

Cuore e Salute

N. 7-9 Luglio - Settembre 2023

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

Il paziente Berlusconi

ANNO XI • Poste Italiane SpA - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) - art. 4, comma 1 Aut.C./RM/07/2013

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

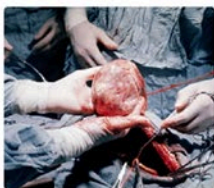


SCOPRI COME

La nostra ricerca ha bisogno del tuo aiuto!

Sostieni il CLI e dai continuità alla prevenzione dell'infarto e alla ricerca scientifica contro le malattie cardiologiche.

> IN EVIDENZA <



TOP NEWS

04 Luglio 2023

NUOVE FRONTIERE PER IL TRAPIANTO CARDIACO: L'UTILIZZO DI CUORI PROVENIENTI DA DONATORI DECEDUTI PER ARRESTO CARDIOCIRCOLATORIO.

L'outcome dei pazienti che ricevono un cuore da un donatore deceduto dopo arresto cardiocircolatorio sembrerebbe essere sovrapponibile a quello di...



Camilla Cavallaro



FOCUS ON

04 Luglio 2023

VALORE PROGNOSTICO DEL T2-MAPPING NELLA CARDIOMIOPATIA IPERTROFICA.

Introduzione: La Cardiomiopatia Ipertrofica (HCM) è la Cardiomiopatia ereditaria più comune ed è caratterizzata da una ipertrofia ventricolare sinistra (VS)...



Rosa Maria Manfredi



FOCUS ON

27 Giugno 2023

I PEPTIDI NATRIURETICI NELLO SCREENING DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE SILENTE. ANALISI POST HOC DEL LOOP TRIAL

La Fibrillazione atriale (FA) silente è frequente causa di stroke e di embolia sistemica soprattutto in età avanzata. Lo studio...



Alessandro Battagliese

TOP NEWS

27 Giugno 2023

Centro Medico
Prevenzione e Cura Polispécialistica

CLICO

www.centromedicoclicco.com
Centromedicoclicco@gmail.com
Tel 06 77208915

Riconosciuto dal Centro per la Lotta contro l'Infarto Fondazione onlus

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

Sindrome di Tako Tsubo: sia al femminile che al maschile



> ALTRI ARTICOLI <

NUOVE CONFERME SULL'IMPORTANZA DELL'ASSETTO MARZIALE NELLO SCOMPENSO CARDIACO

TOP NEWS



Filippo Brandimarte

La carenza di ferro è comune nei pazienti con scompenso cardiaco indipendentemente dalla frazione di eiezione e varia dal 44%...

L'IMPATTO CLINICO NELL'INFARTO MIOCARDICO PERI-OPERATORIO. I RISULTATI DEL REGISTRO BASEL-PMI

FOCUS ON



Laura Gatto



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 XL 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. 7-9/2023

- 4 • **L'ancoraggio che affonda la diagnosi** Filippo Stazi
- 6 • **Pedalando con il cuore** Filippo Stazi
- 7 • **Il paziente Berlusconi** Eligio Piccolo
- 9 • **Salvatore Todaro, il Comandante che salva i naufraghi nemici**
Alberto Dolara
- 14 • **Il decalogo delle gambe gonfie [F.S.]**
- 15 • **Qualche secondo di buon umore**
- 16 • **Gli "Ig-NOBEL" O "NOBEL SATIRICI" (tra il serio e il faceto)**
Elegio Piccolo
- 21 • **Le statine al tempo dei social media** Filippo Stazi
- 24 • **Sindrome di Stendhal (o sindrome di Firenze): gli effetti collaterali del bello** Salvatore Milito
- 29 • **Quadri e Salute** Filippo Stazi
- 31 • **Poesia ricreativa. Maria Laura Arcangeli Marenzi [E.P.]**
- 32 • **Assurdità alimentari** Marco Capocasa e Davide Venier
- 35 • **Quaderno a Quadretti** Franco Fontanini
- 38 • **Medicina Medievale - Regimen Sanitatis Salerni**

p. 6



p. 16



p. 35



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

Direttore Responsabile
Filippo Stazi

Vice Direttori
Elegio Piccolo
Francesco Prati

Coordinamento Editoriale
Marina Andreani

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

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

Ufficio abbonamenti e pubblicità
Maria Teresa Bianchi

Progetto grafico e impaginazione
Valentina Girola

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

Anno XL
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



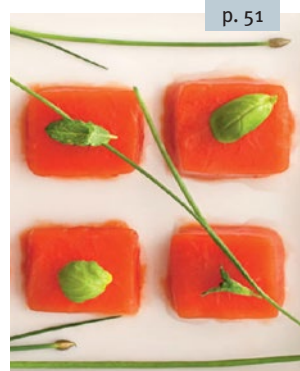
Abbonamento annuale
Italia € 30,00 - Estero € 40,00

Direzione, Coordinamento Editoriale, Redazione di Cuore e Salute
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



- 39 • **CCC 2023**
L'impatto del tipo di fibrillazione atriale sul rischio tromboembolico e sulla mortalità
 Filippo Brandimarte intervista Riccardo Cappato
Alla ricerca di nuovi Gatekeeper: la TAC coronarica nella sindrome coronarica acuta
 Simone Budassi intervista Daniele Andreini
- 46 • **Attività fisica alla resa dei conti** Eligio Piccolo
- 48 • **Lettere a Cuore e Salute**
 - Ascoltare il cuore, Stefano I.
- 49 • **Ma qual è 'o vero Ammore?** [Cecco Gambizzato]
- 50 • **Nun sai c'a lo spedale ce se more?**
Li dottori Filippo Stazi
- 51 • **Dal sito del CLI**
Screening del rischio di morte improvvisa nei giovani atleti competitivi: The Italians do it better!!! Vittoria Rizzello
L'impatto clinico nell'infarto miocardico peri-operatorio. I risultati del Registro BASEL-PMI Laura Gatto
- 58 • **Il bugiardino** Eligio Piccolo
- 60 • **Poesie in camice** [Alessandro Fontanelli]
- 61 • **Il cuore in cucina**
- 62 • **Aforismi**



Preghiera di Sir Robert Hutchinson

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

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

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



di Filippo Stazi

L'ancoraggio che affonda la diagnosi

Mi piacciono i romanzi gialli. Mi sono sempre piaciuti. I Maigret ed i Montalbano li ho letti tutti, qualcuno anche più volte. Spesso più della trama mi affascina l'ambientazione, l'atmosfera che si respira, come quella della romana Piazza Vittorio del commissario Ponzetti o dell'effimero impero italiano d'Etiopia del maggiore Morosini.

Forse è per questo che ho sempre pensato che il mestiere del medico e quello dell'investigatore fossero simili. Entrambi alla ricerca della verità. Anche l'anamnesi, la serie di domande che il clinico pone al paziente per cercare di fare luce sulle sue condizioni, l'ho sempre equiparata ad un interrogatorio. In entrambi i casi bisogna fare emergere una realtà spesso occultata o dissimulata tra molti indizi fuorvianti. L'indagato ed i testimoni in un caso, come il paziente e i suoi parenti nell'altro, sono spesso scarsamente collaboranti se non addirittura depistanti, per reticenza, agitazione e paura delle conseguenze nelle inchieste dei detective, per ignoranza, prolessità, decadimento cognitivo, ansia o proiezioni di propri stati psicologici nel lavoro del dottore. Arrivare alla diagnosi corretta o al nome del colpevole diviene perciò un processo spesso difficile ed il rischio dell'errore è costante. La probabilità dello sbaglio aumenta poi drammaticamente in caso di preconcetto. Se il poliziotto entra nell'indagine pensando già di sapere chi è il cattivo difficilmente muterà opinione, tenderà a sopravvalutare alcuni indizi e a sottostimarne altri, col rischio finale di addossare l'infamia della colpa su spalle invero innocenti. Lo stesso si verifica per il medico: una preesistente etichetta diagnosti-



ca applicata ad un paziente può causare un pregiudizio cognitivo capace di inficiare, più o meno consapevolmente, il successivo percorso decisionale. È il cosiddetto “effetto ancoraggio”, ossia il concentrarsi su un singolo dato iniziale nel processo decisionale senza considerare sufficientemente le informazioni successive. In poche parole la difficoltà a cambiare idea. Un’elegante dimostrazione delle possibili conseguenze negative di tale effetto è stata fornita da uno studio recentemente pubblicato su JAMA Internal Medicine che ha valutato l’effetto dell’“ancoraggio” sull’operato dei medici di pronto soccorso chiamati a gestire pazienti con insufficienza cardiaca congestizia giunti in ospedale per difficoltà respiratoria. Gli autori dello studio, avvalendosi del database del programma di assistenza sanitaria dei veterani americani, hanno analizzato 108.000 pazienti con, appunto, insufficienza cardiaca congestizia, recatisi in pronto soccorso, tra il 2011 ed il 2018, per mancanza di respiro. Hanno quindi considerato separatamente coloro per i quali, all’ingresso, veniva menzionata nella scheda del triage la pregressa diagnosi d’insufficienza cardiaca e coloro che, invece, non ricevevano alcuna etichetta diagnostica. L’analisi dei dati ha mostrato che, entro 30 giorni dalla visita al pronto soccorso, i tassi di embolia polmonare erano uguali tra i due gruppi di pazienti, ma che la probabilità che le persone, cui al triage era stata apposto il bollino d’insufficienza cardiaca congestizia,



venissero sottoposte a esami per la ricerca dell’embolia polmonare si riduceva di un terzo rispetto all’altro gruppo. L’“effetto ancoraggio” era quindi purtroppo responsabile del ritardo diagnostico, e conseguente-

mente terapeutico, di una patologia potenzialmente mortale come l’embolia polmonare. Quando viene “offerta” una diagnosi specifica ancora prima della visita si corre infatti il rischio che i medici possano “ancorarsi” a tale diagnosi e non considerare patologie alternative altrettanto importanti e pericolose. È quindi fondamentale che i clinici siano consapevoli di tali pregiudizi cognitivi, che mantengano sempre la mente adeguatamente aperta e che, infine, non coinvolgano nell’ancoraggio anche gli altri colleghi che lavorano con loro. E lo stesso dicasi, ovviamente, per gli investigatori.



di **Filippo Stazi**

Pedalando con il Cuore

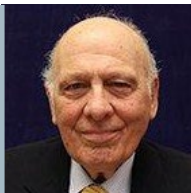
Davide e Andrea Beneventi, padre e figlio, stanno per intraprendere un viaggio in bicicletta da Torino a Roma. Ne hanno già fatti altri simili ma questo è il primo dopo che Davide è stato sottoposto a due angioplastiche coronariche.

Con questo viaggio Davide ed Andrea intendono sensibilizzare gli sportivi amatoriali (soprattutto i ciclisti) a non mollare anche dopo eventi traumatici come i problemi cardiaci. Da quest'idea è nata la collaborazione con il *“Centro per la lotta contro l'infarto - Fondazione Onlus”* che ha deciso di credere nell'iniziativa, rendendoli ambasciatori temporanei per divulgare la sua missione attraverso la loro avventura.

Con il loro impegno Davide e Andrea vogliono invitarti a donare per portare avanti la ricerca e l'informazione sulla prevenzione nella lotta contro l'infarto, ancora oggi al primo posto al mondo come causa di mortalità.



Per info e per donare, seguite *Centro per la Lotta contro l'Infarto*.



di **Eligio Piccolo**

Il paziente Berlusconi

Ora che non c'è più lo possiamo dire, e forse si deve. Perché molti, seguendo le varie tappe delle malattie che hanno colpito il grande personaggio italiano, si sono fatti l'idea che il loro superamento in modo così puntuale sia stato dovuto ai soldi, alla possibilità di ricorrere privatamente al meglio e al più della medicina italiana e straniera. Certo la sua fortuna finanziaria glielo ha consentito, ma a giudizio di molti critici le sue doti per



Silvio Berlusconi

vincere quegli acciacchi erano altre: un'eccezionale empatia, un'intelligenza non comune, la generosità nel dare senza calcolare troppo la riconoscenza, una strana autocritica che gli permetteva di dire no e poi sì con lo stesso sorriso e la capacità di individuare le reali competenze dei suoi interlocutori, indipendenti da quelle accademiche. Tutte doti che gli avrebbero consentito di superare molti degli ostacoli che la natura e l'età gli hanno imposto e verso i quali egli ha reagito nel rispetto della scienza e della possibile verità.

Il primo di quegli allarmi fu capire la causa dello svenimento che lo colse quando non ancora 70enne stava parlando in pubblico. Si pensò subito a un disturbo aritmico del cuore e quindi fu interpellato un cardiologo competente. Il quale, dopo la visita, pare abbia espresso un suo recondito pensiero che rivelava una certa critica maliziosa: "posso

mettergli le mani addosso". Forse non fu questa voce dal sen fuggita, perché, sempre secondo i pettegolezzi locali, il Berlusconi (B) si era già fatto da solo un'opinione poco lusinghiera del consulente dicendo con decisa bonarietà: "levatemi di torno quel cardiologo da strapazzo". E con l'aereo personale volò negli USA, ma non dal solito cardiologo di fama e di lontane origini irlandesi, bensì da un italiano con un nome che più partenopeo non avrebbe potuto essere, Natale. Uno dei tanti cervelli che in patria si sarebbe dovuto mettere in coda, mentre lì si fece una preparazione solida e riconosciuta. Egli si fece l'opinione che il cuore di B stesse perdendo la carica elettrica, gli piantò un pacemaker e lo dimise.

