

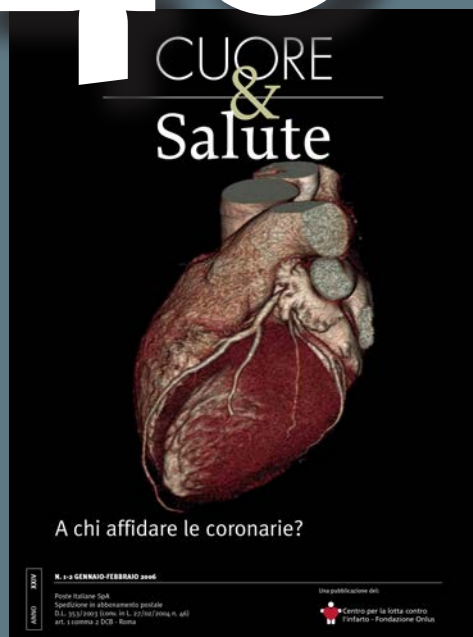
Cuore e Salute

N. 7-9 luglio - settembre 2022



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

40 anni



ANNO XXXV • 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

CUORE E SALUTE • N. 7-9 LUGLIO-SETTEMBRE 2022

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

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



Centro per la Lotta
contro l'Infarto
Fondazione Onlus

di Antonella Labellarte



DIETA CHETOGENICA OVVERO DIETA DI SUCCESSO. E SE LA DIETA FUNZIONASSE DAVVERO?

di Alessandra Iacoponi

Vi siete mai posti la domanda sul perché così spesso le diete non funzionano?



SE IL CUORE CEDE, CERCA IL TUMORE

di Eligio Piccolo

*Nel mio Veneto vige un proverbio antico: "daghe al can che el xe rabioso",
il cane rabbioso viene sempre bastonato...*



FORAME OVALE PERVIO E MALATTIA DA DECOMPRESSIONE: COME COMPORTARSI?

di Mattia Basile

*Il forame ovale pervio (FOP) è una comune anomalia cardiaca presente in circa il 30%
della popolazione generale.*

SOSTIENICI

Web designer Donata Piccioli

www.centrolottainfarto.org



Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Presidente
Francesco Prati

Presidente onorario
Mario Motolese

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

EDUCAZIONE SANITARIA

Il CLI promuove l'educazione sanitaria attraverso:

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

CULTURA MEDICA

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

RICERCA SCIENTIFICA

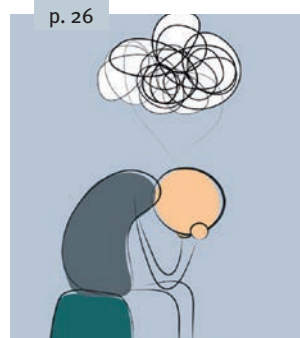
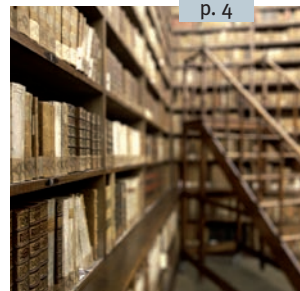
Il CLI ha avviato un innovativo programma di ricerche sperimentali rivolte a prevenire ed individuare le cause e i meccanismi dell'infarto. Il programma, che comprende tre filoni: la prevenzione, il riconoscimento delle cause ed il miglioramento delle cure, prevede l'applicazione di strumentazioni d'avanguardia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

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

S O M M A R I O

N. 7-9/2022

- 4 • **I nostri primi quarant'anni** Pier Francesco Prati
- 8 • **Ucraina: guerra alla ricerca!** Filippo Stazi
- 10 • **Il pensiero breve** Eligio Piccolo
- 12 • **Evidence Based Gastronomy (un tributo a Martin Gardner)**
Enrico Delfini
- 15 • **Medicina Medievale**
I primordi della medicina [F.S.]
- 16 • **Diecimila passi** Filippo Stazi
- 18 • **Qualche secondo di buon umore**
- 19 • **Anche il cuore ha "Il tallone di Achille"** Alberto Dolara
- 23 • **HDL. Buono da morire? [F.S.]**
- 24 • **Un calcio al calcio** Eligio Piccolo
- 26 • **CCC 2021**
Correlazione tra fattori di rischio e declino cognitivo
C. Cavallaro intervista G. Desideri
TAVI: procedure a basso rischio
F. Prati intervista F. Saia
- 32 • **I tempi del cuore** Eligio Piccolo



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

Direttore Responsabile
Filippo Stazi

Vice Direttori
Elegio Piccolo
Francesco Prati

Coordinamento Editoriale
Marina Andreani

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

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

Ufficio abbonamenti e pubblicità
Maria Teresa Bianchi

Progetto grafico e impaginazione
Valentina Girola

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

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



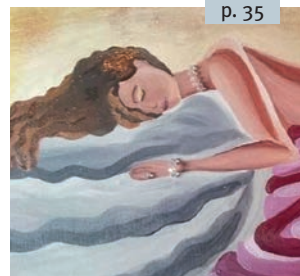
Abbonamento annuale
Italia € 25,00 - Estero € 35,00

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

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



- 35 • **Caso tipico di malattia del sonno in ragazza dodicenne**
Cherubino Pesa
- 39 • **Poesia ricreativa [E.P.]**
- 40 • **Lettere a Cuore e Salute**
- È corretto dividere le pasticche? Filippo Stazi
- 41 • **Frasario, gestualità, scrittura. Nuovi modi per comunicare**
Gianni Gasbarrini Fortuna
- 46 • **Dal sito del CLI**
Il tempo che passiamo seduti si correla alla mortalità cardiovascolare? Camilla Cavallaro
Miopericardite e vaccinazione anti Covid-19: risultati da una coorte nordeuropea Simone Budassi
- 50 • **In Russia il cardiologo è donna** Eligio Piccolo
- 53 • **Ecologia della mente**
Creatività: la sintesi magica Bruno Domenichelli
- 54 • **La ratio degli "incontri" della "scuola beneventana" [Cecco Gambizzato]**
- 55 • **Conoscere e Curare il Cuore 2022**
- 61 • **Il cuore in cucina**
- 62 • **Aforismi**



Preghiera di Sir Robert Hutchinson

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

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

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



di Francesco Prati

I nostri primi quarant'anni

Quarant'anni fa, quando nacque la Fondazione Centro per la Lotta contro l'Infarto, aggiornarsi su una tematica cardiologica di interesse o scrivere un lavoro scientifico era impresa ardua.

Nel 1982 internet non c'era e non esistevano neppure le linee guida. Nei pochi eventi congressuali internazionali non si era ancora consolidata l'abitudine di presentare i lavori scientifici importanti come *Late Breaking Trials*. I testi di medicina, gli atti dei congressi e le riviste cartacee erano le uniche forme di aggiornamento.

Ricordo interi pomeriggi spesi per raccogliere a fatica una raccolta bibliografica tra i polverosi scaffali di una biblioteca e le lunghe file davanti alla fotocopiatrice. Fotocopiare richiedeva tempo e perizia. Si trattava di inquadrare bene il testo, spingere a fondo sui bordi della rivista rilegata e sperare che la macchina non si inceppasse. Alla fine, la soddisfazione per essersi impossessati a fatica del testo era tale che il lavoro non veniva neanche letto.

L'esperienza clinica era centrale; le occasioni di





Auditorium Palazzo dei Congressi, Firenze

confronto con i colleghi erano poche. Non c'era ancora l'abitudine di documentare i risultati di terapie con i registri clinici e gli eventi congressuali rappresentavano un momento fondamentale. Questo era *Conoscere e Curare il Cuore* nel 1982; non c'erano i-Pad, telefoni cellulari in grado di registrare o fotografare, nè siti web da dove scaricare diapositive. Occorreva una penna, un taccuino e voglia di ascoltare.

Provate a leggere gli atti delle prime edizioni di *Conoscere e Curare il Cuore*. Dimenticate le mail cui non

avete ancora risposto o le lettere di dimissione non ancora evase, lasciate il cellulare in modalità aereo ed ignorate le scadenze degli abstract. Prendete trenta minuti della vostra giornata, per riflettere, come avrebbe fatto un medico nel 1982.

Sorprende innanzi tutto lo stile, prosaico in alcuni passaggi. Lo stile, volutamente elegante, era rivolto ad un lettore attento, che evidentemente non cercava solamente un testo scientifico, ma aveva il gusto della lettura e gradiva uno stile narrativo. Vi ripropongo un passaggio del testo di mio padre sulle bizzarrie dell'angina pectoris. "Col trascorrere degli anni, molti medici, ed io tra loro, scoprono un' inaspettata inclinazione a frugare tra le vecchie pagine della medicina. A pensarci bene, la cosa non è poi tanto strana, costituendo la versione professionale della tendenza dell'uomo non più giovane a voltarsi indietro piuttosto che a guardare avanti. Ma da questo osservatorio retrospettivo, di cose interessanti se ne vedono parecchie! E il discorso vale anche per i modi bizzarri di presentarsi dell'angina pectoris. Vorrei proporvi un viaggio all'indietro. La destinazione è Londra, gli anni sono quelli compresi tra il 1772 ed il 1797, luogo di incon-

tro è St George's Hospital, ove si sta svolgendo un'affascinante operazione culturale rivolta a riconoscere le espressioni cliniche e l'eziologia dell'angina pectoris".

Da molti testi dell'epoca affiorava una cultura umanistica. Ecco un breve passaggio del testo del prof. Dalla Volta, in-

do sull'uomo il suo interesse impara a conoscerlo".

Perché voltarsi indietro per celebrare i 40 anni di attività della nostra Fondazione? Non c'è dubbio che un po' possa immalinconire, ma serve. E' utile per valutare il cammino intrapreso, vedere con soddisfazione i cambiamenti conseguiti, e non rinunciare alla saggezza di chi ci ha preceduto.

Diciamo la verità, in un'era tecnologica esasperata, qualche piccolo cambiamento di rotta non farebbe male. Lo sviluppo tecnologico non deve diventare tecnicismo ed il paziente deve rimanere al centro del nostro percorso di diagnosi e terapia. Questa operazione non è affatto semplice in una medicina che riconosce il DRG come strumento per valorizzare economicamente le prestazioni mediche.

Mi piace pensare che l'attività divulgativa della nostra Fondazione, con il congresso Conoscere e Curare il Cuore, il sito web centrolottainfarto.org inaugurato due anni fa e la rivista Cuore e Salute contribuisca a reggere il timone in modo corretto.

Da tempo sosteniamo con forza la necessità di accogliere una medicina personalizza-



centrato su di un argomento filosofico: che cos'è un cardiologo clinico negli anni 80. " La cultura umanistica è quindi alla base del procedimento logico della clinica non solo perché essa aiuta a liberarsi dal dogmatismo, perché centran-

ta o di precisione. Si tratta di riproporre in un'ottica moderna dei vecchi insegnamenti; il concetto della pillola per tutti, "one pill fits all", può essere gradita all'industria ma si sposa male con il tentativo di collocare il paziente al centro delle nostre cure.

Negli ultimi cinque anni Conoscere e Curare il Cuore ha inaugurato la parte scientifica rivolta ai giovani; nell'obbiettivo di dare spazio alla ricerca italiana e di inserirla in un robusto contesto clinico. Pubblicare è una gran cosa; il progresso della medicina poggia su ricerche che vanno pubblicate e rese accessibili. Penso tuttavia che sia importante collocare sempre (o perlomeno spesso) la propria ricerca all'interno della clinica, anche se basata su tecniche o concetti fisiopatologici molto specialistici. Ma soprattutto ritengo che sia utile partire dall'osservazione clinica (vi-

vere la corsia) per migliorare la ricerca, rendendola più fruibile per il paziente.

Presiedo la Fondazione del Centro per la lotta contro l'Infarto da più di dieci anni, un lasso di tempo sufficiente per tirare le somme. Penso di aver fatto arrabbiare il nostro affezionato pubblico medico in due occasioni. La prima fu quando, all'inizio, proposi di abolire gli atti in forma cartacea, confidando nella presenza di un ottimo sito dove erano disponibili gli atti, le diapositive ed i filmati delle presentazioni più la pubblicazione elettronica sul prestigioso *European Heart Journal Suppl.* Fu un passo falso! "Sei pazzo, io ho tutti gli atti nella mia libreria, a partire dal 1982" fu il commento più tenero. Rileggendo le vecchie edizioni ho compreso cosa volesse dire mantenere la collana che ora comprende 40 pubblicazioni.

Mi fu anche contestata dai meno giovani la decisione di spostare la sede congressuale dal Palazzo dei Congressi alla Fortezza da Basso, più capiente e, come si direbbe ora, facendo inorridire i nostri maestri, più performante (nel 2019 in epoca pre-COVID abbiamo riempito per intero una sala da oltre 1700 posti!). L'anfiteatro della sede congressuale racchiudeva e in un qualche modo consacrava 30 anni di cardiologia. I medici con i capelli bianchi sono cresciuti con il fascino della prima fila, riservata ai maestri della cardiologia, dove si celebrava il rito di una medicina probabilmente più colta, certamente più austera. I medici appena specializzati invece non se ne sono accorti. "Bella location la Fortezza da Basso" hanno commentato i più. Tiriamo dritto amici e colleghi, ma ogni tanto voltiamoci indietro; il passato non va dimenticato.



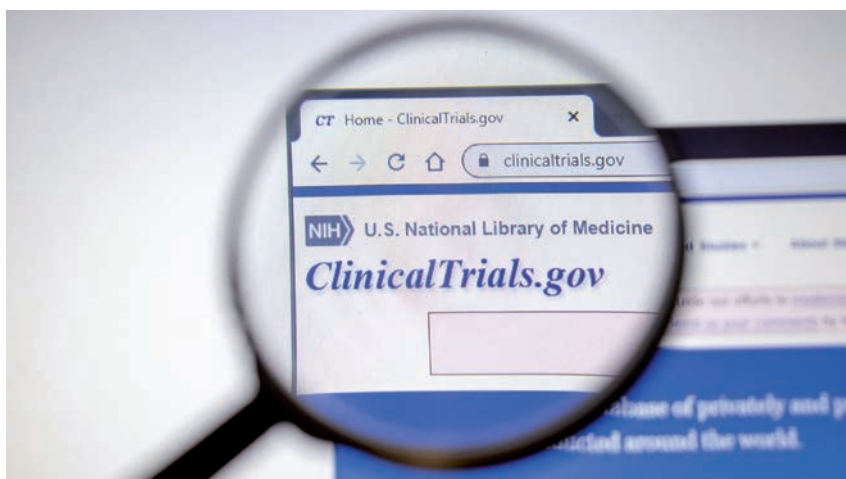
di Filippo Stazi

Ucraina: guerra alla ricerca!

*Cantami, o Diva, del Pelide Achille
l'ira funesta che infiniti addusse lutti agli Achei
(Iliade - Omero)*

All'alba del 24 febbraio scorso l'esercito russo ha invaso l'Ucraina. Lunghi da noi stabilire torti e ragioni che, come sempre nell'umano vivere, sono da ripartire tra tutti i contendenti. Comunque sia da quel giorno l'ira funesta di Putin sta adducendo infiniti lutti e danni, umani ed economici, non solo alle due nazioni in lotta, ma anche a gran parte del resto del mondo. Dei morti, dei feriti, delle distruzioni delle città, del dramma dei profughi, delle conseguenze economiche delle sanzioni, dei tagli alle forniture energetiche siamo ampiamente informati dal continuo tam tam mediatico. Sono invece poco note le negative ripercussioni del conflitto nel settore della sperimentazione medica.

L'Ucraina, infatti, era divenuta nel corso degli anni uno dei paradisi della ricerca clinica e polo di attrazione per praticamente tutte le case farmaceutiche mondiali. Al momento dell'inizio delle ostilità erano in corso nel paese ben 400 trials come risulta dal sito ClinicalTrials.gov, sorta di "catastro" ufficiale della ricerca medica. Il minor costo della vita e del lavoro nel paese slavo rispetto alle nazioni occidentali e le attraenti



politiche fiscali, in gioco in tutte le delocalizzazioni delle attività imprenditoriali, non sono la sola spiegazione del fenomeno. A favore dell'Ucraina ha infatti svolto un ruolo importante la marcata centralizzazione del sistema sanitario, in cui i pazienti sono indirizzati a istituzioni specializzate per patologia (ospedali cardiologici, ospedali oncologici e via dicendo) di grosse (dai 3000 ai 5000 posti letto) dimensioni. Una tale concentrazione di malati con le stesse patologie è un intuitivo e indubbio vantaggio per chi deve condurre trials clinici. Un secondo aspetto da considerare è la convinzione radicata nella popolazione ucraina che la partecipazione alle sperimentazioni fornisca la possibilità di usufruire delle cure più avanzate. Terzo punto da non sottovalutare è poi la motivazione della classe medica di quel paese di affermarsi nella comunità scientifica, recuperando gli anni di isolamento dei decenni precedenti. Infine, il contributo economico che le case farmaceutiche riconoscono agli sperimentatori per ogni paziente arruolato fornisce un ulteriore stimolo, soprattutto nei paesi, come appunto l'Ucraina, in cui gli stipendi sono inferiori



Ucraina in guerra

rispetto a quelli delle nazioni più economicamente sviluppate. Come risultato di tutto questo in Ucraina il tasso di arruolamento dei pazienti nei trials era dalle 3 alle 7 volte superiore a quello dell'Europa occidentale e degli Stati Uniti. Nei primi tempi alcune case farmaceutiche avevano addirittura temporaneamente sospeso le sperimentazioni perché temevano, sospetto successivamente fugato, che un tale tasso di inclusione non fosse reale. La guerra, purtroppo, ha interrotto tutto questo. Sotto le bombe è infatti difficile mantenere la lucidità per proseguire a raccogliere dati clinici ma anche se ciò fosse possibile altri problemi rendono estremamente arduo portare avanti i trials clinici. In primo luogo chi era in grado di farlo, sia personale sanitario che malati, ha abbandonato le città orientali più colpite dal conflitto, come Kharkiv, Sumy e Chernihiv con il risultato che gli ospedali dell'est

sono vuoti mentre quelli dell'ovest risultano sovraccarichi di pazienti. In aggiunta buona parte delle strutture che erano adibite alla ricerca sono state riconvertite per fornire assistenza alle vittime del conflitto. Infine, il rifornimento logistico dei farmaci oggetto delle sperimentazioni diventa, durante una guerra, difficile, pericoloso ed antieconomico.

