, aggiungere il tonno, le olive e i pomodorini. Aggiustare di sale, pepe e olio. Riempire i peperoni e infornare a 180° per 20 minuti.

Buon Appetito!

aforismi

Io sono l'unico artista copiato dalla natura.

> *Pablo Picasso*

Le nature infedeli stentano a perdonare un'infedeltà.

> *Jean Josipovici*

Non faccio mai l'amore di mattino: fa male alla voce, fa male alla salute, e poi non si sa mai, nel pomeriggio potrei fare un incontro interessante.

> *Enrico Caruso*

Il peccato è l'unica nota di colore che sussiste nella vita moderna.

> *Oscar Wilde*

Le piccole bugie giovano all'amicizia. Le crude verità serbale per i nemici.

> *Ugo Ojetti*

Non ho mai mentito. Ho detto delle cose che in seguito si sono rivelate non vere.

> *Richard Nixon*

I risparmi sono una cosa molto buona, soprattutto se i tuoi genitori li hanno fatti per te.

> *Winston Churchill*

È più facile riconoscere un bugiardo che uno zoppo.

> *Proverbio luganese*

Non disturbate il cretino che lavora!

> *Leo Longanesi*

Il momento più importante della vita sono i primi cinque minuti: da come ti sorride l'infermiera, lo capisci subito se sei nato figlio di papà.

> *Gianni Monduzzi*

L'uomo di cinquant'anni è responsabile per la sua faccia.

> *Edwin M. Stanton*

Si può resistere all'invasione degli eserciti; non si resiste all'invasione delle idee.

> *Victor Hugo*

L'amore non riceve mai per appuntamento.

> *Proverbio toscano*

Ha sempre preferito il chiaro di luna al sole dell'avvenire.

> *Anonimo*

Gli italiani non hanno costumi, hanno usanze.

> *Giacomo Leopardi*

Con la ricchezza crescono le preoccupazioni, con la povertà non diminuiscono.

> *Orazio*

Mi spiace molto per Carlo Levi, ma Cristo a Eboli non c'è mai stato.

> *Giuseppe Martinelli*

Sono circondato da persone che sembrano comparse del padrino.

> *Woody Allen*

Domando al fratello del nonno, vecchio garibaldino: "Dimmi, che tipo era Garibaldi?", "Garibaldi? Cosa vuoi che ti dica: Garibaldi era Garibaldi".

> *Leo Longanesi*

In Inghilterra il caffè ha sempre il gusto di un esperimento chimico.

> *Agata Christie*

Sostenete e diffondete

Cuore e Salute

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

- La quota minima annuale di iscrizione alla Fondazione in qualità di Aderente è di € 25.00.
- Con un contributo di € 30.00 gli Aderenti alla Fondazione, possono richiedere il volume degli Atti del *Congresso Conoscere e Curare il Cuore* o gli Atti online.
- Coloro che desiderano offrire **Cuore e Salute** ai loro amici, debbono fornire l'indirizzo del destinatario unitamente al versamento della quota d'iscrizione. Sarà cura della segreteria informare dell'avvenuto omaggio (*).



MODULO PER ISCRIVERSI ALLA FONDAZIONE O PER ISCRIVERE UN AMICO

DESIDERO: ISCRIVERMI RINNOVARE L'ISCRIZIONE ISCRIVERE UN AMICO AL
CENTRO PER LA LOTTA CONTRO L'INFARTO - FONDAZIONE ONLUS

COGNOME NOME

CODICE FISCALE

VIA CAP CITTÀ

PROV. NATO A. IL

E-MAIL CELL

(*) nominativo di chi offre Cuore e Salute

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

- VERSAMENTO SU C/C POSTALE N°64284003
- BONIFICO BANCARIO IBAN 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**
- DIRETTAMENTE PRESSO LA NOSTRA SEDE

AI NOSTRI LETTORI

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

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



Centro per la Lotta contro l'Infarto
Fondazione Onlus

Capire per prevenire

5X1000

LA NOSTRA RICERCA HA BISOGNO DEL TUO AIUTO!

Una scelta che fa bene al cuore

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

COME DESTINARE IL TUO 5 X1000

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

Firma per la prevenzione

oppure

Firma per la ricerca

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

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

FIRMA *Mario Rossi*

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

Finanziamento della ricerca scientifica e della università

FIRMA *Mario Rossi*

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

SEGUICI SU: www.centrolottainfarto.it

CCC 2019

NUOVA SEDE



FIRENZE

Fortezza da Basso