Dopo questo intervento che gli ridiede la carica il nostro B riprese tutte le sue attività imprenditoriali e politiche, ma negli anni successivi sempre l'età e la natura si rifecero sentire con altri impegni medici: un cancro della prostata che fu operato e un invecchiamento della valvola aortica divenuta troppo stenotica e minacciosa, la quale fu sostituita mediante un intervento chirurgico transtoracico. Entrambi superati egregiamente, con lo stesso sorriso in TV, per nulla forzato ma di soddisfazione per aver dato a sé stesso e a quanti gli volevano bene nuove speranze.

"Oh natura, natura, perché non rendi poi quel che prometti allora?", diceva il poeta, ma non lo pensò certo il B ottimista quando la sua immunità non ha più avuto la capacità di combattere l'ultima prova, la leucemia, e nonostante l'aiuto medico degli esperti in questo campo. Gli affannosi ricoveri dell'ultimo periodo lo hanno certo riportato alla realtà, ma il suo sorriso non cambiò, continuò i suoi impegni e cercò di dare speranza agli altri più che a sé stesso.



di **Alberto Dolara**

Salvatore Todaro, il Comandante che salva i naufraghi nemici

“Due uomini in mare si avvicinano a dritta! Che facciamo Comandante? Altri tre uomini da mancina. Comandante! Che facciamo?”. Il 16 ottobre 1940, durante la seconda guerra mondiale, il piroscafo Kabalo, colpito dalle cannonate del sommergibile Cappellini, comandato da Salvatore Todaro, vicino alle Azzorre, stava affondando. Alcuni naufraghi nuotavano a fatica verso il sommergibile italiano l'ultima speranza di salvezza. Sostare per raccogliere i superstiti poteva essere molto pericoloso, un sommergibile in superficie era un facile bersaglio. Gli ordini dei comandi militari non lasciavano ombra di dubbio: colpire, affondare e andarsene. L'ordine di Salvatore Todaro fu diverso: “Tirateli su”. Anche una scialuppa con altri ventun naufraghi, compreso il comandante della nave affon-



Salvatore Todaro



Pierfrancesco Favino nelle vesti di Salvatore Todaro (nell'immagine sullo sfondo) durante le riprese del film "Comandante", del regista Edoardo De Angelis

data, fu presa a rimorchio dal Cappellini; il porto neutrale più vicino, distava 310 miglia. Quando il cavo si spezzò tutti i naufraghi furono fatti salire a bordo. Il sommergibile, appesantito e con naufraghi nella torretta, doveva navigare lentamente in superficie. Dopo due giorni i naufraghi sbarcarono incolumi a Santa Maria di Leuca nelle Azzorre.

La notizia del salvataggio si diffuse rapidamente, e suscitò i più diversi commenti, Karl Donetz, comandante dei sottomarini tedeschi che stavano conducendo una spietata guerra nell'Atlantico, si era così espresso, "Neppure il buon samaritano della parabola evangelica avrebbe fatto una cosa del genere". "Signori, - disse rivolgendosi ai colleghi italiani - io vi prego di voler ricordare ai vostri ufficiali che questa è una guerra e non una crociata missionaria. Il signor Todaro è un bravo comandante, ma non può fare il Don Chisciotte del mare". Molte fonti, mai smentite riportano la risposta di Todaro, una frase lapidaria rimasta celebre nella storia della Marina Italiana: "Noi siamo marinai, marinai italiani, abbiamo duemila anni di civiltà e noi queste cose le facciamo". La madre di uno dei naufraghi salvati scrisse una lettera indirizzata allo stesso comandante Todaro "...Esiste un eroismo barbaro e un altro davanti al quale l'anima si mette in ginocchio: il vostro. Siate benedetto per

la Vostra bontà che ha fatto di Voi un eroe non soltanto dell'Italia ma dell'umanità".

Un secondo salvataggio fu effettuato il 5 gennaio 1941: nel tratto di mare compreso tra le isole Canarie e la costa africana. Il sommergibile Cappellini, affondò a cannonate, il piroscafo armato inglese Shakespeare. Anche in questo caso il comandante decise di raccogliere i 22 superstiti, alcuni gravemente feriti, portandoli a bordo e ponendoli in salvo sulle coste dell'isola di Capo Verde.

Salvatore Bruno Todaro era nato a Messina il 16 settembre 1908, entrò nell'Accademia Navale di Livorno a 15 anni; quando l'Italia dichiarò guerra nel 1940 decise di combat-

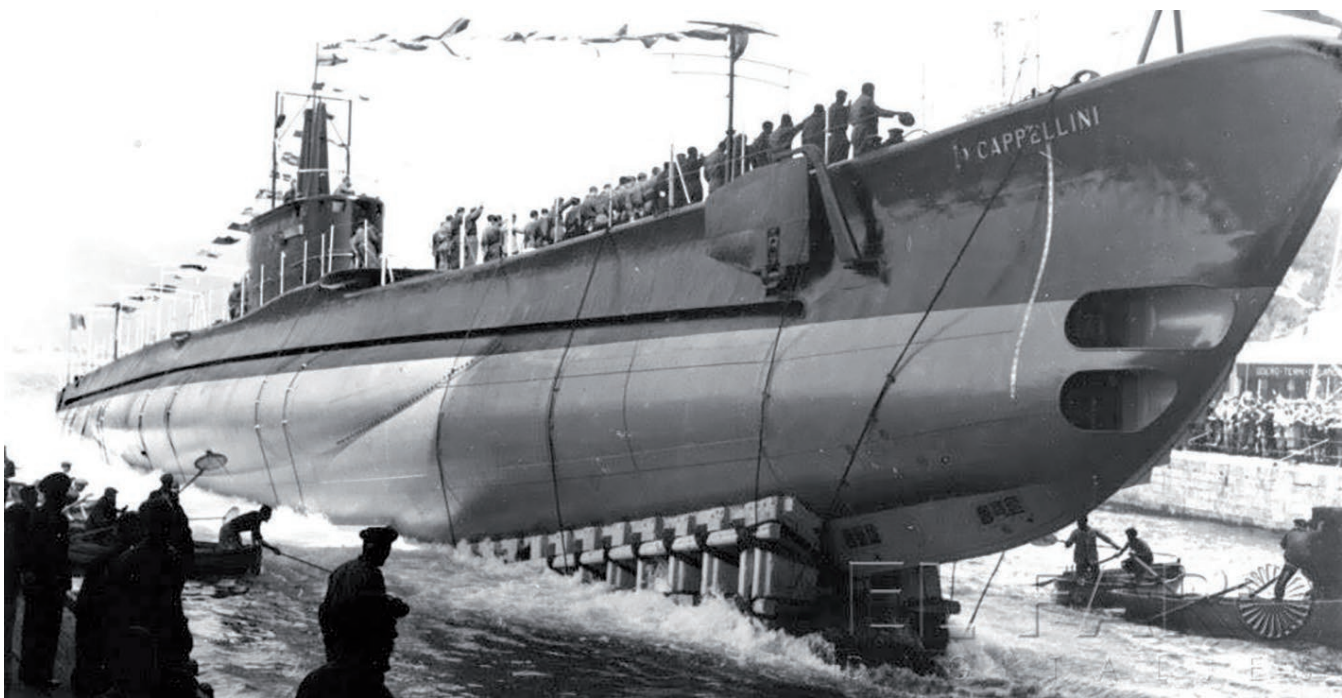
tere nonostante fosse portatore di un busto metallico per un terribile trauma, riportato in una precedente esercitazione militare. Morì in battaglia a 34 anni il 14 dicembre 1942. È stato onorato con medaglie di bronzo, d'argento e d'oro al valore militare. Lasciava la moglie e due figli piccoli.

Le vicende del sottomarino Cappellini e in particolare del salvataggio dei naufraghi furono riportate in un film del 1954, "La grande speranza", del regista Duilio Coletti. Attualmente sono in corso le riprese di un secondo film intitolato "Comandante" di Edoardo De Angelis, con Pierfrancesco Favino nel ruolo di Salvatore Todaro. Il sommergibile, lungo 73 metri per 70 tonnellate di acciaio, verrà ricostruito in ogni dettaglio a partire dai progetti trovati nell'Ufficio Storico della Marina Militare.

Nel 2023 è stato pubblicato il libro "Comandante" di Edoardo De Angelis e Sandro Veronesi, Bompiani editore; è una lettura coinvolgente come quando è descritta la disperazione dei naufraghi sulla scialuppa prima di essere soccorsi "Chiuderemo gli occhi e smetteremo di soffrire e moriremo qui senza sapere dove, senza una tomba, senza una lapide, e le nostre povere ossa saranno rosicchiate dai pesci e non torneremo polvere come sta scritto, ci dissolveremo, piuttosto, anche noi, come questo legno". Le condizioni dell'equipaggio e dei naufraghi, settantacinque persone costretti in uno spazio ridottissimo durante la navigazione, sono terribili: un naufrago vomita. La coda per



il cesso è un purgatorio. Dovunque si posi l'occhio sono corpi su corpi, le gavette con il vitto passano di mano in mano. Il giorno e la notte si confondono. I marò sfiniti dormono in piedi come i cavalli, uno seduto sul cesso rotto, gli altri appoggiati ai compagni. I naufraghi compressi nel magazzino cordami sudano e boccheggiano. Il Cappellini vive di un unico respiro malato, vi è anche un tentativo di rivolta verso i "salvatori fascisti" due naufraghi tentano di sabotare il sommergibile, ma ancora una volta il Comandante evita la condanna a morte prevista per l'ammutinamento. L'incontro durante la navigazione con un convoglio nemico si risolve con una tregua: il comandante inglese comprende la missione di salvataggio del Cappellini e Todaro può scrivere alla moglie "Rina carissima, oggi è un giorno fausto. Oggi noi e i nostri nemici, insieme, ci siamo salvati". Il 19 ottobre 1940 alle ore 8.15, il sommergibile approda a Santa Maria delle Azzorre. "La baia si chiama Vila do Porto, è bellissima e scintilla sotto il sole d'autunno. I naufraghi sono tutti sbarcati, i ragazzi stanno riponendo i battelli di salvataggio". Dalla torretta del Cappellini Todaro abbraccia con



Sottomarino "Cappellini"



Salvataggio dei naufraghi del Kabalo

lo sguardo la terra verde dell'isola e sembra soddisfatto, forse addirittura felice, come si può essere felici mentre si fa la guerra.

L'intero equipaggio del Kabalo sopravvisse alla guerra; alla fine del conflitto il comandante ed altri marinai si recarono a Livorno per incontrare la moglie di Todaro e la figlia Graziella Marina che il Comandante non ebbe la gioia di conoscere; fu apposta una targa commemorativa sulla lapide del loro Salvatore in segno di ringraziamento.

Gli episodi eroici non devono far dimenticare la sorte terribile della grande maggioranza dei naufraghi nelle battaglie della seconda guerra mondiale; le navi affondate dai sotto-

marini italo-tedeschi furono circa 2800 e 150-200 mila le perdite umane. Dei 145 sommergibili impiegati durante la seconda guerra mondiale dalla Regia Marina Militare Italiana ne rimasero solo 36, gli altri riposano sul fondo del mare.

Il problema si ripropone oggi in modo drammatico per il salvataggio dei migranti che attraversano il Mediterraneo in fuga da guerre, distruzioni e miseria. È riportata la cifra di 25mila annegati dal 2014. Da ricordare, in uno scenario completamente diverso da quello vissuto dal comandante Todaro, l'atto di disobbedienza civile da parte della tedesca Carole Rackete, ambientalista ed attivista tedesca; nel giugno del 2019 al comando della nave di salvataggio Sea-Watch, decise di forzare la chiusura del porto di Lampedusa per sbarcare i 42 naufraghi esausti. I porti italiani erano in quel periodo chiusi alle navi di salvataggio per decreto governativo. Fu arrestata e messa ai domiciliari per quattro giorni. Anche lei, come Salvatore Todaro, obbediva alla legge del mare codificata anche nell'art. 8 della Convenzione della Nazioni Unite sui diritti del mare del 1982: "ogni Stato deve esigere che il comandante di una nave che batte la sua bandiera, nella misura in cui gli sia possibile adempiere senza mettere a repentaglio la nave, l'equipaggio o i passeggeri, presti soccorso a chiunque sia trovato in mare in condizioni di pericolo".

“ Il decalogo delle gambe gonfie



L'estate è bella: sole, caldo e vacanze. Quando la temperatura sale, però, la circonferenza di gambe e caviglie aumenta. Compaiono allora gonfiore, pesantezza e, a volte, anche un fastidioso formicolio. Il problema è più comune nelle donne ma, in realtà, anche gli uomini non ne sono esenti, nonostante essi tendano a ignorare e sottovalutare il problema molto più di quanto faccia il gentil sesso. La causa del fenomeno va ricercata non solo nella circolazione ematica ma anche in quella linfatica, quell'intricata rete costituita da vasi linfatici e linfonodi, che consente alla linfa di essere drenata dai tessuti corporei e

riversata nel torrente circolatorio sanguigno. Una difettosa funzione del sistema linfatico può determinare un anomalo rigonfiamento di mani, braccia o gambe, talvolta così marcato che gli arti sembrano quasi quelli “da elefanti”.

A seguire un breve decalogo per “sgonfiare” il problema:

1. svolgere regolare attività fisica moderata, meglio un allenamento graduale, senza sforzi intensi per non affaticare troppo gli arti;
2. eseguire gli esercizi preferibilmente al mattino, quando l'arto non è ancora affaticato dalla routine quotidiana;
3. indossare scarpe comode con 2-2,5 centimetri di tacco;
4. evitare di camminare a piedi nudi, anche se sembra dare un sollievo immediato;
5. fare passeggiate al mare, con l'acqua fino alla vita;
6. non esporsi al sole nelle ore calde perché l'eritema solare può provocare un'inflammatione dei capillari linfatici;
7. cambiare posizione spesso quando si sta seduti o in piedi per lungo tempo;
8. dormire con le gambe leggermente rialzate, mettendo un cuscino sotto il materasso;
9. non accavallare le gambe quando si sta seduti;
10. in caso di viaggi troppo lunghi in aereo o in macchina, indossare la calza elastica e cercare di muovere le gambe facendo brevi pause dalla posizione seduta.