Non sappiamo quando e come la guerra in Ucraina avrà fine, non sappiamo come sarà il mondo che vedrà la fine delle ostilità, non sappiamo quali saranno le conseguenze nel lungo periodo di tale disputa, sappiamo però, purtroppo, che dal 24 febbraio la velocità di marcia della ricerca medica è bruscamente rallentata, sappiamo che molti farmaci diverranno di uso clinico più tardi del previsto e sappiamo anche che, sfortunatamente, ci saranno pazienti che non faranno in tempo, per colpa della guerra, a beneficiare di quei farmaci.

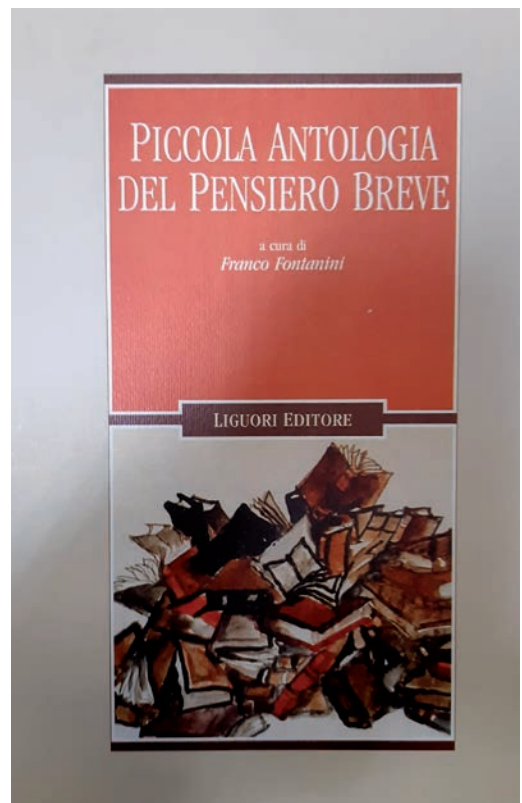


di **Eligio Piccolo**

Il pensiero breve

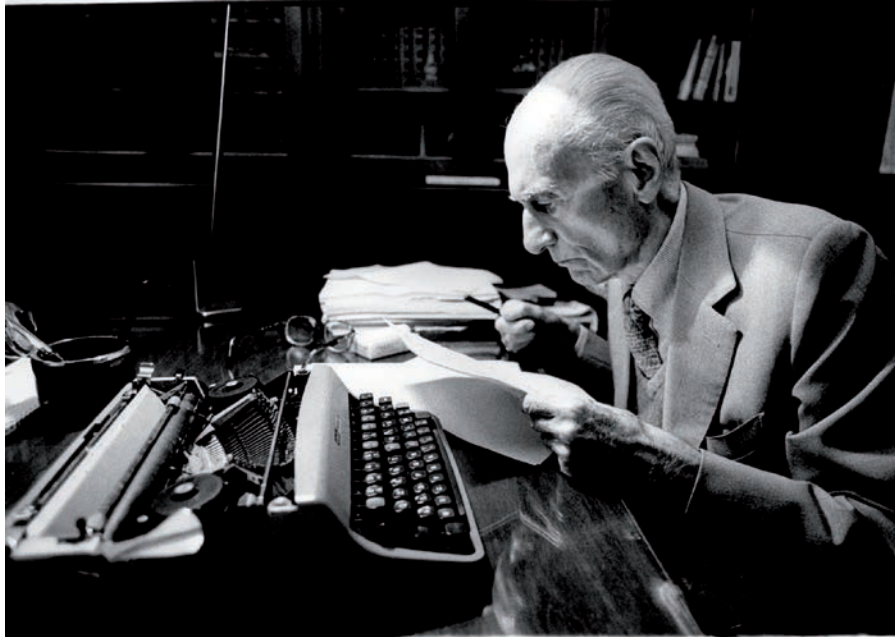
Ricordo che quando Franco Fontanini (1925-2016) mandò alle stampe la sua ampia raccolta di aforismi, dalla quale ancora oggi Filippo Stazi spiluca qua e là per chiudere in sapienza Cuore e Salute, mi espresse la sua perplessità sul titolo che l'Editore gli aveva proposto: "Piccola antologia del pensiero breve". Ma poi lo accolse con entusiasmo poiché, ritengo, gli avesse spalancato l'idea che in fondo il pensiero umano che meglio esprime la realtà e forse anche la verità è quello in cui si riesce a togliere ogni orpello o divagazione, spesso legati al proprio egocentrismo, alla vanità di mettere in luce il proprio contributo. Proprio quell'idea che Franco invece riusciva a dare con grande sensibilità nei suoi racconti di vita o di altre vite più o meno celebri. Egli era un esempio ben riuscito di certi personaggi del suo tempo, il '900, che con Anton Cechov avevano contemperato l'indole artistica con la vocazione di fare il medico, anche perché "carmina no dant panem", e si trovava a suo agio nel rincorrere i brevi pensieri dei Wilde, Einstein, Kafka, Longanesi e Voltaire.

Si racconta che il grande compositore di musica, il tedesco Johannes Brahms, dichiarasse: "Comporre musica non è difficile, estremamente difficile è eliminare le note superflue". E su questo apparente paradosso vi commenta Gianfranco Ravasi: "chi conosce la sua musica nelle varie espressioni (si pensi ai Lieder) riesce a comprendere la verità di tale affermazione". E poi ancora



il Cardinale ricorda che “il mistico tedesco Meister Eckhart, contemporaneo di Dante, affermava che solo la mano che cancella può scrivere la verità”. E proseguiva: “questa ascesi è applicabile pure per la parola detta: solo purificandola e semplificandola non decade in vaniloquio o in chiacchiera. Anzi alonandola di silenzio si può renderla più autentica ed efficace”. Anche Giacomo Leopardi nel darci l’idea del suo Infinito diceva: “E come il vento/ odo stormir fra queste piante, io quello/ infinito silenzio a questa voce/ vo comparando: e mi sovvien l’eterno”. Mentre lo scrittore francese Alfred de Vigny rincarava: “Solo il silenzio è grande, tutto il resto è debolezza”. Alla luce di queste illuminate riflessioni, ho pensato molte volte, leggendo gli articoli di medicina scientifica, all’esubero di parole e di commenti nell’introdurre o nel discutere un argomento che già nei risultati aveva tutta la spiegazione del concetto, creando spesso incertezza e confusione nel medico che li legge, se non ha sufficiente scaltrezza, nel superare

il superfluo e sottolineare ciò che veramente gli serve di mandare a memoria. Credo che lo stesso fastidio si produca in molti lettori di periodici, dove le firme più prestigiose, quelle che si sono accreditate nei loro libri e nei talk show, diluiscono in quattro o cinque colonne un pensiero che potrebbe essere espresso solo in una e forse meno. Un fastidio che fa perdere al lettore, specie se anziano, il filo del concetto voluto dal giornalista già alla seconda



Indro Montanelli

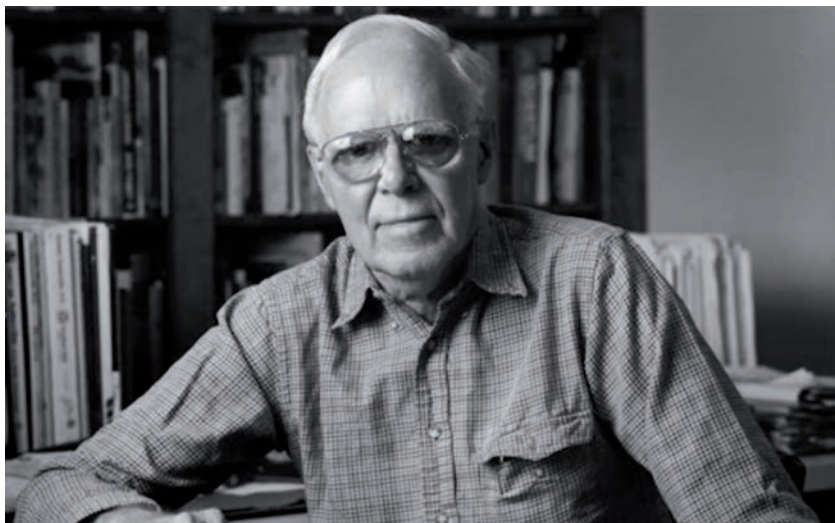
colonna, lo costringe ad arrancare fino alla fine e poi rileggerlo nuovamente, se nel frattempo non ha perso la pazienza. Quante volte ho pensato a Indro Montanelli, che già nel titolo “Il rieccolo” o “turandoci il naso” aveva fatto la sintesi di ciò che avrebbe detto in una colonna, colonna e mezza, continuando a divertirci nel suo toscano schietto e colmo di rispettosa ironia. Credo di essermi spiegato e dilungato anche troppo per dire, modestamente, il mio pensiero breve nel ricordo dell’incomparabile Franco a pochi anni dalla sua scomparsa.



di Enrico Delfini

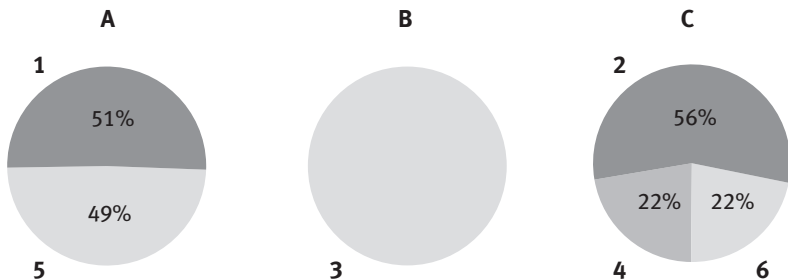
Evidence Based Gastronomy (un tributo a Martin Gardner)

C'era una volta un professore di matematica che mangiava sempre alla stessa trattoria; una trattoria alla buona, tant'è vero che il menu era praticamente obbligato: ad esempio come dolce non era possibile scegliere alla carta, ma ogni giorno ne veniva offerto un solo tipo, a rotazione Ananas, Budino e Crostata. Il professore ogni giorno prendeva meticolosamente degli appunti misteriosi. Il cameriere gli chiese spiegazione, e il professore spiegò: "Prendo nota del gradimento che i vari dolci mi provocano, e ho scoperto che, attribuendo dei valori di piacevolezza secondo un metodo oggettivo e rigoroso, basato sulle prove (Evidence Based Gastronomy), il Budino mi piace sempre "3", mentre l'Ananas a volte mi piace molto "5", a volte solo "1", la Crostata infine ottiene un gra-



Il Prof. Martin Gardner

dimento molto vario, dal "2" al "6". Possiamo immaginare tre meccanismi del tipo "ruota della fortuna" come questi



che esprimono le probabilità e i rispettivi punteggi per ogni portata.”

Il cameriere, che non voleva passare per ignorante, andò in cucina a fare due conti e tornò trionfante: “Professore, ho scoperto quale dolce le piace di più!” e mostrò i suoi conti da cui risultava correttamente che il gradimento atteso medio era di 2,96 per A, di 3 per B e di 3,32 per C. Ne risulta, se vogliamo usare il linguaggio di voi professori, che

(1) $C > B > A$

Col passare degli anni; la trattoria si ingrandì; ora, ogni giorno, la cucina offriva la scelta, a rotazione, tra due delle tre portate. Con sorpresa del cameriere, il cliente non ordinava secondo quanto previsto dalla (1). “Se la scelta è tra A e B, spiegò il professore, è chiaro che B mi darà un punteggio maggiore nel 51% dei casi; e tra B e C, sarà B a darmi il risultato migliore nel 56% dei casi, mentre C sarà meglio di A nel 61,78% delle volte (il conto è facile da fare). Ne consegue che, applicando i rigorosi criteri della EBG,

(2) $B > C > A$ che è diversa da **(1)**





Il cameriere ci restò un po' male, ma qualche giorno più tardi, pensò di poter mettere in difficoltà il professore. Era il compleanno del cuoco, e perciò, in via eccezionale, quel giorno, il menu contemplava la scelta fra tutte e tre le portate. “Come la mettiamo oggi, professore, facciamo valere la (1) e le porto la Crostata, o facciamo valere la (2) e le porto il Budino?”

“Non sia mai, replicò il professore, se la scelta è fra tre portami senz'altro l'Ananas!” E passò a dimostrare che, con tre scelte, B darà il risultato migliore solo se contemporaneamente A dà 1 e C dà 2, cioè nel 51% del 56%, vale a dire nel 28,56%. C vincerà sempre col 6 (22%) e col 4 solo se A dà 1 (51% del 22%), per un totale di 33,22%.

Nel restante 38,22% dei casi prevarrà A.

Ne risulta (l'EBG non mente) :

(3) $A > C > B$ che è diversa sia da **(1)** che da **(2)**

A questo punto sapete rispondere alla semplice domanda: qual è il dolce preferito dal professore?

Se siete in difficoltà, avete pienamente ragione. Dove è il trucco? Nessun trucco; solamente non si è preventivamente stabilito quale significato dare al concetto di “migliore”. Il bello (o il preoccupante) è che una confusione di questo tipo siamo tutti portati a farla, anche in campi diversi.

Invece che in campo gastronomico, possiamo immaginare di avere a che fare con produzioni agricole, o con rendimenti finanziari...i risvolti che ne derivano possono essere davvero sconcertanti.

Possiamo anche aggiustare le cifre dei vari punteggi: abbassando i risultati di A (per es. 0,2 e 4,2, il suo valore medio si riduce a un misero 2,16, ma il suo piazzamento in (3) sarà sempre il migliore. Analogamente potremmo aumentare i suoi punteggi (1,8 e 5,8) cosicché con una media di 3,76 sarebbe nettamente primo in (1), pur restando ultimo in (2).

Quello che, a mio parere, sgonfia maggiormente, è il fatto di trovarci di fronte a risposte ambigue, anche dopo aver affrontato il problema in maniera aritmetica, affidandoci alla Scienza considerata la più esatta e imparziale di tutte, appunto la Matematica.

(N.d.A.: non ho preso in considerazione le eventuali conseguenze nel campo della medicina, perché la Evidence Based Medicine è tutta un'altra cosa)

“

MEDICINA MEDIEVALE

I primordi della medicina

Riportiamo a seguire un testo dell'alto medioevo sulla nascita dell'arte medica.

Si narra che il creatore e scopritore dell' arte medica tra i Greci sia stato Apollo. La accrebbe poi di efficacia e di prestigio il figlio di lui Esculapio. Ma, dopo che Esculapio morì colpito dal fulmine di Giove si dice che l' arte curativa si interruppe e si estinse insieme col suo autore,

restando inaccessibile per circa cinquecento anni, fino all' epoca del re dei Persiani Artaserse.

Fu allora che Ippocrate, figlio di Esculapio, nato nell' isola di Kos, la riportò alla luce della conoscenza.

Ippocrate, fu generato da Esculapio ma ebbe per padre legittimo Eraclide e fu cittadino di Chio. Dopo aver peregrinato per tutte le città ed essersi fatto consapevole della propria bravura, se ne venne ad Atene e trovò quella città preda di un' epidemia; cercava quindi come curare gli ammalati.

Fu così che scoperse che i fabbri e tutte le altre persone

che lavoravano valendosi del fuoco avevano corpi in perfetta salute; comprese così che quella città doveva essere purgata col fuoco. Uscito dall' abitato, ordinò che si ammassassero grandi cataste di legna e circondò la città con una cortina di fuoco; dissolse così quell' aria, l' epidemia cessò. Gli Ateniesi, riconoscenti per il benefico intervento di Ippocrate, gli innalzarono una statua di ferro con la scritta: "A Ippocrate, nostro salvatore e benefattore".

Isola di Kos (resti archeologici)

F.S.

”

Diecimila passi

Alzi la mano chi non ha mai sentito dire che bisogna camminare 10.000 passi al giorno per mantenersi in buona forma fisica e preservare il cuore dalle malattie. Alzi ora la mano chi conosce da dove questa affermazione abbia trovato origine. Vedo molte meno braccia alzate. Ipotizzo, con scarso timore di sbagliare, che la maggior parte di noi immagini che questo comandamento sia stato dato a Mosè sul Monte Sinai in appendice alle altre più famose dieci parole. Altri, la minoranza meno religiosamente osservante, probabilmente penserà che l'indicazione sia derivata da qualche studio epidemiologico, forse il famigerato Framingham e che sia stata poi costantemente ribadita nel tempo, dalle varie linee guida pubblicate sulla prevenzione cardiovascolare. Sbagliato. L'imperativo dei 10.000 passi al giorno è nato in Giappone, a metà degli anni '60, dalla combinazione di genio imprenditoriale e intuito pubblicitario. Nel 1965, infatti, l'azienda giapponese Yamasa Tokei lanciò



sul mercato un pedometro capace di tenere la contabilità del movimento di una persona fino al raggiungimento dei 10.000 passi. Il prodotto venne chiamato Mankopei, il metro dei 10.000 passi, e qualche geniale suddito dell'imperatore del sol levante si inventò lo slogan pubblicitario "let's



pressione arteriosa di 11 millimetri di mercurio nelle donne in postmenopausa, anche se l'aumento del numero di passi giornalieri ha fallito l'obiettivo dei 10.000 passi, fermandosi a circa 9.000. Un'analisi dei dati del NHANES statunitense, infine, ha mostrato un beneficio in termini di mortalità nei soggetti che facevano più di 8.000 passi al giorno rispetto a quelli con meno di 4.000. Il superamento dei 10.000 passi non si associava, invece, ad un ulteriore progressivo incremento della sopravvivenza.

Fare 10.000 passi al giorno, in conclusione, è un obiettivo sicuramente apprezzabile e vantaggioso ma anche livelli più bassi di attività fisica sono comunque benefici. Fissare una soglia di esercizio può a volte produrre effetti controproducenti, scoraggiando coloro cui può sembrare eccessiva. Incentivare l'abitudine di una passeggiata quotidiana, invece, fornisce i suoi frutti indipendentemente dal conteggio dei passi giornalieri, perché quando si parla di attività fisica poco è senz'altro meglio di niente e il beneficio più grande si ottiene proprio nel passare dal non fare nulla al fare qualcosa, anche se poco.

walk 10.000 steps a day!”, (facciamo 10.000 passi al giorno). Il successo dello slogan è stato enorme e i 10.000 passi al giorno sono divenuti un mantra per tutti coloro che si occupano di attività fisica.