F.S.

”

Qualche secondo di buonumore

Dare del “Lei” e dare del “tu”

Un Direttore Generale di banca era preoccupato per un suo giovane collaboratore che, dopo un periodo di lavoro insieme, in cui non si era mai fermato neanche per la pausa pranzo, comincia a un certo punto ad assentarsi tutti i giorni a mezzogiorno. Il Direttore Generale chiama quindi un detective privato e gli dice: “Segua il Sig. Bianchi per una settimana intera, non vorrei che sia coinvolto in qualcosa di sporco”.

Il detective fa il suo lavoro, torna e rapporta: “Allora Direttore, Bianchi esce normalmente a mezzogiorno, prende la sua macchina, va a pranzo a casa sua, fa l'amore con sua moglie, fuma uno dei suoi eccellenti sigari e torna a lavorare”.

Risponde il Direttore: “Oh, meno male che non c'è niente di losco in tutto questo!”.

Il detective allora domanda: “Posso darLe del tu, Direttore?”.

Sorpreso il Direttore risponde: “Sì certo, come no!”.

E il detective: “Allora ti ripeto: Bianchi esce normalmente a mezzogiorno, prende la tua macchina, va a pranzo a casa tua, fa l'amore con tua moglie, fuma uno dei tuoi eccellenti sigari e torna a lavorare”.



Gli "Ig-NOBEL" O "NOBEL SATIRICI" (tra il serio e il faceto) Parte 2

Nel 2009 uno studio veterinario di Catherine Douglas e Peter Rowlinson dell'Università di Newcastle del Regno Unito ha dimostrato che le mucche che venivano chiamate per nome producevano più latte di quelle anonime. Ricordo che da bimbo, frequentando parenti agricoltori, osservai che essi sollecitavano alla mungitura le mucche, appellandole ognuna con il suo nome, in genere solenne come Ginevra oppure la Bisa per il colore della pelle.

Nel 2010 per la Biologia, furono premiati Libiao Zhang e altri sei collaboratori cinesi e Garreth Jones dell'Università di Bristol del Regno Unito per aver documentato scientificamente la pratica della fellatio nei pipistrelli della frutta.

Per la Medicina fu premiato Simon Rietveld dell'Università di Amsterdam e Ilja van Beest dell'Università di Tilburg, entrambi dei Paesi Bassi, per aver scoperto che i sintomi dell'asma possono essere trattati con un giro sulle montagne russe.





il 1990 per la predizione di Elizabeth Clare Prophet, il 1992 secondo Lee Lang Rim, il 1999 per Credonia Mwerinde, durante sei settimane nel 1994 per Harold Camping e successivamente, il 21 ottobre del 2011. Nel complesso essi più che altro hanno insegnato al mondo a fare attenzione quando si fanno calcoli e assunzioni matematiche: un guazzabuglio fantasioso che toglie ogni valore ai tanti Nostradamus.

Nell'ambito della Medicina e con prospettive urgenti, ma non tragiche, vari gruppi del Belgio, degli Stati Uniti e dell'Australia hanno dimostrato che la gente prende decisioni migliori in alcuni casi, ma peggiori in altre, quando hanno un impellente bisogno di urinare.

Nel 2012 nell'ambito della Psicologia, Anita Eerland e Tulio Guadalupe dei Paesi Bassi, furono segnalati per un loro studio "Piegarci a sinistra fa sembrare la torre di Eiffel più piccola". Maliziosamente vien da pensare che i francesi si pieghino più volentieri tutti a destra, se la suggestione vale anche al contrario. Per l'Anatomia, un'altra suggestione: Frans de Wall e Jennifer Pokorny degli USA furono premiati per aver scoperto che gli scimpanzé possono riconoscere altri loro simili guardando le foto del loro didietro. Rimane tuttavia il dubbio se lo stesso fenomeno si verificherebbe anche nell'uomo nelle analoghe condizioni di nudismo.

Per la Pace, Richard Stephens et al. dell'Università di Keele nel Regno Unito, furono premiati per aver confermato la credenza, già molto diffusa, che imprecare allevia il dolore. "Nel Veneto e in Toscana anche bestemmiando".

Nel 2011 alcuni fisici francesi e uno olandese hanno constatato perché ai lanciatori del disco, dopo il gesto, vengono le vertigini, mentre ai lanciatori di martello no.

Nell'ambito della matematica molti hanno segnalato secondo i loro calcoli la data della fine del mondo, in particolare: il 1954 secondo Dorothy Martin, il 1982 per Pat Robertson,

Nel 2014 in Biologia, numerosi osservatori della Repubblica Ceca, con nomi deficienti di vocali, furono segnalati per aver at-





tentamente documentato che i recani, quando fanno i loro bisogni, preferiscono allineare l'asse del proprio corpo con il campo magnetico terrestre in direzione nord-sud.

Tornando all'umano alcuni psicologi del Regno Unito, degli USA e dell'Australia furono premiati per aver raccolto prove del fatto che chi solitamente resta alzato fino a tardi ha, in media, una maggiore stima di sé stesso ed è più manipolatore e psicopatico rispetto a chi abitualmente si alza presto.

Nel 2015 è stata insignita la polizia metropolitana di Bangkok che, per ridurre le "tangenti" e migliorare l'Economia, ha istituito un salario maggiore per chi le rifiutava.

In Medicina sono stati premiati due gruppi di ricerca-

tori giapponesi e altri del Regno Unito, USA e Germania per aver studiato i benefici e le conseguenze biomediche dei baci intensi e altre attività intime interpersonali.

In Fisiologia ed Entomologia, lo statunitense Justin Schmidt, mediante la puntura di vari insetti, e il canadese Michael L. Smith, con solo quelle delle api, hanno provato su sé stessi l'indice di dolore: constatando che i punti meno dolorosi sono la testa, la punta del dito medio del piede e la parte superiore del braccio; quelli più dolorosi la narice, il labbro superiore e il pene.

Nel 2016 è stato premiato in Medicina Christoph Helmchen per aver scoperto che se hai prurito sul lato sinistro del corpo lo puoi alleviare, guar-

dandoti allo specchio, grattandoti il lato destro del corpo, e viceversa.

Nel 2017 in Anatomia è stato premiato James Healthcote per uno studio che cerca di comprendere perché agli anziani crescono le orecchie. Il suo contributo si chiudeva affermando che il motivo per cui le orecchie dovrebbero crescere mentre il resto del corpo smette di farlo non trova risposta in questa ricerca.

Nel campo invece della Fluidodinamica ad Han Jiwon fu riconosciuto che il modo migliore per trasportare una tazza di caffè senza rovesciarla consiste nel tenere saldamente la tazza con tutte le cinque dita camminando all'indietro.

In Medicina Jean Pierre e collaboratori furono premiati per aver analizzato l'attività cerebrale di volontari mentre annusavano formaggi puzzolenti, individuando una zona del cervello che si attiva nei soggetti cui il formaggio non piace.

Nel 2018 per la Medicina, furono segnalati Marc Mitchel e David Wartinger per aver verificato che andando sulle montagne russe ci si può liberare dei calcoli renali.

Per la Nutrizione James Cole ha dimostrato che la dieta carnea dei cannibali contiene minori calorie delle tradizionali diete con carni animali.

Nel campo dell'Economia Lindie Hanyu e collaboratori, nello studio sui Voodoo contro gli abusi del capoufficio, hanno dimostrato che infil-

zare con spilli e pinze una bambola virtuale che raffigurava il capo prepotente aiutava a sentirsi meglio.

Nel 2020 Christopher Watkins e collaboratori sono stati segnalati in Economia per aver cercato una relazione tra il benessere economico di una nazione e l'usanza del bacio alla francese.

Per la Medicina sono stati premiati Nienke Vulink e collabo-



ratori per aver diagnosticato una condizione medica a lungo non riconosciuta: la misofonia da stress, che consiste nel sentire il rumore di altre persone mentre masticano.

Per l'Educazione Medica sono stati menzionati Jair Bolsonaro del Brasile, Boris Johnson

onde insegnare al mondo che i politici possono aver un effetto più immediato sulla vita e sulla morte di quello di scienziati e dottori”.

Nel 2021 nel campo della Biologia, Susanne Schotz, Robert Eklund e Joost van de Veijer furono premiati per aver analizzato i vari modi di comunicazione fra l'uomo e il gatto: fare le fusa, vibrare, trillare, miagolare, gemere, mormorare, squittire, sibillare, soffiare, gorgogliare, ringhiare, ma anche altre espressioni.

Per l'Economia Plavo Blavatsky ha scoperto che l'obesità dei po-

litici di una nazione può essere un buon indicatore di corruzione della nazione stessa.

Apparentemente contraddittori sono due studi nella Fisica-Cinetica: quello di Alessandro Corbetta e collaboratori per aver condotto esperimenti onde scoprire perché i pedoni non si scontrano continuamente con altri pedoni e quello diretto da Hisashi Murakami per capire perché a volte i pedoni si scontrano con altri pedoni.

Nel 2022, nella Cardiologia Applicata, alcuni ricercatori

del Regno Unito, Narendra Modi dell'India, Andrés Manuel Lopez Obrador del Messico, Alexander Lukashenko della Bielorussia, Donald Trump degli USA, Recep Tayyip Erdogan della Turchia, Vladimir Putin della Russia e Gurbanguly Berdibuhanmedow del Turkmenistan per “aver usato la pandemia Covid-19

capeggiati da Eliska Prochazkova sono stati premiati per aver cercato (e trovato) le prove che quando due partner romantici si incontrano per la prima volta, sentendosi attratti l'un l'altro, i loro battiti cardiaci si sincronizzano.

Nell'ambito della Letteratura Eric Martinez e altri due compagni sono stati premiati per aver analizzato cos'è che rende i documenti legali così difficili da comprendere.

Infine, per la fisica alcuni ricercatori asiatici, europei e nordamericani hanno dimostrato che le paperelle si muovono in riga dietro alla loro madre perché i movimenti di questa generano un'onda d'acqua che facilita il percorso.



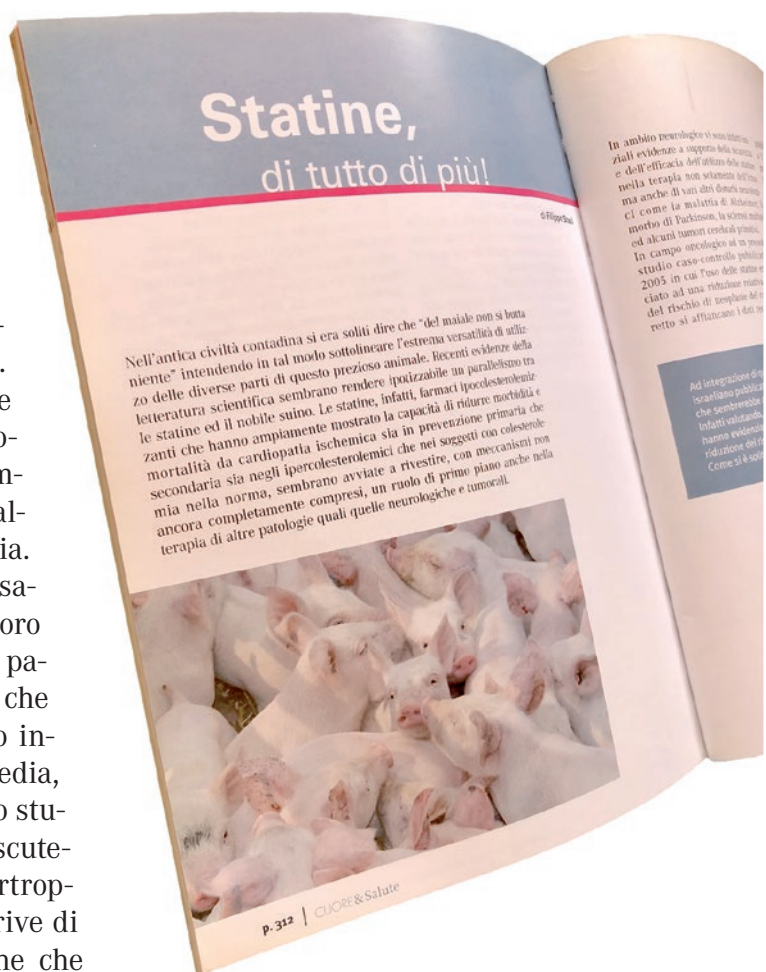
Le statine al tempo dei social media

Fare il medico non è facile. Serve la competenza tecnica ma anche la capacità di gestire il rapporto psicologico ed emotivo con il paziente-persona. La prima la si può apprendere all'università, la seconda no. Qualcuno è bravo di suo, qualcuno si arrabatta con l'esperienza, qualcun altro cerca di studiarla dove si può. È dimostrato che il successo di una terapia è funzione dell'aderenza del paziente ad essa e che tale aderenza, specie in caso di terapie croniche, varia a seconda di quanto il paziente è istruito, consapevole, motivato. Il paziente ci mette ovviamente del suo ma tanto dipende da quanto il medico riesce a veicolare le giuste informazioni, convincendo il paziente, facendogli vibrare quelle corde che a lui sono più care e che variano da soggetto a soggetto. In qualche modo il medico deve "vendere" al paziente il suo prodotto: la cura, la prevenzione, lo stile di vita. O il paziente "compra" consapevolmente la merce offerta dal medico oppure la volta successiva ci dirà che ha sospeso questo o quel farmaco perché "mi ha dato fastidio", "non ne vedevo alcun beneficio", "mi sono dimenticato", "un amico medico mi ha detto che potevo farne a meno". Quanto affermato è vero soprattutto nei soggetti giovani in cui il trattamento proposto ha valenza preventiva. Convincere una persona che si considera sana a trattare una condizione che non gli arreca alcun disturbo e di cui ha consapevolezza solo attraverso l'esito degli esami strumentali (analisi del sangue, misurazione di pressione...) è compito spesso arduo. Lo capisco. Quello che però faccio molta fatica a comprendere è perché sia in particolare la prescrizione del-



la statina a stimolare la reticenza del paziente, il categorico “no dottore, la statina proprio no!”. Le statine, lo abbiamo ripetuto allo sfinimento sulle pagine di Cuore e Salute, sono farmaci meravigliosi con benefici infiniti e un profilo di sicurezza e tollerabilità ben maggiore della maggior parte degli altri farmaci cardiologici. Eppure.... Un betabloccante, un antiaritmico, al limite anche un anticoagulante, bene o male vengono accettati ma far digerire la statina è sempre un’impresa. Gli integratori, invece, peraltro a pagamento, vanno che è una meraviglia. Uno dei problemi con le statine è l’abbassamento del colesterolo è che i risultati del loro impiego si vedono nel lungo periodo ma i pazienti non leggono la letteratura medica che mostra i benefici delle statine e per le loro informazioni si affidano piuttosto ai social media, dove, peraltro, si sentono più liberi che nello studio del medico di fare le domande e di discutere gli argomenti a cui tengono davvero. Purtroppo le risposte che ottengono sono spesso prive di ogni rigore scientifico e la disinformazione che ne deriva fa sì che alcune persone non prendano i loro farmaci, condannandosi così all’infarto ed all’ictus. L’analisi dei social media può quindi contribuire a comprendere i motivi di tale rifiuto.

Reddit, ad esempio, è un sito internet di social news, intrattenimento e forum dove gli utenti registrati possono pubblicare post, link ed esprimere valutazioni dei contenuti pubblicati. Nel 2018 Reddit contava 542 milioni di utenti al mese ed era il terzo sito più visitato negli Stati Uniti ed il sesto a livello mondiale. Un recente studio ha utilizzato l’intelligenza artificiale, con la sua capacità di analizzare grandi quantità di informazioni, per esaminare le discussioni sulle statine sulla piattaforma Reddit e cercare di comprendere i motivi dell’avversa percezione pubblica di questi farmaci. I ricercatori hanno analizzato tutte le discussioni relative alle statine



su Reddit datate tra il 1 gennaio 2009 e il 12 luglio 2022 e hanno identificato 5.188 autori e 10.233 discussioni classificate in sei gruppi tematici generali: (1) diete chetogeniche, diabete, integratori e statine; (2) effetti avversi delle statine; (3) esitazione verso le statine; (4) valutazioni di studi clinici; (5) bias e statine dell'industria farmaceutica; e (6) riso rosso fermentato e statine. Nel complesso la ricerca ha corroborato ragioni precedentemente documentate per l'esitazione all'uso delle statine ma ha anche evidenziato nuovi spunti di dibattito. Gli autori dello studio si attendevano, ad esempio, molte discussioni sugli effetti collaterali, mentre sono rimasti sorpresi dalle tante citazioni che negavano, invece, la pericolosità degli aumentati livelli del colesterolo LDL o dalla grande quantità di post che mettevano in collegamento l'uso delle statine con gli esiti dell'infezione da COVID. Le discussioni, ad esempio, includevano citazioni come "Penso che LDL sia praticamente irrilevante. Il tuo HDL e i tuoi trigliceridi sono molto più importanti". Altri argomenti hanno suggerito che alcuni integra-



tori naturali sarebbero un'alternativa accettabile alle statine. Ecco alcuni estratti delle affermazioni al riguardo: "Il riso rosso fermentato è fondamentalmente una statina..." e "le statine sono micotossine e ti riducono i nutrienti liposolubili, come coQ10, vitamine D, K, A ed E, e perciò attraverso queste deplezioni peggiorano la salute cardiovascolare". Un altro dei temi comuni identificati è stato l'uso del fenomeno della dieta chetogenica come argomento contro l'effetto negativo per la salute degli elevati livelli di colesterolo. "Se la dieta chetogenica è benefica in quanto fa per-

dere peso, allora anche il piccolo aumento del colesterolo LDL che essa in genere induce non può che essere salutare. Ergo non è vero che il colesterolo LDL alto fa male". Purtroppo l'analisi delle tendenze temporali mostra che questo tipo di discussioni è in costante aumento.

Finora i medici, almeno quelli più volenterosi, hanno cercato di fare informazione all'interno delle corsie e degli ambulatori ma tale condotta è destinata a perdere contro la "virilità" della disinformazione internet-mediata. È quindi necessario un cambio di strategia della classe medica e di tutti coloro che hanno a cuore la salute pubblica che porti ad utilizzare gli stessi strumenti, social media, intelligenza artificiale e simili, per fornire le informazioni giuste ed iniziare a combattere tutta la disinformazione che confonde le nostre menti.



vitamine D, K, A ed E, e perciò attraverso queste deplezioni peggiorano la salute cardiovascolare". Un altro dei temi comuni identificati è stato l'uso del fenomeno della dieta chetogenica come argomento contro l'effetto negativo per la salute degli elevati livelli di colesterolo. "Se la dieta chetogenica è benefica in quanto fa per-



di Salvatore Milito

Sindrome di Stendhal (o sindrome di Firenze): gli effetti collaterali del bello

*“La Bellezza è una promessa di felicità”
(Stendhal)*

Vecchia aspirazione dell'uomo è quella di circondarsi di opere d'arte, sia da vivo sia - in tempi remoti - da morto. Nelle piramidi d'Egitto, nelle tombe etrusche e nei templi greci venivano raccolti manufatti preziosi allo scopo di accompagnare il defunto nel suo viaggio nell'aldilà. Più avanti, nel IV secolo a.C., ad Alessandria, a qualcuno venne l'idea di creare un luogo non sepolcrale in cui furono sistemati i capolavori dell'arte in armonica corrispondenza e coordinazione fra loro. Le opere vi erano esposte non per accattivarsi la benevolenza degli Dei ma per il solo diletto dei viventi affinché questi potessero godere dell'ingegno e della creatività degli artisti più ispirati.

In epoca romana nacque il collezionismo, reso possibile soprattutto dall'accumulo di reperti di rilevante valore depredati durante le varie campagne belliche. In seguito, molte opere vennero trasferite a Costantinopoli divenuta capitale imperiale. Là, nel IX° secolo, le collezioni di proprietà



Galleria degli Uffizi (Firenze)

di un patrizio bizantino vennero esposte in un luogo riservato alla pubblica fruizione di belle opere. Quel luogo venne chiamato “museo”, dal greco *Μουσείον* (mouséion), cioè “spazio delle Muse”, protettrici delle Arti.

Arte come investimento e sfoggio di potere ma anche come nutrimento dell'anima

L'interesse crescente per l'arte diede nascita al mercato delle opere più ricercate da conoscitori e cultori del bello. Nelle chiese, nei palazzi dell'aristocrazia, del patriziato, dei ricchi mercanti, della nobiltà nera, confluirono in gran numero sculture, capolavori di grandi pittori, reliquie, monete di raro conio, arazzi, mappe di pregevole fattura, preziosi oggetti di oreficeria e di ebanisteria. La diffusione delle opere d'arte e la promozione dei grandi maestri crebbe anche grazie all'impulso di munifici mecenati. Durante il Rinascimento italiano, tra i più prodighi di risorse e tutele a beneficio dei maggiori talenti della cultura e dell'arte, vi furono Isabella d'Este a Ferrara, protettrice, tra l'altro, di Giovanni Bellini e Tiziano Vecelio; i Gonzaga di Mantova, che patrocinarono Piero della Francesca, Rubens, Andrea Mantegna. A Milano, Leonardo da Vinci, sotto l'usbergo e il pungolo di Ludovico Sforza, detto il Moro, realizzò la pittura murale dell'Ultima Cena nel refettorio del convento domenicano di S. Maria delle Grazie, la Dama con l'Ermellino, la Vergine delle Rocce.

Campione del mecenatismo del Quattrocento in Italia fu Lorenzo de' Medici, detto il Magnifico, promotore molto attivo e avveduto del sapere e delle Arti, esponente e animatore del periodo di massimo splendore del Rinascimento fiorentino, durante il quale fiorirono artisti del calibro di Botticelli, Michelangelo ed un nutrito seguito di geni creativi. Il signore di Firenze fece incetta di opere d'arte per pura brama edonistica ma anche per esporle al pubblico e tramandarle alla posterità.

Al suo discendente Francesco 1°, Granduca di Toscana, dobbiamo la Galleria degli Uffizi, progettata da Giorgio Vasari per ospitare attività amministrative e in seguito destinata a diventare uno dei musei più visitati al mondo. L'edificio, splendido esempio di architettura rinascimentale, sorse a metà del Cinquecento e raccolse, a partire dal 1581, i dipinti di straordinaria bel-

lezza e ricchezza di Leonardo, Caravaggio, Vasari, Giotto, Masaccio e dei già citati Botticelli e Michelangelo, per citare i nomi più noti e celebrati.

Il Rinascimento dei Medici ai ferri corti con Savonarola

Lo stile rinascimentale del Quattrocento si impose come l'espressione artistica più apprezzata dalle corti italiane ed europee, fino a quando Girolamo Savonarola e i suoi “piagnoni” non causarono, con le loro prediche apocalittiche, la crisi dei valori del Rinascimento. Con i suoi “falò delle vanità”, a cui seguì la cacciata dei Medici da Firenze, il frate domeni-



Il Falò delle vanità

cano distrusse grandi quantità di libri e opere d'arte, a suo dire "sacrileghi". Il che scalfì appena le immense raccolte di opere eccelse che avevano arricchito i musei, le chiese, le biblioteche e le collezioni d'arte private e che da allora non hanno mai smesso di deliziare gli amanti del bello, fino a creare turbamenti mentali e fisici nei soggetti dall'animo particolarmente sensibile.

E venne Stendhal

Se chi legge queste righe ha provato una qualche forma di vertigine, di sbigottimento, di confuso stupore nell'ammirare per la prima volta le opere esposte agli Uffizi o in altro museo famoso, sia in Italia sia all'estero, ebbene costui ha sperimentato quella condizione nota come Sindrome di Stendhal (o sindrome di Firenze). Lo scrittore (il cui vero nome era Henri Beyle), esponente di spicco dell'ottocento letterario francese, soggiornò a Firenze, nel 1817, nel quadro del *Grand Tour* culturale che all'epoca le classi agiate europee facevano in Italia. Durante una visita nella sontuosa Basilica di Santa Croce, mentre ammirava i capolavori ivi esposti di Cimabue, Giot-

to, Della Robbia, Bronzino ed altri, Stendhal venne pervaso da un malessere che vale la pena descrivere con le sue stesse parole nel libro *"Rome, Naples et Florence"*: *"Ero in una sorta di estasi per il fatto di trovarmi a Firenze, in prossimità dei grandi uomini di cui avevo visto le tombe. Ero arrivato a quel livello di emozioni in cui si incontrano le sensazioni celesti provocate dalle Belle Arti... [...] Uscendo da Santa Croce avevo il batticuore, la vita si era inaridita in me e camminavo con la paura di cadere"*. Non per niente Santa Croce veniva chiamata *"Tempio delle Glorie"* in quanto scrigno di quell'ingente e ineffabile patrimonio artistico e luogo di custodia delle sepolture di giganti dell'Arte e della cultura in genere, da Michelangelo a Machiavelli a Galileo, a Foscolo, ecc.

L'intuito di Graziella Magherini

L'intenso coinvolgimento emotivo da cui fu colto lo scrittore francese venne compiutamente indagato, sin dal 1977, dalla psichiatra e psicanalista Graziella Magherini, su più di cento visitatori, di età compresa tra venticinque e qua-

rant'anni, di buon livello culturale. Questi, prevalentemente di sesso maschile, erano stati colti da intenso malessere nel corso di una visita alla città di Firenze e ai suoi musei. Sulla base delle sue osservazioni su quei pazienti, nel Dipartimento di Psichiatria dell'ospedale fiorentino di Santa Maria Nuova da lei diretto, la Magherini pubblicò un testo intitolato *"La sindrome di Stendhal, il malessere del viaggiatore di fronte alla grandezza dell'arte"*.

La psichiatra osservò un'associazione tra la *full immersion* in un ambiente colmo di capolavori dell'Arte e la comparsa dei seguenti segni e sintomi: marcata ansia, stato confusionale, euforia, palpitazioni, capogiri, crisi di pianto. In alcune persone con precedenti di



Graziella Magherini

scompenso psicologico vennero rilevati un vago senso di irrealtà, idee deliranti, allucinazioni visive e uditive, depressione, svenimenti.

Cultura e sensibilità al bello

Ad essere sopraffatti dall'ondata emotiva sarebbero prevalentemente i turisti venuti dagli Stati Uniti, di cultura alquanto diversa da quella classica, europea, e da paesi del nord-Europa, in cui le opere artistiche del passato sono più rare. Di contro, meno affetti dai sintomi suddescritti sono i cittadini fiorentini, avvezzi ad avere sotto gli occhi, sin dalla loro infanzia, sia all'aperto sia negli spazi chiusi, un numero esorbitante di opere di sommi maestri. Lo stesso vale per i visitatori italiani in genere, assuefatti come sono all'Arte onnipresente nel nostro Paese.