La soglia dei 10.000 passi al giorno è quindi arbitraria ma ha comunque un suo razionale. La maggior parte delle persone compie, infatti, tra i 5.000 e i 7.500 passi al giorno. Aggiungendo 30 minuti di camminata alla routine quotidiana, si ottengono, grossomodo, proprio quei 3.000 o 4.000 passi in più, che conducono alla soglia dei 10.000. Fissare un obiettivo di 10.000 passi è, quindi, una scorciatoia potenzialmente utile per stimolare le persone ad incrementare i propri livelli di attività fisica. In realtà ciò che conta maggiormente è l'aumento del numero dei passi quotidiani anche in assenza del raggiun-

gimento di quota 10.000. In una coorte di 2.110 adulti dello studio CARDIA, ad esempio, i soggetti con un numero giornaliero di passi più elevato presentavano tassi più bassi di mortalità per tutte le cause. È però interessante notare che quelli con una media di 7.000-10.000 passi al giorno hanno avuto risultati simili a coloro che camminavano per più dei famosi 10.000 passi. In un altro studio condotto in Canada, soggetti diabetici sono stati randomizzati alle cure abituali o alla prescrizione di esercizio fisico. I secondi hanno incrementato il conteggio dei passi giornalieri da 5.000 a 6.200. Sebbene l'aumento fosse inferiore a quanto sperato dai ricercatori, ha comunque comportato miglioramenti nel controllo della glicemia. In un altro studio, un programma di 24 settimane di camminate regolari ha ridotto la

Qualche secondo di buonumore

Un frate si presenta in Paradiso. "Aprite!"

"Chi è?"

"Un cappuccino"

"Nessuno l'ha ordinato!"

Il Papa porta ai bambini somali giocattoli in dono. Qualcuno gli fa notare: "Eminenza, guardi che i bambini non mangiano"

"Non mangiano!? allora niente giocattoli".

Napoli: "Ho 10 figli; si chiamano tutti Gennarino"

"E come fai a distinguerli?"

"Li chiamo per cognome!".

Due preti ragionano sulle nuove riforme nella Chiesa, e uno fa all'altro:

- Secondo te ci arriveremo a vedere abolito il celibato ecclesiastico?


- Eh, noi no di certo! I nostri figlioli, magari...


Messaggio di benvenuto al convegno internazionale di donatori di sperma: "Innanzitutto grazie di essere venuti!"

Un anziano va in farmacia e chiede una scatola di preservativi... e aggiunge: "ma non quelli dell'ultima volta, che si piegavano tutti!"



Turni estivi

 **Mosca:
6AM - 6PM**

 **Zanzara:
6PM - 6AM**



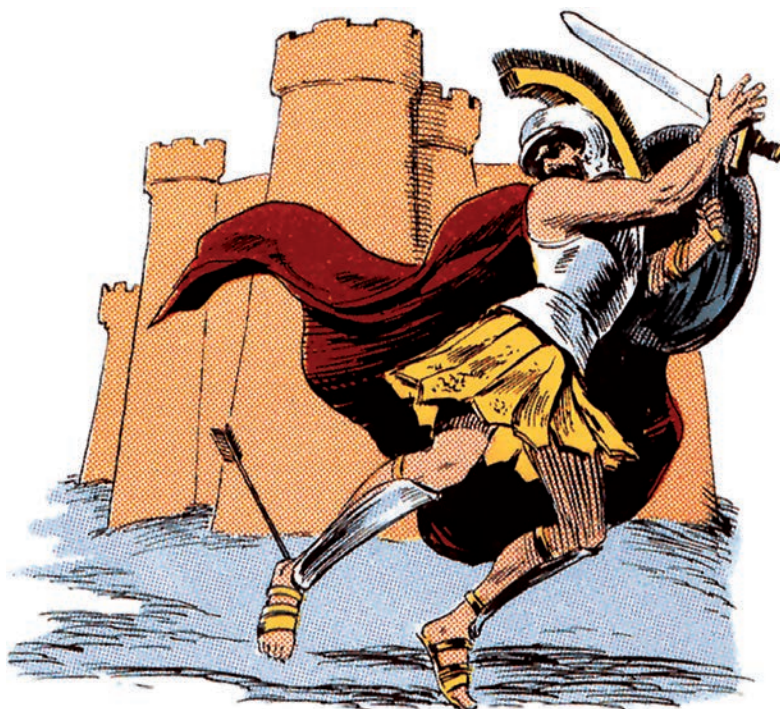


di Alberto Dolara

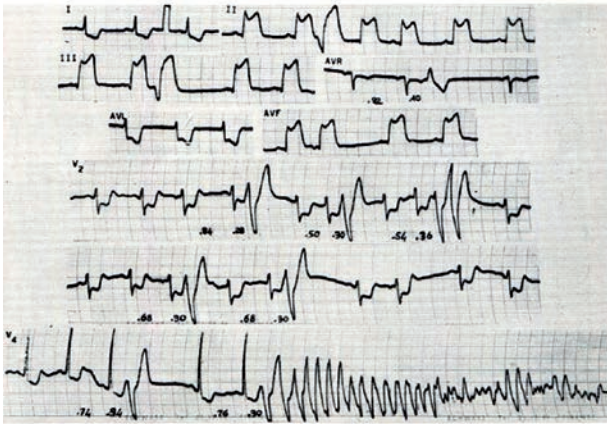
Anche il cuore ha “Il tallone di Achille”

La leggenda del tallone di Achille, l'invincibile eroe greco, non compare nel mito omerico, ma in un poema incompleto di Publio Papizio Stazio nel I secolo dell'era cristiana. La madre Teti lo avrebbe immerso nello Stige, il fiume infernale, per renderlo invulnerabile tenendolo per la caviglia. In altre fonti si narra come durante la guerra di Troia, Paride venuto a conoscenza del punto debole dell'eroe, lo abbia ucciso colpendolo al tallone con una freccia avvelenata. Anche il cuore come Achille ha la sua fase vulnerabile. Nel ciclo cardiaco vi è un periodo refrattario assoluto che corrisponde al QRS. Segue il periodo refrattario relativo che corrisponde all'onda T. In quest'ultimo si trova la *fase vulnerabile* durante la quale uno stimolo può provocare un'aritmia caotica mortale, la fibrillazione ventricolare.

Carl J. Wiggers, emerito ricercatore di fisiologia cardiovascolare del secolo scorso, fu il primo a descriverla in un articolo pubblicato sull' *American Journal of Physiology* del 1940: “Ven-



Achille



Carl J Wiggers

tricular fibrillation from single localized induction and condenser shocks applied during the vulnerable phase of ventricular systole". In elettrocardiografia è successivamente riportata come fenomeno R/T: battiti ventricolari precoci possono indurre aritmie da rientro e fibrillazione ventricolare in particolare durante l'infarto miocardico con elevazione del tratto ST-T. Queste caratteristiche sono presenti nell'ECG riportato nella figura, oggetto di pubblicazione (Dolara A. Early premature ventricular beats, repetitive ventricular response and ventricular fibrillation. *Am Heart J* 1967;74:332-6), fa parte della mia iniziale attività professionale, una consulenza difficile da dimenticare. Si trattava di un paziente iperteso di sessanta anni che aveva avuto un dolore epigastrico ed un episodio lipotimico alcune ore prima. In quel periodo quando il medico di famiglia sospettava un episodio coronarico chiamava il cardiologo per la consulenza. Se la diagnosi veniva confermata si presentavano due alternative: il paziente rimaneva a casa seguito dal medico e dallo specialista, oppure, non esistendo ancora le unità coronariche, si ricoverava in un reparto di medicina generale dove lo aspettava un prolungato e dannoso riposo a letto. Spesso il paziente ed i familiari optavano per la prima soluzione. Nel caso descritto non sono facilmente descrivibili la costernazione e il dolore dei familiari presenti di fronte al decesso improvviso e inaspettato del loro congiunto. L'episodio fa comprendere quale sia stato il progresso cardiologico: oggi, all'inizio della sintomatologia, questo paziente sarebbe

stato avviato in sala di emodinamica e sottoposto ad angioplastica primaria.

All'inizio degli anni 60 Bernard Lown, cardiologo e ricercatore, aveva messo a punto con Barich Berkowitz, brillante ingegnere esperto in problemi elettrici, il "defibrillatore", uno strumento che erogava una scarica di corrente continua, non lesiva per il paziente, capace d'interrompere la fibrillazione ventricolare. Era così possibile monitorare i pazienti ed intervenire tempestivamente. Nascevano le unità coronariche. Nei successivi esperimenti Lown scoprì anche che la scarica poteva indurre un'aritmia caotica ventricolare se cadeva nel periodo vulnerabile. Espresse così la sua sorpresa: *"L'abbiamo scoperta senza sapere che i fisiologi conoscevano questo fenomeno da cinquanta anni"*. La scarica del "defibrillatore" fu sincronizzata sul QRS del paziente rendendo possibile il trattamento elettrico anche per le aritmie sopraventricolari. Lown descrive questo affascinante periodo nel libro *L'arte perduta di guarire*, pubblicato nel 1996, con riflessioni del tutto attuali sulla necessità di una medicina a misura d'uomo. Nel 1985 era stato premiato col Nobel per l'impegno per la pace.

La fase vulnerabile può avere un ruolo anche nei casi di arresto cardiaco in seguito alla scarica elettrica indotta dal Taser, la pistola recentemente entrata in uso anche nel nostro Paese? Studi scientifici pubblicati su autorevoli riviste degli Stati Uniti affermano che in tutti i casi esaminati l'arresto cardiaco era stato determinato da una coincidenza. Amnesty International ritiene invece il sistema pericoloso per la vita. Una specifica preparazione degli agenti all'uso dell'arma e il pronto intervento medico per un'eventuale rianimazione dovrebbero essere previsti per l'uso dell'arma.

È meno noto che anche traumi non penetranti del torace, senza un evidente danno meccanico del cuore, degli organi circostanti, e in assenza di cardiopatia possono provocare una fibrillazione ventricolare se cadono nella fase vulnerabile. È la cosiddetta *commotio cordis*, da latino agitazione del cuore, distinta dalla *contusio cordis* nella quale, sempre per traumi non penetranti del torace, vi sono danni strutturali dell'organo. Negli ultimi decenni la *commotio cordis*, già descritta dal Georg Schlomka all'università di Bonn negli anni trenta del secolo scorso, è oggetto di un crescente interesse ed è stata confer-



mata sperimentalmente. Una palla da baseball scagliata sull'area precordiale dell'animale a varie velocità è capace di provocare fibrillazione ventricolare se il trauma si verifica nella fase del ciclo cardiaco 10-30 msec prima dell'apice dell'onda T (Link MS et al. Upper and Lower Limits of Vulnerability to Sudden Arrhythmic Death With Chest-Wall Impact (commotio cordis). J Am Coll Cardiol 2003;41:99-104). Nell'uomo il Registro Nazionale Commotio Cordis degli Usa ne aveva registrati 128 casi nel 2001, con un'incidenza di 8-10 nuovi casi l'anno e 60 sono riportati nel 2011 in altri Paesi del mondo. La maggioranza, circa il 60%, si verifica durante attività sportive organizzate, gli altri in attività di routine o di ricreazione. I soggetti colpiti

sono giovani, di età inferiore ai 15 anni, di sesso maschile nella quasi totalità dei casi. L'elasticità della gabbia toracica è ritenuta un fattore determinante. I colpi fatali hanno un'intensità molto variabile e possono addirittura non essere stati avvertiti come durante le attività ricreative. Quelle sportive in cui si sono verificati con la maggiore frequenza sono il baseball ed il football americano negli Stati Uniti, il calcio europeo, il cricket e l'hockey negli altri Paesi.



si. La breve durata del periodo vulnerabile, 10-30 msec, 1%-3% del ciclo cardiaco totale, rende molto rara questa terribile complicazione. Tuttavia il rischio può aumentare quando per lo sforzo fisico la frequenza cardiaca aumenta, rimanendo invariata la durata del periodo vulnerabile. Anche l'anossia può essere un fattore favorente.

In Italia numerosi decreti legislativi recenti hanno imposto anche alle società dilettantistiche sportive di dotare ogni impianto di un defibrillatore semiautomatico che permette un intervento immediato, l'unico in grado di salvare la vita al soggetto colpito. Anche il nostro cuore ha il "tallone di Achille" ma possediamo strumenti che possono neutralizzarne le conseguenze nefaste.

“

HDL. Buono da morire?

Le idee, è cosa nota, mutano col passare del tempo e l'evolversi delle conoscenze. La storia della cardiologia è piena di certezze un tempo apparentemente granitiche e successivamente smentite. Una segnalazione recentemente apparsa su JAMA Cardiology mette a rischio un'altra di queste ataviche convinzioni: il valore positivo del colesterolo HDL, il cosiddetto colesterolo buono. Livelli eccessivamente alti di colesterolo HDL potrebbero avere infatti un effetto



paradosso, capace di influenzare negativamente la sopravvivenza dei soggetti con cardiopatia ischemica. Il dato deriva da uno studio di coorte con un totale di 19.945 pazienti con malattia coronarica, inclusi nelle due casistiche dell'UK Biobank (di maggiori dimensioni) e dell'Emory Cardiovascular Biobank, seguiti per un tempo mediano di, rispettivamente, 6,7 e 8,9 anni. Nell'UK Biobank la mortalità totale è risultata del 16,86%, nei 255 individui con valori di HDL > 80 mg/dl, contro l'11,26% di chi presentava livelli inferiori. Analogo incremento statisticamente significativo della mortalità è stato osservato anche nella coorte dell'Emory Cardiovascular Biobank. Inutile dire che al momento i meccanismi sottesi alla rilevata associazione tra livelli di HDL e mortalità sono sconosciuti e bisognosi, quindi, di ulteriori investigazioni.

F.S.

”

Un calcio al calcio

Nessun riferimento al nostro sport nazionale, che ci fa vivere tifando, chi più chi meno, e talora polemizzando contro gli attori e gli organizzatori. Di quel calcio mi rammento il superlativo dribbling di Maradona e l'episodio di un ragazzino senese che giocando a pallone nella piazzola locale disse al compagno "oh perché non me lo ritonfi?". Quel verbo, così toscano e incisivo, mi è tornato più volte alla memoria, anche ora mentre mi riferisco a un altro calcio, l'elemento chimico, il catione con due cariche positive, siglato Ca^{++} , senza il quale noi non potremmo né tifare né vivere. Non solo perché i suoi sali sono come le Dolomiti, sorreggono il nostro scheletro, ma soprattutto perché egli entra dappertutto. Basti dire che senza il suo andirivieni nelle cellule muscolari non ci sarebbe né la contrazione dei bicipiti né quella del cuore.

Più nota al grosso pubblico, specie gli anziani, è la sua carenza nelle ossa, la decalcificazione, contro la quale ortopedici, osteopati e perfino la pubblicità sui media raccomandano le terapie sostitutive o induttive, compreso il sole in spiaggia o sotto la lampada. Ai miei tempi, ahimè quelli del Duce, andava di moda il gluconato di calcio endovenoso nei tubercolotici e anche negli indefiniti esaurimenti nervosi: scorreva a fiumi, tanto che la mutua del dopoguerra ave-



va istituito il “medico inietto-
re”. Quando poi attraversai l’o-
ceano e chiesi agli americani
di quella terapia, che anch’io
avevo sperimentato nel trava-
glio della maturità, mi guar-
darono perplessi e gentilmen-
te mi dissero che non c’era al-
cuna base scientifica.

Oggi il problema non è più
quello di introdurre nel cor-
po il calcio, per il quale ci
pensa una corretta alimenta-
zione ma di levarlo da dove si
è malauguratamente deposi-
tato. Il problema è noto da mol-
ti anni, da quando si è visto che
l’arteriosclerosi è dovuta anche
alla presenza di calcio super-
fluo nelle pareti arteriose e nel-
le valvole cardiache, rendendo
le immobili e talora ostruttive.
Tutte per l’appunto minac-
ciose di infarto, di scompensi
e pure del peggio, complican-
ze contro cui il progresso ha
provveduto radicalmente con i
bypass, gli stent, le sostituzio-
ni valvolari e il trapianto. Sot-
trarre invece il calcio per ridar-
re “giovinezza” a quelle strut-
ture che se ne sono impregnate
pareva un’utopia. Fino a quan-
do, aguzzando l’ingegno, qual-
cuno ha pensato alle onde d’ur-
to, già impiegate per frammen-
tare i calcoli renali o del fega-
to, spesso impregnati di calcio.



Dolomiti

Scusate il termine tecnico, lito-
trissia, che però rimane anco-
rato all’elegante etimologia gre-
ca: *frammentare la pietra*.

A me ha fatto tornare in men-
te il *ritonfo*, nel senso di ricac-
ciare in qualche modo l’indesi-
derato ospite. Ed è proprio ciò
che i moderni cardiologi, ar-
mati di cateteri muniti di mi-
cro emettitori di onde d’urto e
della possibilità di nuovi inter-
venti nell’intimità del cuore,
sono riusciti a realizzare mi-
crobombardando anche le co-
ronarie calcificate. È stato co-
municato a un recente Con-
gresso Europeo a Parigi (mag-
gio 2022) e la procedura ha già
un nome: “litotrissia intrava-
scolare”. La quale non è come
si sperava, non elimina il cal-
cio, ma ne frantuma gli agglome-
rati e le lamelle, quel tan-

to da rendere le pareti arterio-
se meno rigide o più elastiche
secondo i casi. Si tratta di in-
terventi che spesso non hanno
un risultato immediato, ma a
distanza di anni, quindi una
profilassi contro le complica-
zioni legate alla rigidità vasco-
lare, per ora non quantificabi-
le ma che lo diventerà di cer-
to a misura che miglioreranno
le mani degli esecutori e quel-
la microtecnologia, allo stes-
so modo con cui sono iniziate
ed evolute altre primogenitu-
re, quali il palloncino, lo stent
e gli interventi diretti nelle ar-
terie malate. Un incessante e
meraviglioso ritonfo, che ci ri-
porta a un famoso documenta-
rio di Piero Angela, vagante
nei nostri visceri, e alle ana-
loghe mirabilia di Maradona
con l’altro calcio.

DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2021



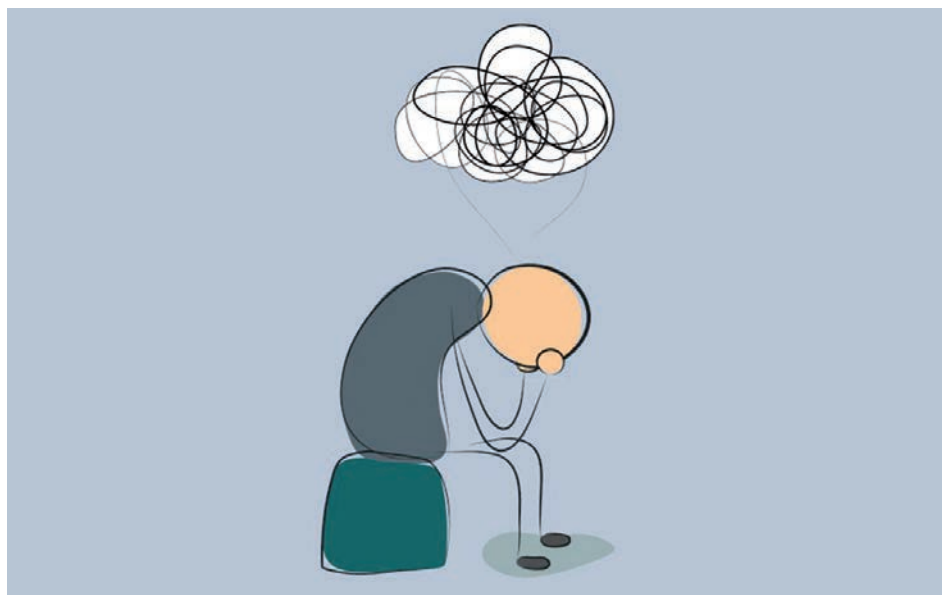
Camilla Cavallaro intervista **Giovambattista Desideri**



Correlazione tra fattori di rischio e declino cognitivo

Cavallaro: Prof. Desideri, nella sua interessante relazione lei afferma che la comparsa di un declino cognitivo, fino alla demenza conclamata, non rappresenti il destino ineludibile di tutti quelli che invecchiano. Quali sarebbero i fattori di rischio associati allo sviluppo di declino cognitivo e demenza?

Desideri: Un crescente numero di evidenze scientifiche dimostra che l'esposizione cronica nel corso della vita, a partire dall'età giovane-adulta, ai diversi fattori di rischio (ipertensione arteriosa, diabete mellito, obesità, fumo di tabacco, disturbi del sonno) contribuisca in misura determinante allo sviluppo di declino cognitivo e demenza nel corso della senescenza. Fortunatamente negli ultimi anni grazie ad un miglioramento degli stili di vita e dell'assistenza sanitaria l'incidenza età-specifica di demenza, si è progressivamente ridotta in molte aree geografiche. Questi fattori di rischio, infatti, possono innescare ed amplificare i diversi meccanismi neuropatologici sottesi allo sviluppo del declino riducendo progressivamente la riserva funzionale del cervello.



C'è una fascia di età in cui è importante iniziare a fare screening e correggere i fattori di rischio?

Le potenzialità dementigene dei fattori di rischio cardiovascolare iniziano a estrinsecarsi piuttosto precocemente, ragione per cui è fondamentale una loro pronta correzione prima che possano innescare ed amplificare i meccanismi fisiopatologici sottesi al declino cognitivo. Nonostante non siano attualmente disponibili evidenze definitive derivanti da studi di intervento disegnati ad hoc, è lecito asserire che il controllo precoce dei fattori di rischio cardiovascolare possa rappresentare oggi il più efficace strumento di prevenzione della demenza.

Qual è il nesso tra ipertensione arteriosa e sviluppo di demenza?

La presenza di ipertensione nell'età giovane-adulta si associa ad un aumentato rischio di demenza nell'età avanzata. Nella coorte di 1440 individui di mezza età (media 55 anni) del registro Framingham Offspring la presenza di una pressione sistolica >140 mmHg è risultata associata, nel corso di un follow-up di 18 anni, ad un aumento del 60% del rischio di demenza e la persistenza di elevati valori pressori anche in età avanzata (media 60 anni) è risultata associata ad un ulteriore incremento del rischio (HR 2.0, I.C. 95% 1.3-3.1).

Se è vero che l'ipertensione contribuisce ad aggravare ed anticipare lo sviluppo della demenza, possiamo dire anche il contrario, ovvero che un adeguato controllo dei valori pressori sia protettivo nei confronti del deterioramento cognitivo?

Ebbene sì. Numerosi studi osservazionali e di intervento nel corso degli ultimi anni hanno portato ad ipotizzare che il trattamento antipertensivo possa rappresentare un prezioso strumento per prevenire la comparsa del deterioramento cognitivo e della demenza. Quattro meta-analisi recentemente pubblicate hanno prodotto l'evidenza univoca di una riduzione della demenza in corso di trattamento antipertensivo senza differenze significative in termini di efficacia protettiva tra le diverse classi di farmaci. Sempre dal follow up dello studio Framingham Offspring è emerso inoltre che gli individui con un controllo ottimale di tutti i fattori di

rischio cardiovascolare presentano una significativa riduzione del rischio di sviluppare demenza sia di tipo vascolare (HR 0.5, I.C. 95% 0.3-0.8) che di tipo Alzheimer (HR 0.8, I.C. 95% 0.6 - 1.0).

Un punto interessante della sua relazione riguarda l'impatto dei valori pressori troppo bassi nella popolazione molto anziana, potrebbe dirci come l'ipotensione possa rappresentare un pericolo per lo sviluppo di disturbi neurocognitivi?

È interessante notare come nei pazienti anziani l'impatto dell'ipertensione arteriosa sul declino cognitivo tenda a farsi progressivamente meno evidente mentre diventa sempre più rilevante l'impatto di valori pressori bassi. Le cause di questa associazione tra bassi valori pressori e declino cognitivo vanno probabilmente ricercate nella riduzione del flusso ematico cerebrale dovuta a valori pressori troppo bassi in un letto vascolare che, in ragione dell'età e/o della cronica esposizione a fattori di rischio cardiovascolare, ha perso molto della sua capacità di autoregolazione. Non sorprendono, quindi, le evidenze

di un più rapido declino cognitivo nei pazienti anziani con bassi valori pressori indotti dal trattamento antipertensivo ma non in quelli spontaneamente ipotensi.

È evidente, quindi, l'importanza di evitare nel soggetto anziano valori pressori eccessivamente bassi e di ricercare routinariamente l'ipotensione ortostatica in quanto questa condizione, molto spesso iatrogena, si associa ad un aumentato rischio di declino cognitivo e demenza.

Passiamo ad un altro fattore di rischio associato significativamente al rischio di demenza, il diabete, in che modo le due patologie sono correlate?

Ci sono degli importanti determinanti fisiopatologici, quali la condizione di insulino-resistenza, l'aumentato stress ossidativo e la microinfiammazione cronica, che correlano fisiopatologicamente queste due malattie, tanto da spingere i ricercatori ad etichettare la malattia di Alzheimer come "diabete mellito di tipo 3". Rimane ancora da confermare però la possibilità di un effetto protettivo nei confronti del declino cognitivo da parte dei diversi trattamenti antidiabete in quanto pochi studi si sono occupati di questa tematica.

Parlando di obesità, qual è il nesso con la demenza? Quali le evidenze attualmente disponibili?

Gli studi attualmente disponibili suggeriscono da un lato una potenzialità dementigena dell'eccedenza ponderale, che si estrinseca nel corso di decenni e dall'altro un effetto di reverse-causality che rende apparentemente protettiva l'eccedenza ponderale quando la sua relazione con il declino cognitivo viene valutata in intervalli temporali più brevi. L'evidenza



di un possibile effetto protettivo del decremento ponderale nei riguardi dello sviluppo di declino cognitivo supporta ulteriormente l'influenza negativa dell'eccesso ponderale sulla cognitivà. La relazione tra eccedenza ponderale e declino cognitivo è stata oggetto di una recente revisione di 19 studi longitudinali, per un totale di 589.649 individui di età compresa tra 35 e 65 anni seguiti nel corso di un follow-up fino a 42 anni. I risultati dimostrano un aumento del rischio

di demenza nei pazienti con obesità conclamata (body mass index - BMI >30 kg/m²) ma non nei soggetti in sovrappeso (BMI 25-30 kg/m²).

La relazione tra fumo e declino cognitivo è stata ben definita, quello che però ci chiediamo è se smettere di fumare in età avanzata può comunque determinare una riduzione del rischio di demenza.

La risposta è sì, decidere di astenersi dal fumo di sigaretta anche nell'età geriatrica, riduce il rischio di demenza. Uno studio di coorte, recentemente pubblicato, che ha incluso 46.140 uomini con età >60 anni, ha dimostrato un ridotto rischio di demenza nei soggetti che non avevano mai fumato (hazard ratio 0.81, I.C. 95% 0.71-0.91) e in quelli che avevano smesso di fumare da almeno 4 anni (hazard ratio 0.86, I.C. 95% 0.75-0.99) rispetto a quelli che avevano continuato a fumare.

Ricordiamo che i fumatori sono esposti da un lato ad un aumentato rischio di demenza e dall'altro ad un'aumentata probabilità di morire prima dell'età in cui più frequentemente la demenza si sviluppa, aspetto quest'ultimo che inevitabilmente rappresenta un bias interpretativo della relazione tra fumo e rischio di demenza che nel passato ha portato addirittura ad ipotizzare che il fumo potesse rappresentare un fattore protettivo nei riguardi della demenza.

Per quanto riguarda l'esposizione al fumo passivo invece?

Le potenzialità dementigene del fumo appaiono non poco preoccupanti in relazione all'enorme diffusione dell'abitudine tabagica e dell'ampia proporzione di individui esposti al fumo passivo, stimabile nella misura del 35% degli adulti non fumatori e del 40% dei bambini. L'esposizione al fumo passivo, infatti, è associata ad un maggiore deterioramento della memoria di entità proporzionale alla durata dell'esposizione.

I disturbi del sonno, possono anche questi essere annoverati tra i fattori di rischio per il deterioramento cognitivo?

Nel corso degli ultimi anni un crescente interesse è stato rivolto dalla letteratura scientifica all'ipotesi che i disturbi del sonno possano condizionare un aumentato rischio di sviluppare sia eventi cardiovascolari che demenza. Due meta-analisi recentemente pubblicate hanno fornito la medesima dimostrazione di un significativo incremento del rischio di demenza nei pazienti che presentavano disturbi del sonno in generale (durata del sonno breve o lunga, qualità del sonno scadente, alterazioni del ritmo circadiano, insonnia, sindrome delle apnee ostruttive). Questi disturbi del sonno sono risultati associati ad un aumentato rischio di demenza in generale (HR1.2, I.C. 95% 1.1-1.3) e di malattia di Alzheimer (hazard ratio 1.6, I.C. 95% 1.3-1.9). Il mio consiglio è quindi quello di correggere al meglio i disturbi del sonno anche nell'ottica di una prevenzione del declino cognitivo.

DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2021



Francesco Prati Intervista Francesco Saia



TAVI: procedure a basso rischio

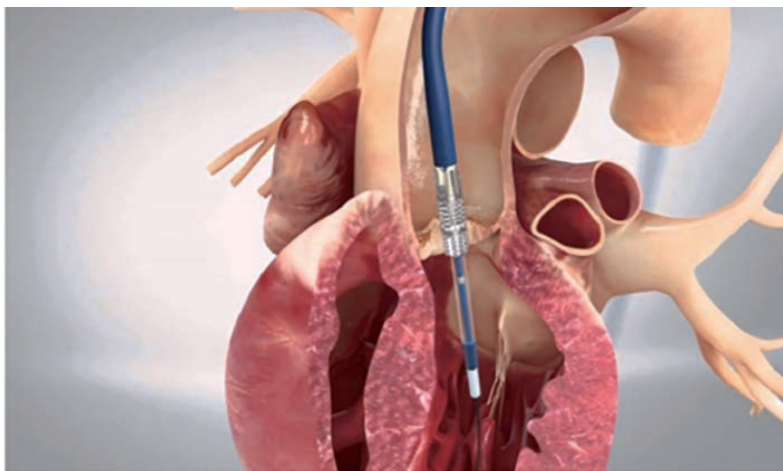
Prati: C'è molto entusiasmo attorno alle procedure di TAVI. Numerosi studi riportano risultati a medio e lungo termine persino migliori di quelli della chirurgia tradizionale. Le complicanze della TAVI inoltre sembrano essersi ridotte in modo marcato rispetto alle prime esperienze. Dottor Saia è proprio così?

Saia: Sì, le complicanze della TAVI che possono insorgere nella fase immediatamente successiva alla procedura o più avanti nel tempo sono poco frequenti ma comunque importanti per il potenziale impatto prognostico negativo.

Ce le puoi riassumere?

Abbiamo le complicanze periprocedurali, che condizionano l'outcome immediato come l'ictus, i sanguinamenti e le complicanze vascolari.

Mi sento di dire che il loro impatto si è notevolmente ridotto grazie agli sviluppi tecnologici, all'aumentata esperienza degli operatori e credo anche all'approccio minimalista che viene ormai effettuato in molti centri. L'ictus tardivo, la trombosi valvolare, l'endocardite infettiva e il declino cognitivo sono invece tra le principali complicanze che possono comparire anche più avanti nella storia clinica del paziente, in forma subclinica o clinicamente manifesta.



Dacci qualche numero.

L'ictus periprocedurale si è ridotto in modo drammatico nel tempo scendendo da percentuali che erano comprese tra il 5 ed il 10% nei primi trials per arrivare a percentuali al di sotto dell'1% negli studi più recenti. In questo caso la riduzione della complicità va attribuita non solo ai miglioramenti tecnologici ma anche alla selezione di pazienti sicuramente meno compromessi rispetto alle prime esperienze. Ancora incerto è invece il ruolo dei device di protezione cerebrale. Dall'altro lato, l'incidenza di ictus durante il follow-up, principalmente legato alle comorbidità dei pazienti, decorre in parallelo all'incidenza registrata nella popolazione generale a parità di fattori di rischio ed è quindi da tenere in dovuto conto per impostare una corretta terapia farmacologica.

La trombosi valvolare si attesta su percentuali comprese tra lo 0,6 ed il 2%. Si tratta di percentuali ben più basse rispetto al riscontro ecocardiografico di

trombosi subclinica, che viene definita come un ispessimento dei lembi valvolari a bassa ecoriflettenza all'ecocardiogramma. Il significato di questi reperti subclinici è in via di valutazione ma sono ipotizzabili relazioni con disfunzione valvolare precoce e fenomeni ischemici cerebrali.

L'endocardite è stata riportata con incidenza compresa tra lo 0,9 ed il 3,1% e non differisce dai tassi che sono riportati in presenza di sostituzione valvolare chirurgica.

I device di protezione embolica possono avere un ruolo?

Come precedentemente detto, il ruolo di questi device è ancora incerto ma si è visto che l'impiego di questi sistemi per proteggere il cervello è in grado di ridurre numero ed estensione delle zone di ischemia cerebrale silente rilevate con RMN.

Sono però necessari altri studi per confermare queste osservazioni iniziali e, soprattutto, documentazione di un'efficacia clinica oltre che su parametri strumentali.

Il deterioramento cognitivo lo possiamo considerare un problema della TAVI?

Sì e no. Secondo uno studio recente di meta-analisi, a sei mesi dalla procedura il 14% dei pazienti sviluppano un declino cognitivo, ma nel 19% dei casi si assiste ad un miglioramento delle performance cognitive, evidentemente per una migliore irrorazione cerebrale conseguente alla procedura.

Questi sono dei dati che possiamo considerare molto rassicuranti. La TAVI s'impone sempre di più come soluzione nel paziente anziano e non a caso le linee guida ESC la propongono ora per i soggetti di età superiore ai 75 anni.

Il basso tasso di complicazioni della procedura è sicuramente un elemento che favorisce l'uso estensivo della metodica.

I tempi del cuore

L'attività del cuore ha i suoi tempi, con una scadenza ritmica simile a un orologio: quasi 86 mila battiti nelle 24 ore, 31 milioni in un anno e miliardi in una vita oltre i 30 anni. Si può anche fermare “spontaneamente”, ma intervenendo in tempo nella “ricarica” farla ripartire. Può andare avanti o indietro, fisiologicamente o per una malattia: di giorno viaggia con frequenze variabili dai 60 a oltre i 100, secondo l'impegno fisico o psicologico; la notte nel sonno si attesta sui 40, ma può scendere fino ai 20; gli atleti possono partire con frequenze basse, intorno ai 40 per minuto, che consentono loro di forzare di più i muscoli in gara; un'involuzione senile, che prende il nome di malattia del nodo del seno (il regolatore della frequenza) o certi blocchi ad altri livelli della sua conduzione elettrica possono dare bradicardie gravi con disturbi di affaticamento e anche svenimenti, ma lasciano in genere il tempo per la diagnosi e per l'impianto di un pacemaker artificiale. Altre patologie possono scoordinare completamente il ritmo, come nelle fibrillazioni atriali e nelle tachicardie parossistiche, situazioni in genere prevenibili e curabili, ma in alcune rare malattie subdole, nascoste fino a quando arrestano il cuore, difficilmente si ha la ripartenza. Ne sanno di più i medici sportivi che sono sempre attenti a sospettare queste tragiche evenienze mentre l'atleta viene sotto-



posto ai controlli di legge.

Vi sono anche altri tempi del cuore, non più correlabili con meccanismi artificiali, come quando esso è colpito da malattie, in particolare l'infarto, dove il cosiddetto "door to balloon", giungere al più presto nella sala di emodinamica, consente di liberare la coronaria ostruita, prima che il tempo crei maggior danno. Quello che va sotto il nome di tempo vitale. L'infarto è una malattia che ha pure una sua stagionalità, una specie di bioritmo. Negli Stati Uniti, paese molto esteso sia nei paralleli che nei meridiani, per capire di più sull'influenza del clima è stato attuato il "Guideline Coronary Artery Disease Program", che ha coinvolto 1800 ospedali, analizzando quasi 83 mila infarti, di età media 67 anni, constatando che l'incidenza era di poco maggiore in inverno e che la mortalità non aveva alcuna differenza stagionale. Ma gli Stati caldi del sud subivano circa un 20% in meno di infarti rispetto a quelli freddi del nord. Vi si riportano pure alcune differenze sul tipo elettrocardiografico di questa patologia acuta, ma riguardano più gli specialisti che il pubblico. Cu-



Lucio Dalla

riosa invece è l'ora statisticamente più frequente di insorgenza dell'infarto: al mattino verso le 10.00, meno nel pomeriggio alle 16.00. Ciò viene messo in rapporto con il risveglio e le variazioni degli stimoli sul cuore, quali frequenza e pressione, ma forse anche con certi rigiri ormonali. Magari qualcuno, non più giovane, si ritrova in velleità di amplesso, che è annoverato tra i fattori di rischio. Ricordo un signore, non più in età da esibizionismi, ma noto per la sua vita amorosa, il quale giunse al mattino in Unità Coronarica e confessò al medico "sesso sfrenato con una giovane". La cronaca ci ricorda molti illustri personaggi stroncati da

un infarto o rottura dell'aorta durante le prime ore del giorno: il grande Totò, i cantori Elvis Presley e Lucio Dalla, Mike Buongiorno, Giorgio II d'Inghilterra e molti altri, tutti tranne Presley non più giovani e con qualche acciaccio o predisposizione. Più difficile invece è razionalizzare il rapporto dell'infarto con i giorni della settimana, dei quali il lunedì è considerato più a rischio, specie nei soggetti in pensione. Il sabato e la domenica sono invece i meno pericolosi, così come il 18 di ogni mese e tutto luglio, secondo uno studio svedese dell'Università di Uppsala. Guardarsi invece dal 28esimo di ogni mese, forse per certe scadenze, così come dicembre e Natale

per i pensionati. Ma queste spigolature appaiono dati con dubbia significatività statistica.