Gli addetti ai servizi di custodia e vigilanza dei musei sono formati per portare soccorso a coloro che fossero colpiti dalla sindrome e per preservare le opere minacciate da eventuali crisi clastiche di costoro.



Cultura e sensibilità al bello

Perché a Firenze?*

Nei suoi studi, Graziella Magherini poté osservare che a scatenare la sindrome di Stendhal era la visione di opere perlopiù rinascimentali, di cui Firenze abbonda. In testa a tutte le



David di Michelangelo in Piazza della Signoria (Firenze)

opere, il David di Michelangelo avrebbe, più di tutti i capolavori, sconvolto gli animi. La magnifica, gigantesca statua marmorea, modello di bellezza ideale, fu quella che arricchì maggiormente la casistica della studiosa.

Ma a provocare la sindrome può essere in realtà qualsiasi opera particolarmente bella e ammaliante, specie nei luoghi sacri carichi di storia. Che si tratti di dipinti, ritratti, sculture, basso o altorilievi o di strutture complesse come le chiese o i templi, fortemente attraenti per la vista e per la mente, l'osservatore può essere trascinato in ambiti di non comune incanto, in un turbinio di "emozioni e sentimenti" che, a detta della Magherini, "non tutti sono in grado di gestire".

(*) L'International Council of Monuments and Sites, organo internazionale che nel 1981 valutò la domanda italiana di iscrivere la città nel patrimonio mondiale dell'UNESCO, scrisse, a sostegno della richiesta: "Questo eccezionale bene culturale, a buona ragione, deve essere inserito nelle prime liste del Patrimonio Mondiale e qualsiasi giustificazione potrebbe essere impertinente e superflua".

Cosa accade nei nostri neuroni quando siamo confrontati al bello?

Con moderne metodiche di neuroimaging (Risonanza Magnetica Cerebrale Funzionale, in particolare), è stata osservata, durante le crisi suddette, l'attivazione del sistema limbico, complesso di aree cerebrali responsabili, tra le altre innumerevoli funzioni, di reazioni emotive in-

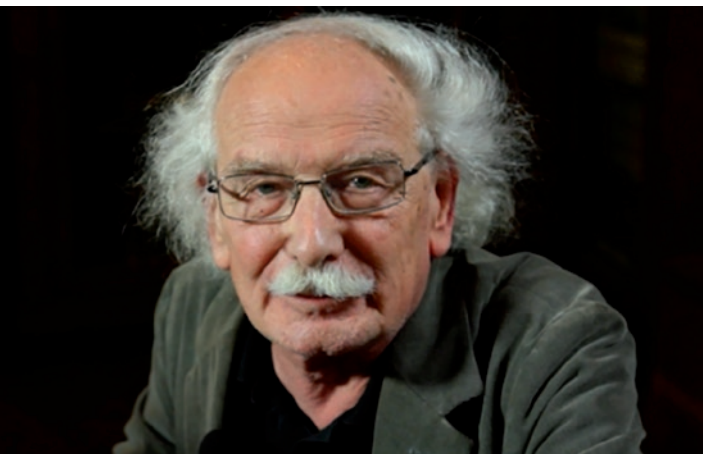
Nel fenomeno intervengono anche i neuroni specchio, scoperti nel 1992 da Giacomo Rizzolatti. Queste entità anatomico-funzionali vengono attivate nei processi di immedesimazione emotiva, concomitanti, nel caso della sindrome di Stendhal, a un'intensa esperienza estetica, causando nell'osservatore un vissuto psicofisico simile a quello sperimentato dall'artista all'apice della sua fase creativa.

Homo Aestheticus versus barbarie

La sindrome di Stendhal sembra dunque causare turbamenti più o meno intensi nei soggetti predisposti. Ma questi casi sono tutto sommato infrequenti e non inficiano gli indubbi benefici che l'Arte ha sulla salute psicofisica. L'arteterapia**

è entrata a far parte dell'armamentario terapeutico di patologie come l'autismo, i disturbi della personalità, il deterioramento cognitivo, le tossicodipendenze, handicap vari, ecc.

Proviamo a immaginare un protocollo medico, purtroppo più utopistico che futuribile, che preveda un Monet o un Caravaggio o un Rembrandt due volte alla settimana per combattere lo stress; un Kandinsky o un Van Gogh o un Mantegna per tirarsi su dalla depressione; un Matisse o un Tintoretto o un Modigliani in caso di grattacapi di ogni tipo... Ovviamente, previa raccolta in un unico luogo di salute di questi ed altri artisti a "vocazione terapeutica", desi-



Giacomo Rizzolatti

gnati al ruolo di "manutentori dell'anima". Ognuno di noi possiede un "cervello artistico" la cui funzione è di ingentilire, addolcire i costumi, smussare l'aggressività, elevare lo spirito. L'esplicarsi di questa facoltà innata è inibito da pulsioni che spingono invece a trasgredire, da dissennati recidivi, l'imperativo morale universale che comanda: "Non nuocere!". In molta umanità, questa dotazione di natura giace inespresa in quell'ade ultimo, aborrito, paventato, immaginato come "lastricato di buone intenzioni".

coercibili come il piacere, l'ansia, la paura, il senso di gratificazione, tutte risposte che "saltano" il filtro cognitivo. Il piacere estetico stimola la produzione della dopamina, neurotrasmettitore coinvolto nelle sensazioni di appagamento e nei meccanismi della ricompensa.

(**) Oltre alla pittura e alla scultura, l'arteterapia utilizza la musica, il teatro, la danza, perfino lo spettacolo di marionette.

di Filippo Stazi

Quadri e Salute



Sant'Ugo di Grenoble nel refettorio dei Certosini è un dipinto di Francisco de Zurbaran, realizzato tra il 1630 ed il 1635 per la Sagrestia della Certosa di Siviglia ed attualmente conservato nel Museo Provinciale di Belle Arti della stessa città. De Zurbaran, l'artista che ha meglio saputo riflettere la religiosità controriformista della Chiesa spagnola del 17° secolo, nasce nel 1598 in Estremadura. Dal 1614 svolge il suo apprendistato pittorico a Siviglia e lo conclude nel 1617, senza peraltro sottoporsi all'esame per conseguire il titolo di maestro pintor. Nello stesso anno si trasferisce a Llerena e si sposa con Maria Paez de Silices, di dieci anni più grande di lui, da cui ha tre figli. Nel 1623 il pittore rimane vedovo e, dopo due anni di solitudine, nel 1625 si risposa con Beatriz de Morales, ricca vedova anche lei più anziana di una decina di anni. Dal 1630 al 1658 Zurbaran torna a vivere a Siviglia e viene nominato da Filippo IV pittore di corte, con la famosa frase "Pittore del Re, Re dei pittori" pronunciata dal monarca ponendogli la mano sulla spalla. In quegli anni la sua produzione artistica giunge al culmine del-

la sua qualità. Nel 1639 muore anche la seconda consorte e l'artista si risposa per la terza volta nel 1644. Il pittore entra però in un periodo di profonda crisi non si sa se per ragioni interiori, per malattie, o per il concomitante affermarsi nella scena artistica spagnola dell'astro di Murillo. Tale crisi influenza anche la sua pittura e la sua attività diminuisce sensibilmente, limitandosi in gran parte a commissioni di dipinti di grandi dimensioni da parte di istituti religiosi del Nuovo Mondo, per la cui realizzazione, con vero spirito imprenditoriale, innovò il processo artistico creando le *obra-dores*, botteghe dove i suoi allievi lo aiutavano nella realizzazione delle opere. Ciò però portò, a volte, a produzioni di non eccelsa qualità. Dal 1650 l'artista subisce una grande crisi finanziaria, dovuta alla perdita, in guerra, delle navi che trasportavano i pagamenti dei clienti del Sud America. Per tale motivo si trasferisce, nel 1658, a Madrid dove muore, povero e quasi dimenticato, nel 1664.

Zurbarán ha un originale linguaggio pittorico, uno stile austero, rigorosamente geometrico, caratterizzato dalla costan-

te di porre le figure in primo piano e di strutturare lo spazio pittorico secondo direttrici ortogonali o diagonali. L'uso del contrasto fra luci e ombre gli ha meritato l'appellativo di Caravaggio di Spagna ma in realtà esso è finalizzato a isolare le figure dal contesto ambientale. Inoltre, a differenza di Caravaggio, nei suoi dipinti la luce non ha funzione naturale ma divina. Le sue figure sono chiuse in sé stesse, irraggiungibili, non sono ritratti ma simboli di intensa spiritualità. Moderna è anche la sua concezione della natura morta, cui si dedicò nella fase finale della sua attività, che si caratterizza per la costante ricerca dei volumi, ottenuti isolando e raggruppando gli oggetti (ne sono esempio i pani e il vasellame del dipinto di *S. Ugo al refettorio*) e che, a giudizio di molti, influenzò il realismo novecentesco, il Cubismo e la pittura metafisica.

Ugo di Grenoble fu vescovo di Grenoble e nel 1084 donò a San Bruno il terreno dove venne eretta la prima abbazia dell'Ordine certosino. L'amicizia con Bruno ed il desiderio di poter vivere nell'ascesi lo portarono a chiedere ripetutamente di essere dispen-

sato dalle funzioni vescovili. Purtroppo la sua richiesta non venne mai accolta, ed egli si limitò a vivere *certosinamente*, ed a frequentare Bruno ed i suoi seguaci. Il dipinto di Francisco de Zurbarán mostra appunto il vecchio vescovo nel refettorio dei certosini, il santo è ritratto con il bastone, il passo incerto e una certa rigidità muscolare fanno supporre che, molto probabilmente, l'uomo era affetto dal morbo di Parkinson. Il quadro sembra quasi una na-

tura morta. Le verticali dei corpi dei Certosini, di Sant'Ugo e del paggio, sono tagliate perpendicolarmente da un tavolo a forma di L, coperto da una tovaglia che cade quasi a terra. La stanza è spoglia salvo per la presenza di un quadro raffigurante la *Vergine con il Bambino e Giovanni Battista nel deserto*. Da una porta ad arco si scorge una chiesa dal tipico, semplice, stile architettonico dei certosini. I monaci, vestiti di bianco, sono dietro al tavolo e davanti ad ognuno di loro sono poste le

ciotole di terracotta contenenti la carne e il pane. Due brocche di terracotta, una ciotola capovolta e due coltelli scartati, probabilmente usati per tagliare la carne, interrompono la monotonia dell'austera scena. Tutti i monaci, tranne uno le cui mani sono raccolte in preghiera, tengono gli occhi bassi e sono completamente assorti in una contemplazione interiore. Nell'insieme l'opera trasmette pienamente gli ideali dell'ordine certosino: contemplazione, sincerità, sobrietà, tranquillità.

“

POESIA RICREATIVA

MARIA LAURA ARCANGELI MARENZI (1916-2011). Poetessa veneziana, docente dell'Università degli Studi di Venezia. Ispirata spesso da motivi religiosi cattolici, autrice di numerosi libri di poesie e di narrativa francese. Suggestiva la poesia ispirata dai controlli cardiologici.

Camice bianco

“In una corsia d'ospedale
una parola amica
scivola furtiva
lungo un camice bianco
ha cancellato
come un raggio di sole
il cieco grigiore
dell'anonimato.”

Eligio Piccolo



”



di Marco Capocasa e Davide Venier

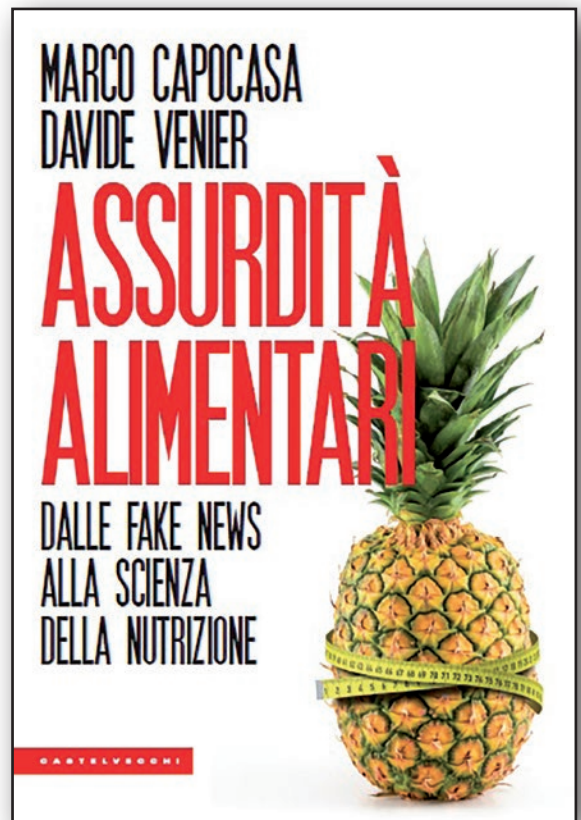
Assurdità alimentari Dalle fake news alla scienza della nutrizione

Sinossi del manoscritto

Assurdità alimentari è stato realizzato con l'intento di proporre una lettura riguardante i temi dell'alimentazione e della nutrizione umana che possa essere di interesse per il grande pubblico, di facile comprensione e in grado di offrire spunti di riflessione.

Il libro, con la prefazione del Dott. Carlo Chiarella, docente di dietetica presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, è strutturato in quattro parti.

La prima parte, *passato, presente e futuro*, è un breve excursus storico-evolutivo riguardo al ruolo dell'alimentazione e della nutrizione nell'evoluzione umana e sulle strategie di sussistenza che la nostra specie ha sperimentato nel corso della sua storia. In questo capitolo raccontiamo dei cacciatori-raccoglitori del paleolitico, della transizione neolitica legata alla coltivazione dei campi e all'addomesticamento del bestiame e dei conseguenti cambiamenti nelle abitudini alimentari che questo passaggio ha rappresentato. Discutendo del rapporto di *Homo Sapiens* con il cibo, dei proble-



mi legati alla sua disponibilità e delle capacità di approvvigionamento nei differenti luoghi in cui è stato in grado di stanziarsi, arriveremo a spiegare come questi aspetti hanno influenzato scelte, abitudini e interazioni sociali. Per poi inoltrarci nella storia più recente della nutrizione umana, guardandola con gli occhi degli scienziati che negli ultimi due secoli si sono dedicati ad essa: dagli studi sul metabolismo a quelli sulle vitamine, giungendo infine ai recenti sviluppi della nutrigenetica e della nutrigenomica.

Nella seconda parte, *nutrizione, evoluzione, disinformazione*, torniamo sulla questione del rapporto tra evoluzione umana e nutrizione, mostrando come essa conduca inevitabilmente a riflessioni che portano a sovrapporre i piani della natura biologica e culturale degli esseri umani. Dagli albori della nostra storia evolutiva, contrassegnati dai numerosi cambiamenti nella cosiddetta “nicchia alimentare” che il genere Homo ha dovuto affrontare già a partire dai suoi primi passi in Africa, allo sviluppo delle pratiche agricole e dell'allevamento del bestiame, arriveremo a raccontare poi altre dina-

miche storiche. In particolare, quelle più recenti che riguardano i cambiamenti economici e sociali legati al passaggio delle società umane da preminentemente agricole a industriali, avvenuto a partire dal XVIII



Homo Sapiens

secolo e noto come industrializzazione. Per poi giungere ai mutamenti culturali legati alla globalizzazione a partire dalla seconda metà del secolo scorso e, ancora di più, in questo primo scorcio di Ventunesimo secolo. Queste trasformazioni hanno inciso sugli stili di vita e, di conseguenza, anche sulle scelte alimentari delle persone, affiancandosi all'incremento della produttività dell'indu-



stria alimentare su scala globale che ha finito per mettere a disposizione dei consumatori anche una varietà di cibi caratterizzati da uno scarso valore nutrizionale e da un elevato contenuto di zuccheri e di grassi. Nel capitolo discutiamo come i mezzi di comunicazione di massa, su tutti la televisione e il web, siano veicolo pubblicitario e, al tempo stesso, strumento di diffusione di presunte “verità”, seppur prive di qualsiasi fondamento scientifico, che hanno prodotto abitudini alimentari consolidate. Una vera e propria selva d’informazioni prive di fondamenti scientifici riguardanti, per esempio, i valori nutrizionali di determinati cibi e i loro effetti sulla salute umana. La terza parte del libro, *Assurdità alimentari*, è dedicata proprio a queste notizie errate e alle false credenze che possono fuorviare le persone, allontanandole da uno stile di

vita realmente sano. Con questo capitolo proponiamo un’ esplorazione della “mitologia alimentare” (e la loro decostruzione sulla base della letteratura scientifica recente), seguendo un percorso fatto di tante piccole tappe che abbiamo ritenuto essere rappresentative e maggiormente significative. Scorrendo le pagine il lettore si imbatte in varie microstorie, come quella che “i carboidrati la sera fanno ingrassare”, o l’altra sul vantato effetto depurativo dell’acqua e limone.

Per non parlare di quelle sull’ananas brucia-grassi o sul latte scremato povero di calcio. Abbiamo inoltre pensato di allargare la discussione anche ad altri aspetti mitizzati, non direttamente legati a specifici alimenti, ma che riguardano particolari regimi alimentari, come le diete detossificanti e dei gruppi sanguigni. Il volume si conclude con una

sezione dedicata all’approfondimento. Con *per saperne di più* abbiamo costruito un percorso bibliografico esplicativo, mirato a suggerire pubblicazioni scientifiche e ulteriori letture a chi desidera esplorare con maggiore ricchezza di dettagli i vari argomenti che abbiamo trattato nel libro. Per ciascuno di essi abbiamo riportato quelle che riteniamo essere le principali fonti specialistiche e divulgative di base, nella speranza di soddisfare ulteriormente la curiosità dei lettori e di mettere a loro disposizione i riferimenti per continuare a muoversi nel mondo della nutrizione.

Le ultime pagine le abbiamo infine riservate a un breve Glossario, per fornire qualche elemento aggiuntivo “a portata di mano”, utile a facilitare ulteriormente la comprensione del testo.

Quaderno a Quadretti

di Franco Fontanini

Curiosità

Tre mesi prima dell'ottantaduesimo compleanno si è fatto sostituire la valvola aortica. Adesso sta bene, è felice, ottimista, logorroico. Disserta su tutto: politica, economia, teologia, calcio, arte, sesso, etica. Il suo problema è trovare quotidiani interlocutori o ascoltatori. I suoi discorsi sconfinano sempre nei massimi sistemi.

Il suo assillo attuale è il consumismo.

Non può durare all'infinito. Gli utenti del benessere e i produttori di benessere, prima o poi, si troveranno senza terra sotto i piedi, si fermeranno asfittici, senza più possibilità di proseguire.

È finito il tempo di cui parlava Jono, delle brave persone che lavoravano e poi andavano a fare la guerra dopo aver messo al mondo qualche figlio per la guerra successiva. Guarda incuriosito l'ascoltatore per cogliere se è riuscito a trasmettergli i suoi allarmi.

“Noi siamo al capolinea, prosegue tranquillamente. Mi fanno perdere il sonno i miei nipoti che vengono su fra oltranzisti, terroristi, kamikaze, global, no-global, vecchi capitalisti occidentali e nuovi capitalisti medio-orientali. Non si capisce più niente. Non riesco a vedere vie di uscita. I rimedi sono come la mia protesi: una dilazione. Poi? Scruta la curiosità che si aspetta sul volto di chi gli sta intorno.

“Per me, io non sono preoccupato. Sono solo incuriosito. Mi sento tanto come quel tale di cui parla Kerr. Era come me un piccolo borghese avanti negli anni che, nei giorni del Terrore saliva lentamente la scaletta che portava i condannati alla ghigliottina. In prossimità del palco si fermò e rivolto all'uomo che lo precedeva gli disse: mi dispiace di morire proprio adesso, ero curioso di vedere come sarebbe finito tutto questo casino”.



Antropologia culturale

Quand'ero bimba tutti si andava a Messa alle dieci con il vestito della festa, solo le donne che dovevano preparare il pranzo e le piccolette che facevano la Comunione ci andavano alle sei, anche d'inverno quando era ancora notte fonda e c'era una nebbia che si tagliava col coltello.

Gli uomini, alla festa, per tutta la vita, indossavano l'abito da sposo e molti per farsi la barba col rasoio si procuravano tagli sugli zigomi come fendenti. Erano quasi tutti sordi dall'orecchio destro a causa delle cartucce troppo fragorose che si facevano da soli.

A mezzogiorno ci si riuniva per il pranzo, nonni, figli, nuore, nipoti, parenti soli. Noi eravamo tra i più fortunati, eravamo più di trenta fra grandi e piccoli, c'era la pasta per tutti e quasi sempre anche un pezzo di carne.

Al pomeriggio, i giovanotti che avevano fatto il soldato andavano all'osteria a bere vino con gli anziani e tornavano quasi tutti ubriachi. La sera, ogni tanto, c'era qualche litigio, ma nessuno si faceva mai male.

Le ragazze una volta al mese andavano al cinema dove un giovanotto declamava le didascalie dei films per quelli che non sapevano leggere e, all'occorrenza, aggiungeva qualche spiegazione. Il gestore e suo figlio stavano dietro lo schermo per fare rumori che accompagnavano la vicenda. Se c'era una battaglia con gli

indiani sparavano scariche di fucilate contro una trave e noi strillavamo per la paura.

Le ragazze che avevano il fidanzato portavano al cinema una sorella più piccola e dovevano rientrare a casa prima del calar della sera.

Noi bambine, nella cattiva stagione, passavamo il pomeriggio della domenica nella cucina del nonno dove c'era il camino acceso.

Il nonno sedeva davanti, vicino al fuoco, noi dietro su di una lunga panca. Ogni tanto il nonno si piegava su un lato per scoreggiare e noi ogni volta ridevamo a crepapelle.

Le scorregge del nonno erano il nostro divertimento domenicale: eravamo felici perché si stava insieme e potevamo tenere le scarpe per tutta la giornata.

(Dal racconto di una ottantenne di Franciacorta ad un gruppo universitario di lavoro sulla cultura contadina dell'inizio del secolo).

Bottoni

Sebbene il fazzoletto fosse usato dalle donne dell'antica Grecia, gli uomini del '700 si soffiavano il naso con le dita oppure con le maniche della giacca. Le donne giudicavano sconvenienti





te questo uso, ma non potevano farci niente.

Federico il Grande, uomo molto raffinato, non tollerava che le divise dei suoi soldati avessero le maniche lucidate dalle loro secrezioni nasali e, per migliorare la loro educazione, fece applica-

re sulle maniche grossi bottoni metallici in modo che non potessero più essere usate come fazzoletto.

L'iniziativa venne imitata da tutti gli eserciti in breve tempo.

Prevenzione

Le campagne di prevenzione delle malattie di cuore cominciano a dare i loro frutti. È di pochi giorni fa la notizia riportata dai giornali sportivi che l'allenatore dell'Alzano Virescit è stato esonerato dall'incarico quando la squadra era al primo posto nella classifica nel girone A della serie C/2.

Motivazione: la sua tattica del fuorigioco metteva a rischio le coronarie del presidente che soffre di Angina Pectoris.

Ghiottoni

Il vero goloso non scende a compromessi.

Chiese un amico a Cesare Marchi: "Fra una cena con Kim Basinger e una con Cindy Crawford, quale sceglieresti?" "Dipende dal menù", rispose.

Antidoping elladico

L'uso di sostanze dopanti è un grosso problema dello sport moderno, particolarmente condannabile nel caso delle Olimpiadi che sono la celebrazione millenaria della purezza dell'atletica. La responsabilità viene data alle enormi quantità di denaro che

si muovono dietro lo sport.

Ad Atene i premi per gli atleti erano anfore panatenaiche, piene di venti litri di olio, considerate oggetti sacri. Ai vincitori veniva dedicata anche una statua.

Ben presto ai vincitori venne concessa l'autorizzazione a vendere le anfore che raggiungevano prezzi altissimi: fu la prima commistione di soldi e sport della storia.

In origine l'olio proveniva dai pubblici oliveti: dopo la riforma agraria, gli oliveti divennero privati e l'olio doveva essere consegnato dai proprietari in quantità proporzionale al numero di piante che possedevano.

A Sparta le Olimpiadi vennero chiamate Euriclee, in onore di un ricco commerciante di nome Ericle che è passato alla storia come il primo sponsor di gare sportive.

Gli atleti in gara indossavano gonnellini corti, uguali per tutti. Alla 15a Olimpiade nacquero i primi sospetti di irregolarità. Orsippo di Megara perse il gonnellino durante la gara e ci fu chi l'accusò di averlo perso di proposito per correre più libero e veloce. Da allora venne introdotto l'obbligo di gareggiare nudi come nelle incisioni sui vasi.





Il più efficace e serio provvedimento per garantire la regolarità delle gare venne preso proprio ad Atene. Tutti i partecipanti dovevano presentarsi almeno un mese prima dell'inizio dei giochi ai giudici i quali verificavano l'identità, l'idoneità fisica a gareggiare e che il livello della prestazione fosse ad altezza olimpionica. Gli atleti ammessi venivano tutti alloggiati in un villaggio, come si fa oggi, dal quale però non potevano più uscire fino a dopo aver gareggiato. Tutti venivano sottoposti alla stessa dieta rigorosamente controllata senza deroghe per nessuno. Potevano mangiare solamente pane, fichi e formaggi freschi. Solo dopo parecchi anni vennero ammesse modeste quantità di carne. Chi non rispettava la dieta veniva escluso senza possibilità di appello.

“

MEDICINA MEDIEVALE Regimen Sanitatis Salerni

Sempre il sonno ti prefiggi
Nullo o breve nei meriggi,
perocché da sonni tali
ne trarrai parecchi mali:
la pituita molesta,
febbre, ignavia e mal di testa.

A ben quattro mali origine,
cioè a colica, vertigine,
timpanite e spasmo acuto,
dar può il flato trattenuto.



”



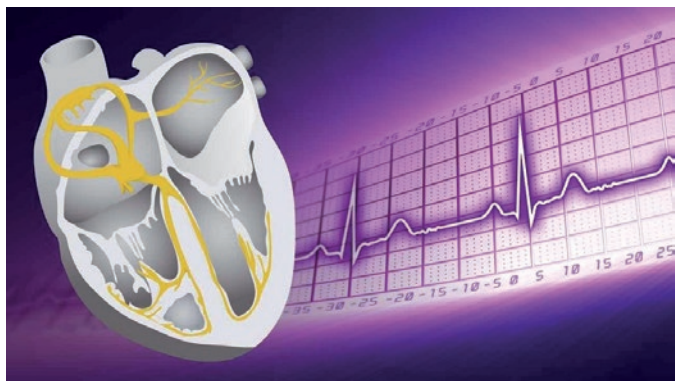
Filippo Brandimarte Intervista **Riccardo Cappato**



L'impatto del tipo di fibrillazione atriale sul rischio tromboembolico e sulla mortalità

Brandimarte: Dott. Cappato come classifichiamo oggi la fibrillazione atriale?