Altri studi pubblicati su Lancet nel 2019 hanno messo in rapporto l'incidenza delle malattie cardiovascolari e la mortalità conseguente con il reddito delle popolazioni considera-

l'evidenza che la causa sarebbe la minore assistenza nei primi rispetto ai secondi. Su questi gravavano anche la cattiva alimentazione e la scarsa istruzione, mentre nei soggetti ad alto reddito incidevano maggiormente i fattori metabolici (diabete, colesterolo, ecc.). Ma forse tutto ciò è legato a un'assistenza sanitaria troppo liberale e poco socializzata, come appunto negli USA.

Inoltrandosi in questa fiera delle curiosità, nella quale alla fine si vede coinvolto il cuore, leggiamo da Hirotaka Kato dell'Università di Los Angeles (British Medical Journal 2021) che il

chirurgo che opera nel giorno del suo genetliaco causerebbe più morti rispetto agli altri giorni; ma evidentemente, vista la scarsa incidenza riferita, siamo piuttosto nella fanta-ricerca. Più scientifica appare invece la correlazione fra la frequenza cardiaca e la vitalità nei vari animali, compreso l'uomo, secondo la quale a maggior stazza corporea corrispondono minori battiti del cuore e più lunga vita. Al netto, si capisce, dell'assistenza sanitaria, che in tale confronto è una specie di meraviglioso doping a vantaggio dell'uomo. Il cuore infatti, organo al primo posto fra quel-



Università di Uppsala in Svezia

te. Tali malattie risultavano 2.5 volte più frequenti nei soggetti a basso-medio reddito, pur avendo minori fattori di rischio di quelli ad alto reddito, da cui

li vitali perché marca l'inizio e la fine della nostra esistenza, se viene meno, non solo può essere sorretto con farmaci e anche sostituito, ma si avvantaggia di presidi artificiali, come il pacemaker e il defibrillatore, che allungano la sua attività anche di molti anni, come a chi vi scrive.



di **Cherubino Pesa**

Riceviamo dal Dottor Pesa, nostro affezionato abbonato, l'ultimo articolo scritto dal nonno, il Dott. Cherubino Pesa (1864-1909) che fu il primo medico condotto di Fresagrandinaria (CH). Egli fu studioso delle malattie dell'infanzia nell'epoca d'inizio della vaccinazione jenneriana e della loro evoluzione in bambini vaccinati contro il vaiolo. Pubblicò diversi saggi scientifici d'interesse pediatrico ricevendo riconoscimenti nazionali ed internazionali ed insignito del titolo di professore onorario di pediatria. L'articolo che segue non fu mai pubblicato per morte improvvisa da caduta da cavallo di ritorno a casa da un paese vicino. Lo pubblichiamo, oltre che come riconoscimento postumo e segno di affetto da parte del nipote, anche come testimonianza della medicina del secolo scorso.

Caso tipico di malattia del sonno in ragazza dodicenne

La malattia del sonno, abbastanza rara nell'adulto, è ancora più tale nell'infanzia e nella fanciullezza. Perciò ho creduto importante e degno di essere pubblicato il seguente caso veramente singolare. B.P., di anni undici circa, da Fresagrandinaria (CH), è una valida e robusta ragazza, di sviluppo scheletrico regolare. Non ha sofferto di scarlattina, morbillo, tifo e reumatismo; mai si notarono in lei fenomeni convulsivi. Sicuramente all'attuale morbo furono estranee





Fresagrandinaria (CH)

cause traumatiche. In una parola ha goduto sempre salute florida.

Il padre, di circa 45 anni, modesto proprietario terriero, da diversi anni è affetto da reumatismo articolare e muscolare; ha sofferto di una sinovite intensa nell'articolazione del ginocchio, che gli ha residuato una lieve anchilosi, per cui claudica abbastanza sensibilmente. Sanissimo il sistema nervoso. È importante notare qui che fin da ragazzo è stato molto tenero di Morfeo; ed anche adesso non è difficile osservarlo dormire saporitamente, appena messo a sedere; è, insomma, quel che si dice un ottimo dormiglione.

La B. è la quarta dei cinque figli, e fino a gennaio dell'anno scorso, ha goduto la più florida salute. Di carattere piuttosto docile, fin dalla più tenera età, ha seguito i suoi in campagna, custode di poche pecore. Non ha

frequentato la scuola. Non è stata mai una birichina, ma sempre di temperamento mite ed intelligente. Non è ancora mestruata.

I disturbi presenti cominciarono ad essere avvertiti dalla ragazza stessa, circa due anni orsono, che li comunicò ben presto ai genitori. Si lamentava fortemente che spesso, in pieno giorno mentre le pecore pascolavano, era assalita da un imperioso bisogno di dormire. Il male stranissimo si aggravava sempre più,

così che spesso era vista dagli intelligenti genitori e da altri socchiudere gli occhi, anche durante il cammino.

Fui allora consultato, verso la seconda metà del luglio 1898, e mi convinsi che la povera bimba, anche nella stazione eretta, ma più visibilmente e sensibilmente quand'era seduta, mentre rispondeva bene alle mie domande, gradatamente era sopraffatta da un sonno invincibile e profondo, malgrado gli amorevoli richiami miei e dei familiari. Le analisi dell'urina, né allora, né dopo, rivelarono tracce di albumina e glucosio. Lo stato generale si conservò abbastanza bene; né rilevai sintomi di anemia, di leucemia, di perturbamenti nervosi o della sfera sessuale.

La B. si lamentava soltanto d'una certa spossatezza alle gambe, che avvertiva specialmente quando si svegliava da sonni lunghi e profondi. Prescrissi una cura ricostituente ed idroterapia, seguita abbastanza bene. Attualmente i fenomeni descritti si sono alquanto mitigati. Meno facilmente cade nel sonno mentre le si parla un po' forte o la si redarguisce della cattiva abitudine. Però continua la disposizione a dormire appena si mette a sedere e durante la deambulazione. In quest'ultimo caso l'incasso di tratto in tratto viene interrotto e la ragazza afferma di accorgersene e si ferma per non cadere.

Desta curiosità, e fa anche pena, vederla con la rocca a filare e lavorare la calza, e interrompere ogni tanto il suo lavoro, vinta dal sonno; lavoro che viene ripreso subito dopo al risveglio. Né io, né altri che l'hanno osservata, abbiamo notato sintomi riferibili a sogni più o meno terrorizzanti. Soltanto qualche volta dimena alquanto le braccia, come per allontanare alcunché

di molesto, senza che si possa pur lontanamente pensare a fenomeni convulsivi.

Comunque di così tenera età, si lamenta di questo suo stato miserevole che le impedisce di filare, di lavorare la calza e di custodire le sue pecorelle, e che la espone a motteggi inumani delle compagne, le quali la chiamano e la ritengono una fannullona. Sicché non può dirsi affatto una squilibrata.

Tutte le altre funzioni si svolgono regolarmente. Nessuna anomalia dei riflessi. Sicuramente non esistono stigmati isteriche. La sensibilità generale e de' sensi specifici non lascia rimarcare disturbi subiettivi ed obbiettivi.

Riassunta così succintamente la storia clinica del caso, mi si permettano poche considerazioni, intese a tentare l'interpretazione diagnostica, vagliando i sintomi e tenendo presenti taluni casi affini o simili nella letteratura.

Le nozioni che finora abbiamo sul sonno, sia normale che patologico, sono assai limitate e non molto precise; che cosa è il sonno? Perché si dorme? Quali ne sono le cause? Ecco le incognite, che in tutti i tempi travagliarono la mente di tutti gli studiosi, ed il problema è an-

cora insoluto dopo tanti studi, tante disquisizioni, tante fatiche della mente dei dotti. È certo d'altronde che fin dai tempi di Ippocrate l'eccesso del sonno e l'insonnia vennero ritenuti quali segni morbosi "somnus vigiliaque, utraque modum excedentia malum", quantunque osserva acutamente il Massini, siamo privati nella prima età, in cui il sonno permanente è normale, del-

in media, di nove o dieci ore di sonno. Il Friedlander stabilisce, per l'età di undici anni, sonno: 8 o 9 ore - riposo: 4 ore - moto e gioco: 8 ore - lavoro mentale 5 ore. Evidentemente la B. dorme molto più del normale.

Non è affatto il caso di mettere qui avanti la diagnosi di "torpore infantile" così bene studiato dal lato clinico dal Parrot; la sola considerazione dell'età basta a tutta prima ad



le indicazioni che questa funzione cerebrale può fornire, quando essa si prolunga al di là della misura.

I fisiologi sono d'accordo nel ritenere che in uno stato sano e robusto, in una condizione di muoversi a volontà né di troppo affaticarsi mentalmente, un individuo ad 11 anni ha bisogno,

escluderla. Due sono le ipotesi che subito si affacciano alla mente del pediatra di fronte a questa singolare fisionomia clinica: che possa trattarsi di isterismo o di equivalenti epilettici.

Non m'indugio a dimostrare come i caratteri dell'affezione della B. non hanno alcun ri-

scontro con quelli del sonno isterico. A parte altre importanti ragioni, sia lo stato mentale della medesima, sia l'assoluta mancanza di disturbi della sensibilità, la mancanza cioè di stigmate, escludono affatto il concetto che qui si possa trattare di fenomeno isterico. Segni neuropatici finora non esistono nella no-

In base a questi rigorosi criteri, francamente a me sembra debba scartarsi anche la diagnosi di attacchi epilettici nella nostra ragazza. Il carattere essenziale che domina tutto il quadro clinico cioè l'esagerazione del sonno, il quale per tutto il resto si mantiene del tutto normale, induce a ritenerla affetta da "malattia del sonno" malattia più misteriosa, riguardo all'interpretazione fisiopatologica del sonno normale.

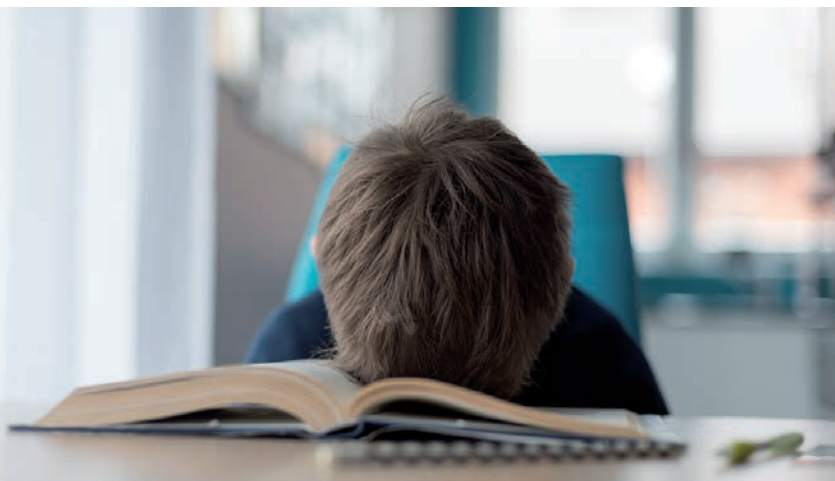
In taluni stati morbosi vi è una tendenza notevole ad addormentarsi. È ovvio l'osservare de' gottosi, de' polisarcici, che cadono in sonno profondo, malgrado sforzi intensi per mantenersi desti. Si citano casi di diabetici, ed auto-intossicati, che presentavano bisogni invincibili di sonno. Il Raymond cita il caso d'un uomo che all'apprendere una triste notizia si addormentò per sette o otto mesi.

Le ripetute analisi dell'urina della B. hanno escluso la presenza di zucchero. Ripeto che né segni neuropatici né stigmate di degenerazione esistono in essa. Né possiamo sostenere trattarsi qui di sonno che sia una specie di crisi, di sogno, di sonno con sogno in azione, di sonno vissuto

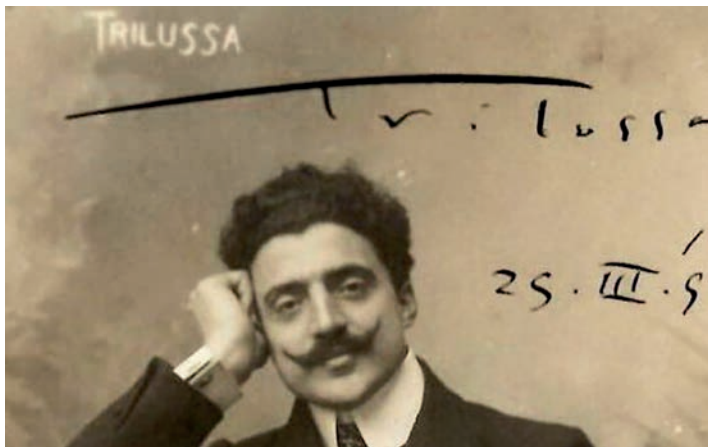
to dopo il sogno parlato, di sonnambulismo vero. Il sonno della B., invece, non ha di patologico, nel senso che è perfettamente simile al normale e non è riferibile a causa morbosa finoggi apprezzabile. Sono consegnati, è vero, in letteratura de' fatti clinici, che molto somigliano, nella fenomenologia a quella da me descritta; però se della maggior parte di casi è facile o per lo meno tentabile l'interpretazione fisiopatologica, lo stesso non può dirsi del mio caso.

Oggi si conosce la causa della **malattia del sonno o tripanosomiasi africana** dovuta ad un parassita della specie *Tripanosoma brucei*.

stra piccola paziente né i precedenti gentilizi ci autorizzano ad annoverare tra le possibili cause quelle nevrotiche e nevrastroniche. D'importante, per quanto riguarda l'ereditarietà, ho notato il fatto anamnestico, concernente la notevole tendenza del padre a cadere in sonno più o meno profondo, più volte durante il giorno.



“ Poesia Ricreativa



CARLO ALBERTO CAMILLO MARIANO SALUSTRI (1871-1950), detto TRILUSSA anagrammandosi il cognome, geniale poeta e scrittore romanesco, senza alcun titolo di studio, trascorse il periodo fascista cercando di non criticarlo, se non velatamente. Einaudi lo nominò Senatore a vita.

QUESTIONE DE RAZZA

“Che cane buffo! E dove l’hai trovato? -
er vecchio me rispose: - È brutto assai,
ma num me lascia mai, s’è affezionato.
L’unica compagnia che m’è rimasta,
fra tanti amichi, è ‘sto lupetto nero:
nun è de razza, è vero,
ma m’è fedele e basta.
Io nun faccio questioni de colore:
l’azioni bone e belle
vengheno dar core
sotto qualunque pelle.”

E.P.

”

Lettere a Cuore e Salute

DOMANDA

È corretto dividere le pasticche?

Spettabile redazione di Cuore e Salute, osservando con maggiore attenzione del solito l'elenco delle medicine prescritte a mio padre ho notato la quantità di compresse che gli sono state prescritte a dosaggi frazionati, ad esempio un quarto o mezza compressa. Tralasciando il disagio e la difficoltà connessi con quest'opera di frammentazione mi sono chiesto se l'inevitabile imprecisione di tale suddivisione possa causare una riduzione dell'efficacia terapeutica delle medicine. È solo una mia elucubrazione mentale o esiste un fondamento di verità nel mio dubbio?

Alessio F., Novara

RISPOSTA

Gentile Signor Alessio, effettivamente molto spesso si ricorre, soprattutto con i pazienti anziani, a dosaggi frazionati delle medicine, a volte a ragione, a volte meno. In alcuni casi ciò è reso necessario dalla necessità di somministrare dosaggi inferiori a quelli disponibili in commercio, in altri la scelta è dettata dalla difficoltà di deglutizione dei pazienti. Per quest'ultimo motivo non è addirittura infrequente che le compresse vengano triturate o mescolate agli alimenti, forse anche per l'influenza della celebre canzone di Mary Poppins "con un poco di zucchero la pillola va giù". Dai pochi dati disponibili sembrerebbe che le due possibilità si verifichino, rispettivamente, nel 40 e nel 20% dei soggetti anziani. Tale condotta non è però, in effetti, scevra da rischi. La suddivisione delle compresse è diseguale in un caso su tre, anche quando l'operazione è eseguita da una persona abile e avvalendosi dell'apposito tagliapillole. Questa disuguaglianza si traduce in uno scostamento tra dose prescritta e dose effettiva stimato intorno al 15%, con possibili conseguenti effetti di sovra- o sottodosaggio, che possono avere conseguenze serie in caso di farmaci con stretta finestra terapeutica. Se il taglio del farmaco è poi realizzato da una persona anziana, con i frequenti disturbi visivi ed i problemi articolari propri dell'età, tale scostamento è sicuramente maggiore. Quando le medicine vengono triturate la perdita di quantità effettiva di farmaco è ancora maggiore. Assolutamente da evitare, infine, è il mescolamento in un'unica soluzione del risultato della

triturazione di medicine differenti, con la creazione di una "macedonia" che può indurre rischi di interazioni avverse tra i differenti principi farmacologici. Ogni sforzo deve quindi essere tentato per ridurre questa pratica, sia da parte dei medici che dei caregivers. I primi dovrebbero riservare la frammentazione delle compresse ai soli casi in cui è veramente indispensabile, differenziando, ad esempio, la scelta di tipo e formulazione del farmaco; i secondi dovrebbero abituarsi a somministrare le pastiglie intere assieme a yogurt, budini o altri cibi di consistenza morbida che ne consentano l'introduzione senza alcuna manipolazione. Cordiali saluti.