Cappato: La fibrillazione atriale è un disturbo del ritmo cardiaco progressivo. La transizione tra forme intermittenti a forme continue di presentazione dell'aritmia si può verificare nel 25% dei pazienti. Sulla base della presentazione clinica, dei dati anamnestici disponibili sulla durata della fibrillazione atriale e sull'interruzione spontanea, sono stati descritti diversi tipi di fibrillazione atriale, indipendentemente dalla presenza/assenza di sintomi. I dati provenienti dal registro internazionale REALIZE-AF hanno mostrato che, nella popolazione generale, la fibrillazione atriale permanente è la forma più frequente (49,6%), seguita da quella parossistica (26,5%) e da quella persistente (23,8%).



Come incide il pattern di fibrillazione atriale sul rischio embolico?

Storicamente, il pattern di presentazione della fibrillazione atriale è stato considerato un fattore non determinante per le variazioni del profilo di rischio di tromboembolismo. Questo potrebbe essere anche determinato dall'assenza di dati codificati per tipo di fibrillazione atriale nei database utilizzati nelle coorti di derivazione e validazione degli SCORE di rischio. La relazione tra il pattern di fibrillazione atriale e il rischio di ictus,



Averroè

a prescindere dai punteggi di CHADS2 e CHA2DS2-VASc, è allo stato attuale una questione di profonda discussione. L'analisi del rapporto tra pattern di fibrillazione atriale e rischio tromboembolico è complicata dall'evidenza che il profilo dei pazienti con la forma parossistica è diverso dagli altri tipi: questi pazienti, infatti, sono generalmente più giovani, con una minore prevalenza di cardiopatie strutturali e altre comorbidità e di conseguenza un rischio tromboembolico stimato inferiore. Altri fattori confondenti sono l'aderenza dei pazienti alla terapia anticoagulante e il carattere evolutivo intra-individuale della fibrillazione atriale: molti pazienti, infatti, possono sviluppare fibrillazione atriale persistente o permanente, pur essendo al momento della diagnosi classificati come forma parossistica e viceversa. Pertanto, un fenotipo potrebbe non essere rappresentato per uno specifico paziente.

I dati in letteratura che hanno valutato l'effetto del pattern di presentazione derivano da analisi post-hoc di studi osservazionali o studi randomizzati e controllati di intervento. Negli ultimi anni in seguito all'avvento dei nuovi anticoagulanti orali e dei rispettivi grandi trial registrativi il numero dei pazienti affetti da fibrillazione atriale arruolati in maniera sistematica è cresciuto in maniera esponenziale rappresentando un ottimo substrato per sotto-analisi e studi di approfondimento. Inizialmente le prime sotto-analisi in cui è stato valutato l'effetto del pattern di presentazione della fibrillazione atriale sono state svolte su studi randomizzati controllati in cui è stato saggiato l'effetto della terapia antiaggregante nella riduzione del rischio tromboembolico in pazienti con fibrillazione atriale. In particolare, in un'analisi cumulativa degli studi ACTIVE-A e AVERROES, in cui è rappresentata una

popolazione di 6.563 pazienti con fibrillazione atriale trattati con aspirina, i tassi annuali di ictus ischemico sono stati del 2,1%, 3,0% e 4,2% rispettivamente in pazienti con la forma parossistica, persistente e permanente. L'analisi multivariata ha identificato: l'età ≥ 75 anni, il sesso, la storia di ictus o attacco ischemico transitorio e il pattern come predittori indipendenti di ictus; la fibrillazione atriale permanente rappresenta inoltre il secondo predittore più forte dopo la storia di precedente ictus/TIA. Altri studi, condotti anch'essi per saggiare l'effetto della terapia antiaggregante, non hanno confermato questo dato. Lo studio SPAF e analogamente lo studio ACTIVE-W hanno mostrato un rischio comparabile di sviluppare ictus ischemico nei pazienti con la forma parossistica o non parossistica. Le analisi post-hoc degli studi ROCKET-AF, ARISTOTLE ed ENGAGE-AF hanno dimostrato tassi di incidenza di ictus ischemico significativamente inferiori nei pazienti con fibrillazione atriale parossistica al momento dell'arruolamento rispetto a quelli con la forma persistente, anche dopo correzione per le ca-



ratteristiche basali della popolazione. Nello studio RE-LY, i tassi di ictus erano inferiori nei pazienti con la forma parossistica rispetto ai pazienti con la forma persistente, ma non sono stati effettuati confronti formali dopo correzione per i più comuni fattori di rischio; i pazienti con fibrillazione atriale parossistica, infatti, tendevano ad avere punteggi CHADS2 più bassi. Allo stesso tempo alcuni studi eseguiti su registri osservazionali internazionali hanno riportato un rischio tromboembolico paragonabile tra le due forme. I dati derivanti dai registri osservazionali sono, però, molto eterogenei e presentano numerose variabili di confondimento come, ad esempio, il tasso di aderenza alla terapia anticoagulante o le diverse caratteristiche intrinseche dei pazienti affetti da diversi pattern di fibrillazione atriale. Questi fattori, pertanto, rendono difficile qualsiasi tentati-

vo di correzione rigorosa dei dati in tali studi, così da rendere meno significativi i risultati derivanti dagli stessi. Questi dati insieme ad altri derivati da precedenti studi sono stati raccolti da Ganesan in un'ampia metanalisi composta da 12 studi rappresentativi di 99.996 pazienti. Il rischio relativo di tromboembolismo sistemico non corretto è stato 1,355 per pazienti con fibrillazione atriale non parossistica rispetto ai pazienti con la forma parossistica. Nella stessa metanalisi inoltre è stata saggiato l'effetto del pattern di fibrillazione atriale sul rischio emorragico di questi pazienti. I risultati hanno mostrato tassi di sanguinamento simili nei due gruppi sia nella valutazione del rischio relativo che nella valutazione dell'HR inserendo solo i dati corretti dopo analisi multivariata. L'assenza di associazione tra il pattern di fibrillazione atriale ed il rischio di sanguinamento potrebbe supportare l'ipotesi che questo fattore rappresenti, al contrario, una variabile indipendente per il rischio tromboembolico dei pazienti. Tuttavia, questa metanalisi presenta una grave limitazione determinata dall'aver incluso anali-

si post-hoc di studi effettuati per scopi diversi ed alcuni studi osservazionali.

Quali sono invece i dati sulla mortalità?

La fibrillazione atriale è associata a un aumentato rischio di morte per tutte le cause. È importante sottolineare inoltre che un "burden" di fibrillazione atriale più elevato è associato ad una maggiore mortalità. L'associazione tra pattern di presentazione di fibrillazione atriale e il rischio di morte per tutte le cause è stata indagata in due ampie metanalisi. Nella meta-analisi di Zhang, basata esclusivamente su analisi post hoc di trial randomizzati in pazienti con rischio di ictus moderato-severo che ricevono terapia anticoagulante, è stato dimostrato una riduzione della mortalità per tutte le cause nei pazienti con fibrillazione atriale parossistica rispetto ai pazienti con la forma non parossistica. La meta-analisi di Ganesan rappresenta il più grande dataset aggregato di pazienti affetti da fibrillazione atriale. Nel complesso la mortalità per tutte le cause si è dimostrata più alta nei pazienti con la forma non parossistica rispetto a quella parossistica. Solo

dopo correzione mediante analisi multivariata si è osservata una parziale attenuazione di questa associazione. I meccanismi con cui i pazienti con la forma non parossistica hanno sperimentato un aumento del-

Qual è dunque il valore aggiunto del pattern di fibrillazione atriale rispetto all'attuale metodo di stratificazione del rischio?

Nei pazienti con elevato spettro di rischio tromboembolico calcolato sulla base degli attuali score di rischio, i fattori di rischio clinico svolgono un ruolo maggiormente importante rispetto al pattern di fibrillazione atriale. Al contrario, nel decidere se

iniziare o meno la terapia anticoagulante nei pazienti a basso rischio clinico di tromboembolismo (CHA₂DS₂-VASc score =1), per i quali il rapporto rischio/beneficio di tale terapia è meno chiaro, potrebbe essere utile considerare il tipo di fibrillazione atriale (parossistica versus non parossistica). In questo caso infatti la presenza della forma parossistica andrebbe a configurare un profilo di rischio minore rispetto alla forma non parossistica. L'associazione della forma non parossistica con l'aumento della mortalità suggerisce, inoltre, che la prevenzione della



la mortalità possono essere potenzialmente stati un peggioramento dello scompenso cardiaco o episodi di ictus più gravi, o forse una maggiore prevalenza di gravi malattie non cardiovascolari sottostanti.

progressione della fibrillazione atriale può potenzialmente avere un impatto non solo sui sintomi o sul rischio di ictus ma anche migliorare la sopravvivenza.

Grazie Dott. Cappato per questo interessante approfondimento su un aspetto della fibrillazione atriale sul quale probabilmente non si pone sufficiente attenzione.

DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2023



Simone Budassi Intervista **Daniele Andreini**



Alla ricerca di nuovi Gatekeeper: la TAC coronarica nella sindrome coronarica acuta

Budassi: Prof. Andreini, cosa rende la TC coronarica (CCT) una metodica così utile e interessante nella diagnosi di malattia aterosclerotica coronarica?

Andreini: La CCT è una metodica di imaging non invasivo che permette di visualizzare le arterie coronarie indagando anatomia, origine, decorso e rapporti con le altre strutture cardiache. La caratteristica di visualizzazione tridimensionale delle strutture cardiache permette di poter studiare il calibro dei vasi, verificando la presenza di malattia aterosclerotica e il grado di stenosi, fino a poter stimare la composizione della placca ateromastica e la natura dei tessuti perivascolari che la circondano.



Il suo ruolo nella sindrome coronarica cronica è ormai assodato nella pratica clinica e le linee guida ESC la inseriscono come esame in classe I livello di evidenza B. Potrebbe illustrarci il suo ruolo nella sindrome coronarica acuta?

Vari trials hanno dimostrato l'importanza della CCT eseguita in urgenza in PS, in uno dei primi, il ROMICAT si è dimostrata efficace nell'individuare



ateromasia coronarica ostruttiva con un valore predittivo negativo del 100%. Nel BEACON TRIAL tra i pazienti con CCT negative, nessuno ha riportato infarto miocardico o morte a 30 giorni. Inoltre, con un'unica metodica si possono escludere altre cause di dolore toracico, potenzialmente fatali, come l'embolia polmonare e la dissezione aortica.

Ci può spiegare meglio quest'ultimo concetto?

Nel contesto clinico del dolore toracico acuto, oltre alla valutazione della presenza di stenosi coronariche ostruttive, la TC cardiaca è in grado di effettuare il cosiddetto triplo rule-out; con un singolo esame diagnostico non invasivo e ampiamente disponibile, è possibile escludere con affidabilità la presenza di 3 quadri patologici "big-killer: la coronaropatia significativa, l'embolia polmonare e la dissezione aortica acuta.

Certamente un'arma efficace, non invasiva e ben distribuita negli ospedali italiani. Il suo utilizzo ha portato anche vantaggi in termini di rapidità della dimissione e quindi di risparmio anche in termini economici?

Assolutamente sì. Nel CT STAT trial si è dimostrata una riduzione del tempo per la diagnosi del 54% comparato ad altre metodiche di imaging (2.9 h vs. 6.3 h $p < 0.0001$). Anche i costi sono risultati inferiori del 38%.

Per quanto riguarda la già citata composizione della placca?

La valutazione della composizione della placca ateromastica per identificare quelle placche ad elevato rischio di eventi, è un noto vantaggio della CCT. Una sotto analisi del ROMICAT II ha valutato nel braccio CCT la presenza di CAD non ostruttiva (stenosi 1%- 49%), di CAD significativa ($\geq 50\%$ or $\geq 70\%$), e la presenza di almeno una feature di placca ad alto rischio (rimodellamento positivo, placca a bassa attenuazione < 30 HU, napkin-ring sign, spotty calcification).

Alcuni trial multicentrici hanno però dimostrato l'importanza della valutazione funzionale invasiva del grado di stenosi per decidere la strategia terapeutica. È possibile una valutazione funzionale non invasiva delle stenosi coronariche?

Visto il ruolo sempre più rilevante della TC cardiaca nel sospetto della cardiopatia ischemica, è nata l'idea di cercare di ricavare lo stesso dato funzionale ottenibile dal FFR invasivo a partire dalle informazioni acquisite durante la TC coronarica a riposo. La tecnica della FFR-CT permette di calcolare, utilizzando algoritmi di fluidodinamica computazionale, i valori di FFR su tutti i principali vasi coronarici epicardici. Trial multicentrici in letteratura hanno dimostrato l'affidabilità del FFR-CT e la



JACC
**Cardiovascular
Imaging**

sua correlazione con il dato di FFR invasivo. Chinnaiyan KM et al nel loro studio pubblicato nel 2020 su JACC Cardiovascular imaging, hanno dimostrato che nei pazienti con dolore toracico acuto l'aggiunta del dato funzionale con l'FFR-CT è fattibile senza determinare un aumento significativo di MACE rispetto alla TC coronarica anatomica. In una sottoanalisi del ROMICAT II trial nei pazienti con dolore toracico acuto si è dimostrata l'associazione tra la significatività dell'FFR-CT con il grado di stenosi, con le caratteristiche di alto rischio della placca e con il rischio relativo di ACS e di necessità di rivascolarizzazione coronarica. Infine, nei pazienti con dolore toracico acuto, il valore di FFR-CT riveste un ruolo prognostico, come evidenziato da Fisher et al che hanno dimostrato che un valore di FFR-CT negativo

(>0.8) si associa all'assenza di MACE a 30 giorni dalla dimissione dal dipartimento di emergenza-urgenza.