Filippo Stazi



Frasario, gestualità, scrittura

Nuovi modi per comunicare

Quella che segue è una carrellata sul filo della comune osservazione dei modi di dire, di gesticolare, di scrivere (posta elettronica, soprattutto), sempre di più espressioni dell'attuale tendenza a velocizzare ogni cosa, alla ricerca del tutto, ora e subito, in un turbinio di frasi fatte, inserite in modo asincrono, disordinato, non competente, specie quando si tratta di un discorso verbale, spesso accompagnate da una gesticolazione, presunta comprensibile, per rappresentare con gesti delle mani il logo di un'interpunzione o di un inciso (virgolette, parentesi, virgole, punto e virgola, ecc.). Le frasi fatte o i singoli termini sono nella realtà parte integrante del nostro vocabolario, e non solo, ma penso debbano essere usate in maniera acconcia in un contesto, quale che sia, che riconosca l'immissione come propria. Per la scrittura, è sufficiente dedicare qualche minuto, durante una passeggiata in distensione, a decifrare sui muri, e non solo, le scritte dei *wall-writers*, infarcite di tvb, óbello-a, xché, ecc., tanto per portare esempi puliti, e graffiti di altra natura, spesso criptici, quando addirittura deliranti.

Fustigatore di costumi? Me ne guarderei bene, solo un osservatore degli accadimenti delle nostre comunità, senza spirito tribunizio, ma con tanta voglia di capire. Non mi addentrerò sul significato psicologico o psico-sociale delle succitate abitudini, tanto del singolo che della massa: semplicemente mi limiterò a segnalare gli esempi più noti, specie in tema di frasi e gesti, chiedendomi, questo sì, il motivo del loro uso indiscriminato. Allora, perché? Si tratta di frasi fatte o di singoli termini, che vengono immessi, spesso a raffica, in un discorso verbale, senza che ce ne sia bisogno, così, tanto per dire una cosa qualsiasi che, oltretutto, è completamente avulsa dal contesto globale; queste locuzioni, ma non tutte, potrebbero anche essere corrette, ove prese da sé sole, il fatto è che ven-

gono usate dove non servono, veri e propri fantasmi lessicali. Ma tant'è, l'abitudine è tale che spesso le esibizioni verbali e gestuali di questi luoghi comuni provengono anche da personaggi noti, specie politici, ma anche presentatori, showmen, giornalisti et alii, che di volta in volta si avvalgono di questi inserti preconfezionati anche in modo inconsapevole, e ben si comprende che in questi casi l'esempio è vieppiù penetrante.

Ciò che più sconcerta è l'assoluta acriticità del soggetto, che neppure si pone il problema dell'uso improprio del frasario o del gesto preconfezionato auto riducendo in questo modo, pur senza accorgersene, la consistenza del proprio vocabolario. Dunque, non usare le frasi o i gesti fatti? Usarne, non abusarne.

Frasario

Aiutino - da aiuto, s.m.; appoggio, collaborazione, opera o servizio per chi è in difficoltà. Il termine dovrebbe significare, presumo, un aiuto non consistente, modesto, piccolo, ma proprio piccolo, tanto per completare i propri desiderata. Ad esempio, perché non usare la frase: un piccolo aiuto? Aiu-

tino, un neologismo di cui non si sentiva il bisogno, oltretutto ha il connotato della vezzosità.

Assolutamente sì, assolutamente no - dal latino *absolutum*, part. passato di *absolvere* (sciogliere, condurre a termine): ad ogni costo, in modo assoluto, usato per dare enfasi o perentorietà ad una frase, o per rafforzare una negazione. Si risponde sì oppure no, non necessariamente preceduti dall'avverbio citato, semmai si può usare il certamente, comunque mai precedente l'affermazione o la negazione; come è possibile che esista perentorietà ad ogni piè sospinto?

Attimino - da attimo, s.m.; dal latino *atomum*: brevissimo spazio di tempo, momento, istante, baleno, batter d'occhio (dal latino *in atomo*: in un istante). Terribile! Si riduce l'attimo in uno spazio ancora più breve, dall'atomo si passa all'elettrone, ancora più anti-italiano, se viene usato come aggettivo: un attimino bello, per esempio! Bello, più

bello, bellissimo: perché non farne uso? Attimino, altro termine vezzoso.

Chiaramente - da chiaro, esprimersi in modo comprensibile, schietto. In realtà, l'avverbio viene usato in tutt'altro significato, all'inizio di un discorso, di solito in risposta ad un quesito, come se il contesto del frasario fosse già conosciuto da colui che ascolta; se così è, o appare essere, che bisogno c'è di chiarire quel contesto? E se l'interlocutore non conosce affatto il contesto, allora qual è il motivo per affermare un qualcosa che non è affatto chiaro alla controparte?

Cia-ciao - contrazione del termine *ciao*, ripetuto due volte. Dal veneto *sciao*, sono vostro



schiaivo, servo vostro. Manca il tempo per ripetere la parola, dunque si abbrevia: pensate, si risparmia un tempo immenso, qualche millisecondo.

Cioè – da ciò-è, avverbio: ossia, in altre parole, vale a dire; o, in senso interrogativo: cosa vuol dire? Anzi, o meglio, o piuttosto. Viene usato ogni quattro parole, si fa per dire, anche quando, a voler essere benevoli, si è già spiegato tutto e bene, e non appare il bisogno di esibire una seconda spiegazione che, neanche a dirlo, non viene mai fornita.

Consentitemi, mi consenta – dal latino cum-sentire: permettere, accordare concedere. E se la platea non consente? Identico il ragionamento se si usano i termini mi sia permesso, mi si perdoni o mi si scusi,...!

Detto questo – Per estensione, dal latino cum haec ita sunt: stando così le cose; terminologia usata spesso in matematica per definire una conclusione (teorema, tesi, conclusione). Al termine di un discorso, prima di iniziarne un altro, al fine di ricapitolare. Ma è proprio necessario? Tal-

ora lo è, nella maggior parte dei casi non lo è affatto.

Alla fine – dal latino fine, di etimo incerto: punto o momento in cui una cosa cessa di essere, non è più, conclusione; finalmente. Cosa vuol dire? Vorrebbe significare la conclusione di un discorso, oppure il tentativo di ridurre il peso di una dichiarazione, insomma, un'autolimitazione (alla fin fine). Per quale motivo dirla quando non serve?

Al limite – confine, linea terminale o divisione, punto estremo a cui si può arrivare; termine che non si può e non si deve superare; al massimo, tutt'al più, come ultima ipotesi. Idem come sopra: è mai possibile che debbano esistere sempre "ultime ipotesi"?

Minimo sindacale – dal latino minimum, superlativo di minus. Superlativo di piccolo, il valore più basso di qualcosa. Sindacale: riferito a salario, remunerazione minima. La frase è di competenza sindacale o politica: che cosa c'entra quando si desidera esprimere il basso livello di una situazione qualsiasi? Si pensa di apparire colti, prendendo a presti-

to qua e là termini e frasari in modo acritico?

Niente, niente di che – s.m.; aggettivo invariabile, pronome indefinito: cosa di poco conto, da trattare con noncuranza. La frase vorrebbe rappresentare una situazione inconsistente, senza importanza: ma allora, a cosa è servito il ragionamento che precede la frase? Ancora peggio, mi si dica cosa significa pronunciare niente ad inizio di discorso o di risposta ad una domanda: se una parola ha valore, allora vuol dire che la risposta non esiste. Chi scrive passa notti insonni a chiederselo!

Di tutto, di più – il contrario di quanto detto sopra.

Non c'è problema – dal latino problema, dal greco pro-ballein, mettere avanti, proporre: caso complicato, difficile da risolvere, situazione preoccupante; nel senso che non esiste alcuna difficoltà, non ci sono ostacoli. Anche dall'inglese no problem. In realtà, la nostra vita è costellata di problemi, con una o più soluzioni per ciascuno di essi; semmai, il vero problema è trovare la soluzione più adatta in quel



in una frase di una o più parole, le quali sono intuibili dal contesto: questo è quanto, cioè contrazione di tutto ciò che c'era da dire. Ellissi (da non confondere con ellisse): sintesi, concisione, brevità, stringatezza, compendiosità (dall'italiano ellissi, latino ellipsi, greco elleipsis). Giusto il termine, meno il suo uso indiscriminato.

Realizzare - dal francese réaliser: attuare, tradurre in realtà, mandare ad effetto, rendere reale un'ipotesi. Come uso non comune nella lingua italiana: capire, comprendere (dall'inglese to realize). Il termine è invalso nell'uso come traduzione acritica

momento, in quella circostanza. La frase vorrebbe dire che la soluzione è facile, e non evidenzia preoccupazioni di sorta: per quale motivo non usare questi termini?

Punto - dal latino pungere, punctum: segno di interpunzione, che mette fine ad un periodo. Per quale recondito motivo usare la punteggiatura verbale? Ed allora, perché non usare anche altri termini, come punto e virgola o punto esclamativo, ecc.? Anche in questo caso, le mie note insonni si sprecano.

È quanto - Espressione cosiddetta ellittica, cioè omissione

dall'inglese, senza pensare che in questa lingua rappresenta il primo significato, mentre in italiano è l'ultimo di quelli proposti dai vocabolari; quando impareremo a sprovvincializzarci? A questo proposito, per quale motivo, anche questo a me recondito, si deve dire: uno punto sei, invece di dire uno e sei? Uno punto sei mima la locuzione in inglese, uno e sei è la corretta dizione italiana.

Virgolettato - dal latino virgola: riportare fedelmente un'altra citazione, alla quale si vuole attribuire un particolare significato. Basterebbe dire: si riporta il testo originale; e che mai e poi mai si faccia il segno del virgolettare con le mani!

Voglio dire, vojo di' - dal latino volgare volere, e dal latino classico velle: significare, provare, dimostrare, manifestare o esprimere un'idea, un concetto. Vedasi quanto detto per il precedente termine cioè; in sé stessa la frase è giusta, ove usata le volte che occorre una spiegazione sintetica del ragionamento precedente, ma rifulata ogni venti secondi di un qualsiasi discorso, non mi sembra cosa canonica, sempre a mio giudizio, s'intende.

Esistono sicuramente altre frasi fatte, tuttavia, mentre scrivo questa nota, non mi sovengono in mente; dunque, mi fermo qui, con gran soddisfazione del lettore.

Gestualità

Si vuol dire che le mani rappresentano il terminale del nostro cervello; è così, ed allora per quale motivo le usiamo spesso a sproposito? Per entrare subito in argomento, è noto il significato del dito in-

dice e pollice a cerchio, delle mani incrociate e flesse, di un mano semiflessa e accostata alle labbra per significare bacio le mani (in segno di ossequio a distanza), e via digitando: modi di gesticolare ormai entrati nell'uso comune, taluni apprezzabili, altri meno.

Ma c'era proprio bisogno di inventarsi anche la mimica del virgolettare, cioè le mani alzate con ambedue gli indici e i medi estesi con un movimento sincrono di modesta flessione,

certamente un modo di aggettivare, ma in questo caso del tutto consono! A quando inventarsi anche il mimare le parentesi? Ma in questo caso, l'indice e il pollice a semicerchio di ambedue le mani contrapposte potrebbe significare ben altro: a voler essere buoni, rammentiamo soltanto la réclame del famoso cachet fiat. Siamo in trepida attesa di altre invenzioni gesticolari, si spera appropriate.

Scrittura

Le modalità di scrittura dei cosiddetti *wall writers*, forse dettate dalla fretta di scrivere per tema di essere scoperti o dal bisogno di criptare lo stesso frasario o da altre pulsioni ignote al sottoscritto, stanno facendo regola, specie fra i giovani. Si aggiunga la necessità, non sempre indispensabile, di abbreviare i testi dei messaggi elettronici, che ha portato alla comparsa di tutta una serie di abbreviazioni, sostituzioni di lettere con numeri, di frasi spesso imprecise, insomma di un coacervo di novità trascrittive, talora, va detto, anche interessanti: all'inventiva degli uomini non c'è confine, speriamo in bene.

Non è tutto, ma per ora ho finito.



dice esteso, del medio esteso, dell'indice e del mignolo estesi a mano flessa, dell'in-

a significare l'inserimento delle virgolette in un certo contesto? Grandioso, anche questo è



Camilla Cavallaro

Il tempo che passiamo seduti si correla alla mortalità cardiovascolare?



Nell'ultimo secolo l'innovazione tecnologica, dei trasporti e delle attività umane ci ha portato ad un'inevitabile modifica dello stile di vita, per cui le ore che passiamo seduti, in auto, al computer sono aumentate. Un'eccessiva sedentarietà, sappiamo essere associata ad un aumentato rischio di morte ed eventi cardiovascolari maggiori; questo fattore di rischio è stato però sempre studiato in popolazioni appartenenti a paesi occidentali o comunque caratterizzati da un alto livello di sviluppo economico. L'impatto della sedentarietà nei paesi più poveri e meno sviluppati, dove quindi concomitano fattori di rischio ed abitudini differenti, ad ora non era mai stato approfondito. A far luce su questo tema uno studio recentemente pubblicato su JAMA che ha utilizzato dati provenienti dal registro PURE (Prospective Urban Rural Epidemiology study).

Sidong Li e colleghi in questo studio osservazionale hanno stabilito la correlazione tra il tempo di sedentarietà (misurato in termini di ore giornaliere, autoriferite dai pazienti), l'incidenza della mortalità per tutte le cause e gli eventi cardiovascolari maggiori in una coorte di individui provenienti da paesi con diverso livello di sviluppo economico. Per l'analisi sono stati arruolati 105.000 partecipanti, adulti di età compresa tra i 35 e i 70 anni, provenienti da 21 paesi a basso-medio e alto introito, che sono stati seguiti con un follow-up di 11 anni. Per la stima delle ore di sedentarietà e di attività è stato uti-

lizzato un questionario riconosciuto a livello internazionale (International Physical Activity Questionnaire).

L'outcome principale era un composito di mortalità per tutte le cause ed eventi cardiovascolari maggiori (mortalità cardiovascolare, infarto del miocardio, ictus o scompenso cardiaco).

Degli oltre 100.000 partecipanti arruolati per lo studio, il 58% erano donne, l'età media 50 anni. Al follow-up di 11 anni si sono verificate 6.233 morti e 5.696 eventi cardiovascolari maggiori (2.349 infarti del miocardio, 2.966 ictus, 671 scompensi cardiaci). Rispetto al gruppo di controllo (< di 4 ore passate sedute ogni giorno), un tempo prolungato passato seduti (una media di 8 ore) era associato ad un aumentato rischio dell'outcome composito (HR 1.19; 95% CI, 1.11-1.28; $P < 0.001$), mortalità per tutte le cause (HR 1.20; 95% CI, 1.10-1.31; $P < 0.001$), eventi cardiovascolari maggiori (HR 1.21; 95% CI, 1.10-1.34; P for trend < 0.001).

Andando a stratificare per i diversi livelli socio-economici è emerso che l'associazione tra tempo passato seduti e mortalità ed eventi cardiovascolari era significativamente più aumentata nei paesi a basso e intermedio livello socio-economico (sedentarietà di 8 ore al giorno: HR 1.29; 95% CI, 1.16-1.44) rispetto ai paesi con elevato status economico (HR 1.08; 95% CI, 0.98-1.19; $P = 0.02$).

Rispetto al gruppo di controllo, composto da soggetti che avevano un numero di ore passate seduti al giorno inferiore a 4 ed un elevato livello di attività fisica praticata, nel gruppo di soggetti che rimanevano seduti per più di 8 ore il rischio che si verificasse un evento avverso aumentava dal 17% al 50%, mentre l'attività fisica risultava un'attenuante.

Conclusioni:

Una sedentarietà prolungata, dalle 4 alle 8 ore giornaliere, è associata ad un significativo rischio di mortalità per tutte le cause, eventi cardiovascolari, diabete e obesità.

Da questo importante studio internazionale è emerso che nei paesi con basso livello di sviluppo economico l'associazione tra sedentarietà, mortalità ed eventi cardiovascolari è significativamente più aumentata rispetto ai paesi più ricchi. Questo potrebbe dipendere dalle diversità nello stile di vita, nell'alimentazione e dalla limitata possibilità di accedere ad attività sportive e ricreative.

Saranno necessari studi randomizzati e più ampi ma sicuramente la sedentarietà, considerato il suo impatto sugli outcome cardiovascolari, verrà presto riconosciuto come *fattore di rischio cardiovascolare modificabile*, al pari del fumo di sigaretta e del sovrappeso.

Questi dati supportano le linee guida della World Health Organization (WHO) 2020 per combattere i comportamenti sedentari, sottolineando l'importanza dell'attività fisica nel ridurre il rischio di eventi avversi legati ad uno stile di vita sedentario.



Simone Budassi

Miopericardite e vaccinazione anti Covid-19: risultati da una coorte nordeuropea



L'arma principale contro la pandemia da SARS-CoV-2 è stata senz'altro l'introduzione dei vaccini. Due di questi, Pfizer e Moderna, utilizzavano l'RNA messaggero (mRNA) come tecnologia biomedica che determinava la risposta del sistema immunitario contro il virus. Nonostante entrambi abbiano dimostrato efficacia e sicurezza, sono stati riportati casi di miocardite e pericarditi durante le prime settimane dalla somministrazione, specialmente nei giovani. Questi due vaccini sono stati quelli più impiegati nei paesi della zona nordeuropea (Danimarca, Finlandia, Norvegia e Svezia).

Øystein Karlstad e colleghi hanno analizzato i dati di 23.1 milioni di individui nordeuropei, di età ≥ 12 anni, sottoposti a vaccinazione con vaccini a RNA messaggero (mRNA) e non, in un periodo che andava dal 27 Dicembre 2020 al 5 ottobre 2021. L'endpoint primario consisteva nella diagnosi ospedaliera di miocardite o pericardite, mentre quello secondario consisteva nella stessa diagnosi sia in pazienti ospedalizzati che non. Le covarianti scelte per la stratificazione del rischio sono state sesso, età, periodo dell'anno, l'impiego come personale sanitario e sei comorbidità (malattia polmonare, renale, autoimmune, cardiovascolare, diabete, cancro) diagnosticate prima del follow up.

Durante i 28 giorni del periodo a rischio dopo vaccinazione e durante il periodo di "non vaccinazione" sono stati osservati 1.077 casi di miocardite e 1.149 casi di pericardite. L'in-

cidenza di miocardite durante il periodo di non vaccinazione era 9.7 per 100.000 persone all'anno negli uomini e 4.3 per 100.000 persone all'anno nelle donne. Negli individui giovani (16-24 anni) l'incidenza osservata era di 18.8 per 100.000 persone all'anno nei maschi e 4.4 per 100.000 persone all'anno nelle femmine. Al follow up di 28 giorni dopo vaccinazione si sono osservati 105 casi di miocardite dopo la prima dose del vaccino Pfizer e 115 dopo la seconda, 15 casi dopo la prima dose di Moderna e 60 casi dopo la seconda. Il tasso d'incidenza corretto (IRR) di miocardite in soggetti che avevano ricevuto due dosi del vaccino Pfizer

era di 1.75 (95% IC 1.43-2.14), mentre per Moderna era di 6.57 (95% IC 4.65-9.28). Il rischio era maggiore nella popolazione maschile più giovane (16-24 anni) [IRR 5.31 (95% IC 3.68-7.68) con due dosi di Pfizer e IRR 13.83 (95% CI 8.08-23.68) con due dosi di Moderna]. Il numero di miocarditi è stato di 5.55 (3.70-7.39) ogni 100.000 abitanti per Pfizer e 18.39 (9.05-27.72) ogni 100.000 per Moderna. Risultati analoghi si sono osservati per l'incidenza della pericardite.

In questa coorte di studi si è osservato una più alta incidenza di miocarditi e pericarditi dopo la vaccinazione con vaccini a mRNA. L'incidenza più alta si è osservata nei giovani maschi tra i 16 e i 24 anni dopo la seconda dose di Moderna. Va comunque considerato che la diagnosi di miocardite dopo vaccinazione rimaneva un evento raro anche nel sottogruppo di giovani pazienti maschi. Inoltre, il rischio di contrarre una miocardite era assolutamente compensato dai benefici della vaccinazione nel prevenire l'infezione aggressiva da SARS-CoV-2 e nel ridurre la propagazione del virus che, come abbiamo avuto modo di constatare negli ultimi due anni, ha avuto ripercussioni drammatiche per la salute degli individui e conseguenze economiche per l'intera società.

tra i libri ricevuti



In Russia il cardiologo è donna

La Russia, oggi Federazione Russa, è un paese europeo di quasi 150 milioni di abitanti, ma con un'ampia estensione verso l'Asia, da cui sono migrati nei secoli numerosi ceppi razziali poi confluiti anche ad ovest e a sud dell'Europa. Storicamente la sua personalità di nazione si è formata con numerose influenze asiatiche, ma, dati gli Urali, soprattutto con quelle dell'Europa romana e anglosassone, oltre a quelle autoctone: come l'ordinamento politico imitante i cesari da cui deriva lo zarismo; la letteratura da Tolstoj a Dostoevskij e Chekhov, grande quanto e più di quella occidentale dall'illuminismo; i musicisti da Rimskij Korsakov a Cajkovskij e Stravinskij; ma anche gli scienziati da Anickov per gli studi sul colesterolo a Pavlov per quelli sui riflessi condizionati fino alla prima impresa spaziale di Gagarin, tutti con una loro grande personalità che si è integrata nel progresso culturale europeo.

L'organizzazione sanitaria in quel vasto paese, suddiviso in etnie con differenti tradizioni, non è stata facile; essa non era a favore di tutti ai tempi degli zar, un po' meglio sotto il regime collettivista sovietico. Dopo la caduta del muro alla fine del secolo scorso l'assistenza sanitaria si è in buona parte unifor-



mata secondo gli standard occidentali, grazie alla nuova politica e agli scambi culturali di medici e informazioni scientifiche. Oggi Simon Matskeplishvili della Lomonosov Moscow State University pubblica su *Circulation* una specie di resoconto dello sviluppo dell'assistenza cardiovascolare in Russia. Egli riferisce che nel periodo dal 2003 al 2019 la mortalità cardiovascolare è scesa del 3% ogni anno, per un complessivo 51%; purtroppo non in modo uniforme nel paese, a macchia di leopardo come si dice da noi, anche perché la costituzione prevede un 60% a carico dello stato e un 40% delle regioni. Quasi in contemporanea con l'occidente anche in Russia c'è stata una stretta sul fumo, sia aumentando la tassa sui prodotti che proibendolo nei luoghi pubblici. La sigaretta elettronica è comparsa solo recentemente.

In quel mondo di gente tosta e abituata a un clima piuttosto rigido, l'uso e l'abuso dell'alcol è sempre stato un costume difficile da regolare secondo i criteri della prevenzione. Oggi anche questa droga, leggendo il reportage di Matskeplishvili, è entrata nella politica di un certo proibizionismo che ne ha ridotto l'abitudine complessiva del 43%, addirittura del 67% per i superalcolici, leggi vodka. Durante il regime di Putin, non citato nella pubblicazione ma che va considerato data la sua lunga durata, si è data maggiore attenzione ai fattori di rischio cardiovascolari e allo sviluppo delle specialità mediche, favorendo anche gli stage all'estero (oltre il 15%), con un guadagno per la vita media dai 64 anni del 2002 ai 73 del 2019. I cardiologi sono per il 90% donne (!), ma pure i gastroenterologi con il 92%, i neonatologi e gli immunologi con il 95%. Per la cardiologia si rileva, analogamente a quanto si era verificato da noi,



l'evoluzione dalla non invasiva a quella dei sondaggi interni al cuore per le coronarie e le ablazioni, i cardiologi interventisti sono passati dal 8.7% nel 2005 al 71.3% nel 2013 (!), con un programma tuttavia che avrà bisogno di maggiore divulgazione onde uniformare quell'assistenza a tutta la vasta Federazione. Anche la mortalità ospedaliera per infarto miocardico non è omogenea, è dell'11,2% in media, ma del 6.4% a Mosca. Si fa anche presente che la spesa assistenziale è stata aumentata dal 3.5% al 5% del bilancio nazionale.

Il dato che in questa rassegna stupisce di più, di questi tempi in cui nell'occidente la donna riemerge rivoluzionando anche i progressi precedenti, in tutti i campi, mentre nell'oriente islamico le si impone una schiavitù senza la minima autocritica, è la preponderante presenza di cardiologhe. Ciò lascia sgomenti anche quei veneti tradizionalisti che, un po' per celia e un po' per taccagneria, dicevano della donna "che la piasa, la tasa e la staga in casa". Ricordo sempre l'imbarazzo, per usare un eufemismo, che provocò l'arri-



Lomonosov Moscow State University

vo 70 anni fa nella mia cittadella veneta della prima pediatra. Solo la sua intelligenza e lentamente i risultati ebbero la meglio sull'ostracismo, peraltro bonario. Ricordo anche l'appello innovatore dedicato in questa rivista da Pier Luigi Prati in omaggio alle medichesse che si stavano sempre più qualificando e inserendo. Oggi esse anche da noi si sono imposte globalmente nel numero, superando statisticamente i maschi, pareggiando l'atavica discriminazione, sia per competenza che in ruoli dirigenziali.

Naturalmente certe mansioni sembrano ancora più adatte all'uno o all'altro sesso, ma l'esperienza non ha poi dimostrato una chiara divisibilità. Oggi appare molto più anacronistica di quanto già lo fosse 50 anni fa, l'intervista a un celebre chirurgo clinico, nella quale a chi gli chiedeva se si sarebbe fatto operare da una dottoressa, rispose con un "mai!" deciso e senza appello. Come cambiano i tempi e anche le opinioni quando il progresso non è ostacolato dai fanatismi, dalle presunzioni e dall'opportunismo di chi parla per ignoranza e non seguendo, invece, l'adagio veneto di "prima de parlar tasi". Purchè questo "tasi" non sia imposto da un sovranista al potere da troppo tempo.

di **Bruno Domenichelli**

Creatività: la sintesi magica

*A Silvano Arieti, che
inconsapevolmente mi
ha suggerito il titolo e
il senso di questo scritto.*

Creatività: allunghi la mano e la nebbia si dirada. L'acqua si fa allora più limpida e fra le dita ti rimangono impigliate, come alghe di luna, verità sconosciute che a tua insaputa abitavano dentro di te e che vivono nella preistoria di ogni uomo. Immagini che vedi colorarsi nella mente a poco a poco, come caleidoscopi illuminati dal sole.

Si dirada la nebbia e il blocco informe di alabastro lo modella lo scalpello delle metafore. E imprevedibili, magiche, ascolti fluire sul foglio parole non tue: a dar chiarezza all'indistinto e nitidezza di senso e pienezza di respiro, e un volto.

E con stupore ti ritrovi fra le mani cattedrali di cristallo trasparente, inconsapevolmente modellate dal sortilegio del tuo pensiero. Dalle vetrate dei rosoni vedi ondate di luce rifrangersi nei miraggi infiniti dei colori della vita, insondabili messaggi d'universo che attraversano le sinapsi d'argento dei tuoi neuroni esterrefatti, fra cui gioca la semplice innocenza degli occhi di un bambino che imparando a conoscere il mondo, s'illumina di meraviglia e te ne mostra il perché.

La notte s'è accesa di scintille. Sintesi magiche di pensiero e di luce rendono palesi visionarie realtà intraviste nell'attimo impareggiabile del diradarsi della nebbia.

Scivolando nell'aria, un airone cinerino attraversa nel cielo l'invisibile barriera fra l'esattezza del suo volo e la realtà della tua fantasia.

Vieni, è l'ora di indossare le tue ali. È facile, vedrai. Insegnerà anche a te a oltrepassare l'impalpabile soglia fra cielo e terra.



Airone cinerino



“Dove vado ad aggiornarmi?”

DA “I QUIZ UNIVERSALI”

La ratio degli “incontri” della “scuola beneventana”

Vulenn' fa' 'nu poco 'e aggiornamento,
chist' anno, ...amm' fatto già 'a pensata,
jamm' a senti' gli' “Incontri” a Benevento
addòce scappa pure 'na risata.

A nuje ce piace chell' atmosfera,
addò prevale sempe 'a colleganza
e puo' discutere,.... pure fino a sera,
senza tene' nisciuna sudditanza.

'Sta qualità sicuro tu l'appriezzi,
ma là se 'mpara n' ata cosa bona
che 'o Malato nun se cura a pezzi,
peccchè intera è nata 'sta persona, (1)

che tutta quanta add' esse' rispettata,
che ce vò sempe 'o senso d' a misura,
e l'equilibrio add' esse' conservato (2)
tra tutte 'e forze ch' esistono in natura;

ch' 'o Miedeco se stesse sempe accorto,
che 'a Professione oggiè in salita,
ma, certamente, nun ce scappa 'o muorto,
si Isso resta'nu “studente a vita”. (3)

Te 'mpare, là, che i libri nun so' tutto,
chello che conta è pure l'esperienza,
e....., quann' cride ch' hai capito tutto,
nun basta mai, si nun ce sta 'a coscienza; (4)

si nun ce sta 'a fiducia int' 'o rapporto,
'a Medicina nun funziona mai,
'sta varca nun arriva mai in porto
e 'o Malato annaspa 'nmezo 'e guai.

Bibliografia:

- (1) A. Murri, C. Frugoni, M. Coltorti,
A. Miracco, M. Torquati, S. Vulterini,
S. Mansueto
(2) C. Bernard
(3) C. Frugoni, V. Cagli

E quanto vale chella simpatia,
quann' 'o Malato te sente comm' amico,
ce serve, sì, 'a tecnologia
ma, spisso, è meglio... 'o Duttore antico.

Nun bastano 'e carezze, ce vò 'a Scienza,
pe' fa' sana',si 'a malatia è vera,
ma quanta ce ne vò, pure 'e pacienza,
pe' cura' l'anima, ...che, ...spisso, se dispera.

'O corpo umano nun è 'nu robot,
nun basta l'uoglio dint' agli ingranaggi,
è 'n' illusione,che vò 'e moda mò,
addò se campa c' analisi e cu 'e raggi.

Agli “Incontri” ce sta 'n' ata teoria,
se sforzano 'e cerca' d' 'a divulga',
mettennece 'nu poco 'e fantasia
comme se fadint' 'a pubblicità:

ce serve 'a Tac e pure 'a Risonanza,
ce vo' 'na prova che dà l'evidenza,
ma sempe....parlanno cu creanza
ce serve....'nu Miedecoche pensa;(5)

che mette insieme ogni informazione,
che nun trascura manco 'nu sospetto
e nun se scorda mai... d' 'a lezione
che 'a diagnosi se fa ...affianco 'o lietto. (6)

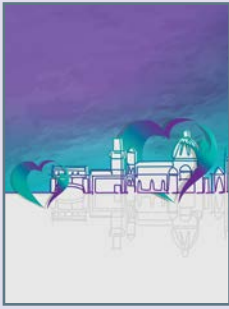
Cecco Gambizzato

(4) G. Moscati, R. Pampuri

(5) S. Vulterini

(6) A. Murri, C. Frugoni, M. Coltorti,
A. Miracco, M. Torquati, S. Vulterini,
S. Mansueto, A. Borghetti, G.G. Neri Sernerri,
I. Portioli





CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2022

Programma definitivo

39° Congresso di Cardiologia

del Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus
Firenze, Fortezza da Basso, 20-21-22-23 ottobre 2022

Coordinamento: Francesco Prati

GIOVEDÌ 20 OTTOBRE

I Sessione Moderatori: Francesco Bovenzi, *Lucca*
Annunziata Nusca, *Roma*

- 14.30** **Quando la sindrome di Brugada è a rischio di morte improvvisa: aspetti clinici ed anatomici**
Filippo Stazi, *Roma*
- 14.45** **L'angioplastica si raffina ma il bypass non va in soffitta**
Ruggero De Paulis, *Roma*
- 15.00** **Incertezze terapeutiche: primo riscontro di fibrillazione atriale in corso di sindrome coronarica acuta**
Davide Capodanno, *Catania*
- 15.15** **Discussione**

VULNERABLE PLAQUE MEETING

Introduzione di Francesco Prati, *Roma*

Panelists: Eloisa Arbustini, *Pavia* - Alberto Boi, *Cagliari*
Dionigi Fischetti, *Lecce* - Italo Porto, *Genova*
Francesco Prati, *Roma* - Maurizio Turturo, *Bari*

- 15.30** **Ricerca della placca vulnerabile: di nuovo in auge?**
Massimo Fineschi, *Siena*
- 15.38** **Perché preferisco lo studio funzionale**
Ugo Limbruno, *Grosseto*
- 15.46** **Perché preferisco la valutazione con OCT**
Franco Fabbrocchi, *Milano*
- 15.54** **Lo studio INTER-CLIMA: razionale e disegno**
Flavio Giuseppe Biccirè, *Roma*
- 16.02** **Lo studio INTER-CLIMA: risultati preliminari**
Carmine Musto, *Roma*
- 16.10** **Serve una metodica non invasiva: potenzialità della TAC-PET**
Nevio Taglieri, *Bologna*
- 16.18** **Discussione**
- 16.40** **Intervallo**

II Sessione Moderatori: Carlo Di Mario, *Firenze*
Laura Gatto, *Roma*

- 17.00** **Riduzione degli eventi cerebrovascolari e periferici con PCSK9 inhibition. Dipende solo dall'abbassamento del LDL?**
Paolo Calabrò, *Caserta*
- 17.15** **Lo strain ecocardiografico: perché si impiega sempre di più?**
Matteo Cameli, *Siena*
- 17.30** **È possibile che l'angioplastica non migliori la qualità di vita nell'angina stabile?**
Paolo Golino, *Napoli*
- 17.45** **Discussione**

18.00-19.00 CASI CLINICI E VOI COSA FARESTE ?

Moderatori: Gian Franco Pasini, *Gavardo - BS*
Elisabetta Ricottini, *Roma*

- 1. Una scelta anomala**
Sara Amicone, *Bologna*
- 2. Non giudicate dalle apparenze.... Ma dalle sparizioni....**
Luigi Colarusso, *Messina*
- 3. Cosa si nasconde dietro al soprallivellamento del tratto ST**
Francesca Bodega, *Bologna*
- 4. Break a leg, don't break the heart!**
Carla Rochira, *Catania*

VENERDÌ 21 OTTOBRE

8.30 **Saluto ai partecipanti**

III Sessione Moderatori: Alessandro Distante, *Mesagne - BR*
Giancarlo Piovaccari, *Rimini*

- 8.45** **Approccio chirurgico alla valvulopatia mitro-tricuspidalica: regole di buon vicinato**
Ottavio Alfieri, *Milano*
- 9.00** **La deficienza di ferro nello scompenso cardiaco: diagnosi e ripercussioni cliniche**
Claudio Ferri, *L'Aquila*

- 9.15 I tanti No all'impiego degli antiaritmici di classe IC. Non saranno state troppo severe le linee guida?**
Riccardo Cappato, *Sesto San Giovanni - MI*
- 9.30 L'enigma dell'ipertensione arteriosa resistente: dalle soluzioni semplici (cambiamento dello stile di vita) a quelle aggressive (ablazione delle arterie renali)**
Massimo Volpe, *Roma*
- 9.45 Discussione**
- 10.05 Consegna Premio Pier Luigi Prati**

IV Sessione Moderatori: Francesco Grigioni, *Roma*
Francesco Versaci, *Latina*

- 10.15 Implicazioni cliniche del rilievo di fibrosi alla risonanza magnetica cardiaca**
Gianluca Pontone, *Milano*
- 10.30 Impiego della terapia ipolipemizzante: le linee guida, i farmaci o il paziente?**
Claudio Borghi, *Bologna*
- 10.45 ICTUS ischemico in assenza di fibrillazione atriale documentata. C'è chi potrebbe beneficiare della terapia anticoagulante?**
Giuseppe Di Pasquale, *Bologna*
- 11.00 Inquinamento e rischio coronarico: quanto conta?**
Raffaele De Caterina, *Pisa*
- 11.15 Discussione**
- 11.45 Intervallo**

12.10 - 12.40 PASSATO, PRESENTE E FUTURO DELLA TERAPIA ANTIAGGREGANTE
Davide Capodanno, *Catania*
Introduzione di Laura Gatto, *Roma*

12.40 - 13.10 LETTURA
Un approccio intensivo, rapido, precoce con i PCSK9i: Le nuove soglie LDL e le recenti evidenze sulla stabilizzazione della placca
Paolo Calabrò, *Caserta*
Introduzione di Ciro Mauro, *Napoli*

12.45 - 14.15 LUNCHEON PANEL
La ricerca (che) continua per nuove soluzioni nei pazienti con malattie cardiovascolari

Moderatore: Pasquale Caldarola, *Bari*

- 12.45 Pazienti fibrillanti e vulnerabili: come proteggerli in sicurezza**
Letizia Riva, *Bologna*
- 13.15 La sfida della sopravvivenza nei pazienti con malattia aterosclerotica multidistrettuale: le risposte con il dosaggio vascolare di Rivaroxaban**
Leonardo De Luca, *Roma*

13.45 Nuovo target terapeutico nella gestione del paziente con scompenso in fase di riacutizzazione: ruolo di Vericiguat
Nadia Aspromonte, *Roma*

14.00 Discussione

12.45 - 14.15 LUNCHEON PANEL
Finestra sulla cardiologia interventistica

Moderatori: Giuseppe Calligaris, *Milano*
Franco Fabbicchi, *Milano*

12.45 Live in the box
Transcatheter mitral Valve in valve
Caterina Gandolfo, *Palermo*

13.15 Discussione

13.25 Come, quando e perché studiare il microcircolo
Massimo Fineschi, *Siena*

13.45 Live in the box con IMR (Indice di resistenza microvascolare)
Massimo Fineschi, *Siena*

14.00 Discussione

13.10 - 13.40 LETTURA
Evidenze scientifiche e benefici clinici di semaglutide nel continuum CV del DM2
Stefano Genovese, *Milano*
Introduzione di Michele Senni, *Bergamo*

13.40 - 14.10 LETTURA
Nuove frontiere nella terapia ipocolesterolemizzante orale Nel paziente ad alto rischio cardiovascolare
Marcello Arca, *Roma*
Introduzione di Francesco Prati, *Roma*

14.10 - 14.40 LETTURA
SGLT2i nel trattamento dello scompenso cardiaco a frazione di eiezione ridotta e oltre: ci aspetta un futuro brillante?
Andrea Di Lenarda, *Trieste*
Introduzione di Francesco Prati, *Roma*

V Sessione Moderatori: Italo Porto, *Genova*
Pierfranco Terroso, *Sassari*

14.40 Insufficienza mitralica post-infartuale: quando ricorrere alla chirurgia riparativa, quando alla mitral clip
Francesco Maisano, *Milano*

14.55 Qualche buona ragione per procedere all'occlusione dell'auricola
Gavino Casu, *Sassari*

15.10 Trattamento valvolare nella stenosi aortica importante in assenza di sintomi. Meglio non aspettare?
Corrado Tamburino, *Catania*

15.25 **Discussione**
16.00 **Intervallo**

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

16.30 **Progressione ed instabilizzazione dell'aterosclerosi: ruolo della lipoproteina (a)**
Alberto Corsini, *Milano*

16.45 **Associazione tra cuore e demenza; occhio all'atrio sinistro**
Pierfranco Terrosu, *Sassari*

17.00 **Poligenic risk score ed età. Un aiuto in più nella prevenzione cardiovascolare del giovane?**
Pier Luigi Temporelli, *Veruno - NO*

17.15 **Il punto sulla sigaretta elettronica ad oltre 10 anni dall'introduzione**
Stefano Savonitto, *Lecco*

17.30 **Discussione**

18.00 - 19.00 **CASI CLINICI
E VOI COSA FARESTE ?**

Moderatori: Angela Beatrice Scardovi, *Roma*
Alessandro Battagliese, *Roma*

1. **L'essenziale è invisibile...All'ECG di superficie**
Alessandro Carecci, *Bologna*

2. **Congestture e Confutazioni**
Mattia Corianò, *Padova*

3. **Un moderno cavallo di Troia**
Paola Redaelli, *Milano*

4. **Quando il gioco si fa duro... e le terapie convenzionali non bastano**
Giuseppe Princi, *Roma*

SABATO 22 OTTOBRE

8.15 - 8.45 **LETTURA**

ASA compie 125 anni, eppure ci sono ancora novità
Giovambattista Desideri, *L'Aquila*
Introduzione di Francesco Prati, *Roma*

VII Sessione **Moderatori:** Antonio Colombo, *Milano*
Domenico Gabrielli, *Roma*

8.45 **Abbassare i trigliceridi per ridurre il rischio di eventi cardiaci in prevenzione primaria e secondaria: nuove evidenze**
Pasquale Perrone Filardi, *Napoli*

9.00 **Sostituzione transcaterete della mitrale: c'è ancora da lavorare**
Antonio Bartorelli, *Milano*

9.15 **L'empagliflozin nello scompenso con frazione d'eiezione preservata: primo successo nella mission impossible**
Michele Senni, *Bergamo*

9.30 **Si affina il trattamento dell'amiloidosi**
Claudio Rapezzi, *Ferrara*

9.45 **Discussione**

VIII Sessione **Moderatori:** Francesco Musumeci, *Roma*
Niccolò Marchionni, *Firenze*

10.15 **Una soluzione aggressiva per il paziente con scompenso cardiaco e fibrillazione atriale: ablazione nodale e CRT**
Stefano Bianchi, *Roma*

10.30 **Il rischio di infarto nella malattia del microcircolo**
Francesco Prati, *Roma*

10.45 **Cardiologia del futuro: lo xenotrapianto con cuore suino**
Gianfranco Sinagra, *Trieste*

11.00 **Scenari di medicina di precisione: la proteomica nello scompenso cardiaco**
Fabrizio Oliva, *Milano*

11.15 **Discussione**

11.45 **Intervallo**

12.10 - 12.30 **LETTURA**

Quando ablare la tachicardia ventricolare: il giudizio del clinico
Gianni Casella, *Bologna*
Introduzione di Filippo Stazi, *Roma*

12.40 - 13.10 **LETTURA**

Il trattamento intensivo e precoce della dislipidemia già' alla dimissione: The sooner, the lower is better
Giuseppe Patti, *Novara*
Introduzione di Francesco Prati, *Roma*

13.10 - 13.40 **LETTURA**

Empagliflozin nel paziente con scompenso cardiaco: pensando al cuore, proteggendo il rene
Marco Metra, *Brescia*
Introduzione di Maurizio Volterrani, *Roma*

13.40 - 14.10 **LETTURA**

L'impiego degli anticoagulanti nel paziente oncologico
Daniele Pastori, *Roma*
Introduzione di Francesco Prati, *Roma*

14.10 - 14.40 **LETTURA**

Prevenzione secondaria: basta una pillola
Riccardo Sarzani, *Ancona*
Introduzione di Francesco Prati, *Roma*

SABATO 22 OTTOBRE

IX Sessione Moderatori: Furio Colivicchi, *Roma*
Monica Verde, *Roma*

14.40 Perché l'angioplastica primaria può essere inefficace nonostante la precocità dell'intervento?
Giuseppe Patti, *Novara*

14.55 Quando impostare la terapia anticoagulante nella FA asintomatica? Alla ricerca di cut-off di durata
Roberta Rossini, *Cuneo*

15.10 Bere il vino con moderazione fa bene o no?
Andrea Poli, *Milano*

15.25 Selezione dei pazienti da trattare con defibrillatore; oltre la FE
Vittoria Rizzello, *Roma*

15.40 Discussione

X Sessione Moderatori: Nazzareno Galì, *Bologna*
Elisabetta Varani, *Ravenna*

16.40 Il ponte miocardico: incidenza, diagnosi e prognosi di una patologia dal significato clinico incerto
Claudio Cavallini, *Perugia*

16.55 Processo alla metodologia di ricerca clinica: cosa è cambiato con il COVID-19?
Luigi Tavazzi, *Cotignola - RA*

17.10 Complicanze cardiache della vaccinazione COVID-19; ora ne sappiamo di più
Paolo Verdecchia, *Perugia*

17.25 Discussione

18.00 - 19.00 THE YOUNG AND THE MASTER TOGETHER
Presenters and our distinguished faculty
Non accreditato ai fini ECM

DOMENICA 23 OTTOBRE

9.00 - 9.20 LETTURA
Fisiopatologia dell'infarto. Certezze assodate e nuovi concetti
Filippo Crea, *Roma*
Introduzione di Francesco Prati, *Roma*

9.20 Premiazione "Comunicazioni Scientifiche"

XI Sessione Moderatori: Filippo Crea, *Roma*
Giuseppe Musumeci, *Torino*

9.30 La cardiochirurgia "onsite" nell'interventistica strutturale (TAVI, TEER, chiusura auricolare). Un muro da abbattere?
Marco Zimarino, *Chieti*

9.45 Genetica e clinica: insieme per diagnosticare le cardiomiopatie
Eloisa Arbustini, *Pavia*

10.00 La Tomografia Computerizzata può sostituire l'angiografia coronarica? Lo studio DISCHARGE
Leonardo Bolognese, *Arezzo*

10.15 Sorprese in cardiologia; antidiabetici (glifozine) per la cura della sindrome cardiorenale
Gennaro Cice, *Napoli*

10.30 Il nesso tra influenza ed infarto del miocardio: la vaccinazione protegge
Giovambattista Desideri, *L'Aquila*

10.45 Lo stent nel paziente ad alto rischio emorragico: monoterapia antiaggregante?
Piera Capranzano, *Catania*

11.00 Discussione

MINI CORSI

VENERDÌ 21 OTTOBRE

9.00 - 10.30 TECNICA E APPLICAZIONI CLINICHE DEL LONGITUDINAL STRAIN ECOCARDIOGRAFICO
Matteo Cameli, *Siena*

11.00 - 12.30 TAVI
Carmelo Sgroi, *Catania*

14.30 - 16.00 VENTILAZIONE POLMONARE IN UNITÀ CORONARICA
Marco Marini, *Ancona*

16.30 - 18.00 RISONANZA MAGNETICA IN CARDIOLOGIA
Gianluca Pontone, *Milano*

SABATO 22 OTTOBRE

9.00 - 10.30 RISONANZA MAGNETICA IN CARDIOLOGIA (Replica)
Gianluca Pontone, *Milano*

11.00 - 12.30 ECOGRAFIA TRANSESOFOGEEA
Maria Teresa Mallus, *Roma*
Domenico Testa, *Roma*

14.30 - 16.00 RISONANZA MAGNETICA IN CARDIOLOGIA (Replica)
Gianluca Pontone, *Milano*

16.30 - 18.00 TRATTAMENTO PERCUTANEO DI INSUFFICIENZA MITRALICA E TRICUSPIDALICA
Antonio Bartorelli, *Milano*



Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

SCHEDA ISCRIZIONE ALLA FONDAZIONE (ANNO 2022)

Da compilare in stampatello ed inviare a:

Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus • Via Pontremoli 26 - 00182 Roma • Fax 06 3221068 • e-mail: info@centrolottainfarto.it

COGNOME NOME
DATA LUOGO DI NASCITA Prov ()
CODICE FISCALE
VIA CAP CITTÀ Prov ()
TEL. () CELL E-MAIL

• QUOTA DI ISCRIZIONE ALLA FONDAZIONE PER L'ANNO 2022

€ 75,00

La presente scheda non verrà considerata se non accompagnata dal relativo pagamento (a seguire le modalità di 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**;
- bonifico bancario **IBAN IT49D0358901600010570300470**, intestato al Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus, c/o Allianz Bank.
- assegno allegato non trasferibile intestato al Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus.
- carta di credito circuito VISA.

Carta N° Scadenza /

Nome e Cognome del titolare della carta

A ricevimento della quota destinata alla Fondazione verrà inviata regolare ricevuta.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ex art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del 27.4.2016)

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) n. 2016/679 (di seguito il "GDPR"), il Centro per la Lotta contro l'Infarto S.r.l. (di seguito, il "Titolare") La informa che i suoi dati personali raccolti in previsione o nel corso degli Eventi, saranno utilizzati e conservati nel rispetto di quanto previsto dal GDPR e in conformità a quanto segue.

- 1. Titolare del trattamento** Il titolare del trattamento è il Centro per la Lotta contro l'Infarto S.r.l., nella persona del suo legale rappresentante pro tempore, con sede in Roma alla Via Pontremoli n. 26, c.a.p. 00182. Il titolare può essere contattato tramite posta ordinaria presso l'indirizzo della sede legale, ovvero tramite posta elettronica all'indirizzo info@centrolottainfarto.it.
- 2. Finalità del trattamento** Il trattamento è svolto dal titolare al fine di organizzare e gestire la partecipazione dei soci e degli utenti richiedenti l'iscrizione a Convegni ed Eventi da quest'ultimo organizzati. Il trattamento è svolto altresì per finalità assicurative e contabili, nonché per adempimenti previsti per Legge.
- 3. Base giuridica del trattamento** La base giuridica del trattamento di cui al punto 2, è rappresentato dalla necessità di dare esecuzione al contratto di servizi di cui è parte l'interessato in conformità all'art. 6 par. 1 lett. b) del GDPR, e pertanto soddisfa quanto previsto dal principio di liceità del trattamento.
- 4. Obbligatorietà del conferimento dei dati personali** Il conferimento dei dati personali da parte dell'interessato ha natura obbligatoria al fine di poter dare prosecuzione al contratto di servizi di cui al punto 3 e per perseguire le finalità del titolare del trattamento di cui al punto 2. L'eventuale rifiuto al conferimento dei dati personali comporterà l'impossibilità di erogare il servizio da parte del titolare nei confronti dell'interessato.
- 5. Comunicazione dei dati a terzi** I dati personali dell'interessato non saranno oggetto di trasferimento all'estero né verso Paesi facenti parte dell'UE o dello Spazio "Shengen" né verso Paesi extra UE. I dati personali dell'interessato potranno essere oggetto di comunicazioni a terzi, e nello specifico a soggetti individuati dal titolare quali destinatari ovvero responsabili del trattamento ex art. 28 GDPR, a tutti i soggetti fornitori necessari all'erogazione del servizio/congresso, oltreché a soggetti per i quali tale comunicazione è prevista per Legge. L'elenco completo e aggiornato dei responsabili del trattamento dei dati designati sarà fornito dal Titolare del trattamento a sua semplice richiesta, inviando una comunicazione a recapiti precedentemente indicati.
- 6. Periodo di conservazione** I dati personali dell'interessato verranno conservati per il tempo strettamente necessario al perseguimento delle finalità di cui al punto 2 della presente informativa e, al raggiungimento di queste, per ulteriori 10 anni al fine di ottemperare a adempimenti amministrativo-contabili previsti per Legge e all'obbligo della tenuta delle scritture contabili ex art. 2220 c.c.
- 7. Diritti dell'interessato** L'interessato può esercitare in qualsiasi momento i diritti di cui agli artt. 15 e ss. GDPR, ossia il diritto dell'interessato di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati.
- 8. Diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo** L'interessato ha diritto di proporre reclamo contro il titolare all'Autorità di controllo individuato nel Garante della Protezione dei Dati Personali.

Data

Firma



Insalata di ceci

Ingredienti per 4 persone:

400 gr. di ceci cotti
Pomodorini rossi datterini q.b.
Olive leccino snocciolate
2 cucchiaini di succo di limone
1 cipollotto fresco
1 ciuffo di basilico
Olio evo
Sale q.b.
Pepe q.b.

Preparazione:

Scolare i ceci dal loro liquido con un colino e mettere in un'insalatiera insieme al succo di limone. Lasciare riposare per circa dieci minuti.
Nel frattempo tagliare i pomodorini e unirli ai ceci.
Unire anche il cipollotto tagliato sottile, le olive e il basilico.
Lasciare insaporire per 15 minuti in frigo e servire.

Buon Appetito!

aforismi

Finalmente si intesero: conclusero concordi di essere nemici.

> *Stanislaw J. Lec*

Sono gli ottimisti, si dice, che mandano avanti il mondo. E questo spiega molte cose.

> *G.P. Lepore*

Il padre regalò al figlio un vigneto ma il figlio non diede al padre neanche un grappolo d'uva.

> *Proverbio turco*

Più conosco certe gentili signore, più comprendo il fascino del celibato ecclesiastico.

> *Giulio Andreotti*

La vecchiaia è una catastrofe estetica, virile, creativa, temperamentale e, considerando l'egoismo dei vecchi, pure affettiva.

> *Pier Luigi Prati*

La lussuria è la sessualità che sa il fatto suo.

> *Roberto Gervaso*

Esistono tipi che assumono una personalità soltanto al telefono.

> *Leo Longanesi*

La vera superbia è sentirsi superiore non solo agli altri ma anche a sé stessi.

> *Roberto Gervaso*

I filosofi, come i cani, vanno sempre con chi dà loro da mangiare.

> *Castruccio Castracani*

Chi trova un amico trova un tesoro, chi trova un tesoro trova molti amici.

> *Anonimo*

Se quelli che dicono male di me sapessero quel che io penso di loro, direbbero peggio.

> *Sacha Guitry*

E se a Eva Adamo non fosse piaciuto?

> *Anonimo*

Gli anni non fanno dei sapienti. Fanno solo dei vecchi.

> *A.M. Swetchine*

L'amore è come la luna: se non cresce, cala.

> *Proverbio cinese*

Il traffico ha reso impossibile l'adulterio nelle ore di punta.

> *Ennio Flaiano*

Non c'è da vergognarsi di cambiare idea ma per cambiare idea bisogna avere delle idee di ricambio.

> *Pittigrilli*

Invecchiando il mio guaio è che spesso non mi ricordo più come la penso.

> *Pino Caruso*

Gli uomini mutano sempre sentimenti e comportamenti con la stessa rapidità con cui si modificano i loro interessi.

> *Arthur Schopenhauer*

Chi russa si addormenta per primo.

> *Arthur Bloch*




Il guadagno altrui viene quasi percepito come una perdita propria.

> *Wilhelm Busch*

Sostenete e diffondete

Cuore e Salute

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

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



MODULO PER ISCRIVERSI ALLA FONDAZIONE O PER ISCRIVERE UN AMICO

DESIDERO: ISCRIVERMI RINNOVARE L'ISCRIZIONE ISCRIVERE UN AMICO AL

CENTRO PER LA LOTTA CONTRO L'INFARTO - FONDAZIONE ONLUS

COGNOME NOME

CODICE FISCALE

VIA CAP CITTÀ

PROV. NATO A. IL

E-MAIL CELL

(*) nominativo di chi offre Cuore e Salute

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

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

AI NOSTRI LETTORI

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

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



Centro per la Lotta contro l'Infarto
Fondazione Onlus

Capire per prevenire

5X1000

LA NOSTRA RICERCA HA BISOGNO DEL TUO AIUTO!

Una scelta che fa bene al cuore

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

COME DESTINARE IL TUO 5 X1000

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

Firma per la prevenzione

oppure

Firma per la ricerca

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

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

FIRMA

Mario Rossi

Codice fiscale del beneficiario (eventuale)

97020090581

Finanziamento della ricerca scientifica e della università

FIRMA

Mario Rossi

Codice fiscale del beneficiario (eventuale)

97020090581

SEGUICI SU: www.centrolottainfarto.com

Congresso

Conoscere e Curare il Cuore 2022

20-21-22-23 ottobre



Foto di Giorgia Magnoni

Firenze Fortezza Da Basso