Concludendo quale futuro per la TC coronarica nei nostri pronto soccorso?

Credo ci sarà un utilizzo sempre maggiore della metodica che è in grado di escludere rapidamente condizioni potenzialmente fatali come la dissezione aortica e l'embolia polmonare e soprattutto ha la capacità di evidenziare la presenza o meno di coronaropatia ostruttiva con un alto potere predittivo negativo. Inoltre, grazie alla possibilità di aggiungere, nella stessa metodica, una valutazione funzionale non invasiva del grado di stenosi, permette di accelerare il processo di dimissione o l'eventuale ricovero per conferma diagnostica mediante studio coronarografico.



**ESC
Pocket
Guidelines**

Attività fisica alla resa dei conti

È un argomento sul quale si ritorna volentieri perché molti hanno documentato e riferito che tanto più si pratica il moto fisico tanto più si preven-
gono le malattie e si allunga la vita. Tutto ciò ad onta di alcune evidenze
riportate dalla cronaca

antica e recente, come quella del primo maratoneta Filippide che stramaz-
zò dopo una corsa di 40 chilometri, dei molti atleti attuali che hanno
rischiato o subito la morte improvvisa sul cam-
po di gioco e ... del mio
barbiere che dovette es-
sere bypassato nelle co-
ronarie dopo decenni di
vita salutare ancora or-
goglioso delle sue nu-
merose coppe esposte in
bottega, vinte nelle cor-
se paesane e nella veni-



Maratona di Venezia

emmarathon. Ciò nonostante gli esegeti moderni del problema si sono im-
pegnati a confrontare i gradi di attività fisica settimanale con lo stato di
salute guadagnato nel tempo.

Del tutto recentemente infatti alcuni studi hanno documentato un nesso
positivo fra quanto ci muoviamo fisicamente e quanto di beneficio ottenia-
mo nel ridurre le malattie cardiovascolari o di altra origine e allungare la
vita. Mauricio Dos Santos e coll. (JAMA 2022), studiando una popolazione
di 350 mila soggetti, suddivisi fra chi dedicava maggiore (150-299 minu-
ti), minore (75-149 minuti) o nessuna attività fisica durante la settimana,



Statua di Filippide

hanno rilevato che il vantaggio salutare in chi la praticava non variava se questa veniva concentrata in due soli giorni (fine settimana) o era diluita nei sette. D'altro lato Dong Hoon Lee e coll. in uno studio policentrico pubblicato su *Circulation* (2022) relativo a una popolazione di 116 mila individui, suddivisi secondo le stesse tre modalità di attività fisica, confermarono una riduzione di mortalità dal 19% al 25% per tutte le cause, cardiovascolari e non, in coloro che attuavano l'impegno fisico settimanale.

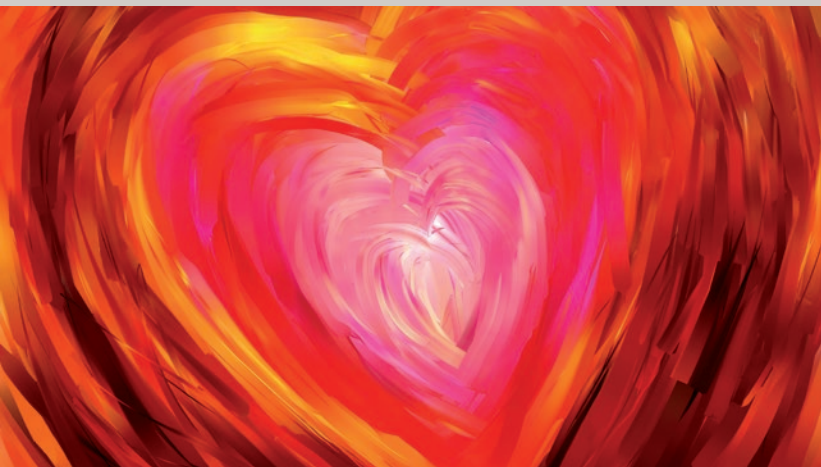
Dopo queste conferme di quanto già si sapeva, comprese le nuove precisazioni, alcuni psichiatri tedeschi capeggiati da Sonja Sudimac (*Mol Psychiatry* 2022) si sono posti il problema dell'ambiente dove si pratica l'attività fisica, nelle città che oramai concentrano più della metà della popolazione mondiale oppure in aperta campagna, di certo meno inquinata. Lo studio è di tutto rispetto poiché si è scomodata addirittura la risonanza magnetica cerebrale, eseguita prima e dopo l'eser-

cizio fisico, con lo scopo di verificare soprattutto il comportamento dell'amigdala, quella singolare formazione anatomica cerebrale, che assomiglia ad una mandorla, deputata ad interferire in molte delle funzioni della nostra sfera emotiva. Ebbene, quei ricercatori hanno osservato una diminuzione dell'attività di tale ghiandola dopo la passeggiata campestre, mentre non si modificava in quella urbana. Un risultato che secondo la loro esperienza sarebbe una prova elegante del mantenimento dell'omeostasi corporea nello stress, allorché questo viene attuato in ambiente naturale anziché cittadino. Ossia una conferma di maggiori benefici sul rischio di malattie e di mortalità. Alla fine dei conti tuttavia rimane il problema di coloro che invece liberano più o meno precocemente l'anima mentre stanno impegnando il fisico, come appunto certi atleti o gli anziani che non hanno verificato se le loro arterie si sono mantenute pulite. Ma questo rimane il compito del medico incaricato della valutazione clinica degli sportivi e degli anziani più o meno velleitari.

Lettere a Cuore e Salute

Ascoltare il Cuore

Spettabile Cuore e Salute,
mi chiamo Stefano, vivo a Pistoia da 50 anni e vi scrivo per due ragioni.
La prima è per parlarvi brevemente di un medico che conosco molto bene,
un Cardiologo con la C maiuscola, anzi grandissima, come il cuore che ci
mette nell'esercitare la sua professione.



Vive anche lui a Pistoia ma lavora ad Empoli (prima ancora a Fucecchio) e per amore dell'ambiente dove da sempre ha svolto la sua professione sta passando tutta la sua vita lavorativa facendo avanti e indietro quei 35 chilometri, percorsi non meno di 10mila volte (arrotondate ampiamente per difetto).

È stato primario ospedaliero e ad oggi continua ad esercitare facendo ambulatorio alcuni giorni la settimana. È iscritto all'albo dei medici dal 1965. L'impegno che mette nell'affrontare i problemi dei suoi pazienti, l'esperienza maturata e il continuo approfondimento della materia, unite ad una capacità di trattare le persone e ad un'intelligenza brillante, ne fanno una persona davvero

speciale, e non solo un medico eccezionale. Chi ha la fortuna di incontrarlo o di averlo incontrato in ambito professionale sa benissimo quello che significa essere presi in cura da qualcuno. E chi lo ferma per strada per chiedere un consiglio su due piedi, anche su questioni ben lontane dalla sua specializzazione, si rende facilmente conto di trovarsi di fronte ad una persona completamente immersa nella professione medica.

La seconda ragione per cui vi scrivo è la più importante. Quel medico si chiama Aldo, è mio padre e legge assiduamente questa rivista. È difficile sorprenderlo e quindi vorrei provarci in questo modo.

Grazie babbo, per quello che sei, un esempio da seguire, un punto di riferimento assoluto. Grazie!

Stefano I., Pistoia

“

DA “I QUIZ UNIVERSALI”

Ma qual è 'o vero Ammore?

Vuo' sape'? 'O vero Ammore
nun è quann' a 18 anni
essa sta int' 'o splendore
e te fa squaglià int' 'e panni

o quann' 'a puort' 'ncopp altare,
sotto 'o braccio affianco a te,
e te siente 'o primm' attore,
essa 'a Regina e tu 'o Re

o durante 'o viaggio 'e nozze
e vulann' int' apparecchio,
essa ride è felice
si s' ammira dint' 'o specchio

o quann'..... chesta sposa
te rivela che se sogna
che 'nu fiocco azzurro o rosa
t' 'o sta purtann 'a cicogna.

Vuo' sapè? 'O vero ammore
è quann', po', passano ll' anni
e chiano chiano, senza rummore,
s'appresentano i malanni.

E comincia 'n' ata vita,
ce sta poco 'a 'rraggiuna'
quann' t'accuorge che è in salita
chello che resta 'a cammina'.

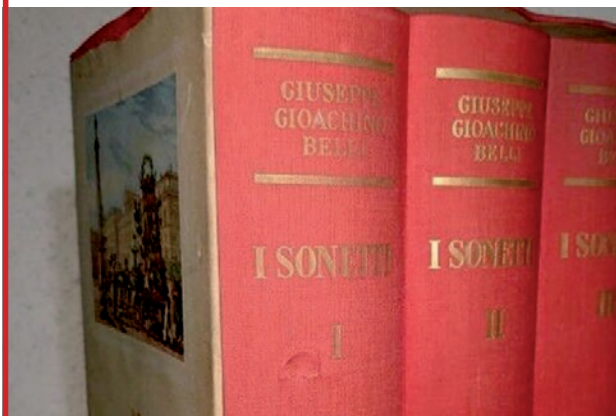
Ma se l'Ammore è proprio overo,
d' 'a primma scelta nisciuno si pente
e pazziann'..... e ridenn',
ce se puntella reciprocamente.

Cecco Gambizzato

”

NUN SAI C'A LO SPEDALE CE SE MORE?

di Filippo Stazi



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

Li dottori

Sta somaraja che ssa scrive e llege,
sti teòlichì e st'antre ggente dotte,
saria mejjo s'annassino a ffà fotte
co li su'libbri a ssono de scorregge.
Oh vvedi, cristo, si cche bbella legge!
Dà le corne a li spigoli la notte¹:
sudà l'istate come pperacotte:
e l'inverno p'er freddo nun arregge²!
Er vento bbutta ggiù, ll'acqua t'abbagna,
te cosce er zole; e, ppe ddeppiù mmalanno,
senza er priffete³ un cazzo⁴ che sse maggna!
E cco ttutti li studi che sse sanno,
a sta poca fregnaccia de magagna
nun cianno⁵ mai da rimedià nun cianno!

¹ batti la testa ai cantoni per il buio

² non reggersi

³ danaro, così detto per imitazione del suono che rende quando cade

⁴ equivale ad una negativa

⁵ ci hanno



Vittoria Rizzello

Screening del rischio di morte improvvisa nei giovani atleti competitivi: The Italians do it better!!!



Sin dai primi anni '80 in Italia si è adottato un programma, unico nel panorama internazionale, per lo screening della morte improvvisa cardiaca (MIC) nei giovani atleti competitivi. Tale programma prevede una prima valutazione cardiologica all'inizio dell'attività agonistica (anche in fase pre-adolescenziale per alcuni sport) e una rivalutazione annuale, con l'interdizione dell'attività agonistica conseguente al riscontro di patologie cardiovascolari a rischio di MIC.

La dimostrazione che questo protocollo "performi" meglio rispetto ad altri modelli internazionali è riportata in un recente lavoro pubblicato su *European Heart Journal* da un gruppo di ricercatori italiani, leader nell'ambito della MIC, coordinato dal prof. Corrado. Lo studio ha incluso 22.324 giovani atleti competitivi, di età compresa tra i 7 e i 18 anni, sottoposti, tra il 2009 e il 2019, a screening cardiovascolare all'inizio dell'attività agonistica e quindi annualmente, presso il Centro di Medicina dello Sport di Treviso. Questo istituto è il centro di riferimento per la Medicina dello Sport della regione Veneto e rappresenta un valido osservatorio a livello regionale del programma nazionale di pre-

venzione della MIC in questa fascia di popolazione.

In accordo al protocollo italiano di valutazione cardiovascolare, i giovani atleti sono stati sottoposti, di base e annualmente, ad anamnesi personale e familiare per malattie cardiovascolari, esame obiettivo, ECG a 12 derivazioni e test da sforzo (all'85% della frequenza cardiaca massimale). In caso di elementi suggestivi di cardiopatia, sono stati effettuati gli ulteriori accertamenti necessari. L'età media degli atleti è stata di 12 anni (IQR, 10-14) e il 62% erano maschi, prevalentemente di razza caucasica (89%). Accertamenti aggiuntivi dopo la prima valutazione sono stati richiesti nel 9% dei casi e hanno incluso l'ecocardiogramma (8,4%), l'Holter ECG (8,1%), il test ergometrico massimale (4%) e la risonanza magnetica cardiaca (0,2%). Test invasivi come il test elettrofisiologico invasivo o la coronarografia sono stati necessari molto raramente (0,02%).

Le valutazioni seriate hanno permesso di diagnosticare una malattia cardiovascolare in 403 atleti (1,8%); in 69 casi la patologia diagnosticata era associata a rischio di MIC e comprendeva: cardiopatie con-



genite in 17 atleti (di cui 11 con origine anomala delle coronarie), canolopatie in 14 atleti, cardiomiopatie in 15 atleti, aritmie cardiache associate a scar non ischemica a livello del ventricolo sinistro in 18 atleti e altre condizioni a rischio in 5 atleti. La diagnosi di patologia associata a rischio di MIC era effettuata alla prima valutazione solo nel 36% dei casi, mentre nel 64% dei casi la diagnosi era effettuata nelle valutazioni successive. Nel 9% dei casi la diagnosi è stata effettuata in atleti sotto i 12 anni, mentre nel restante 91% la diagnosi è stata posta dai 12 anni in su. Nel 52% dei casi di cardiopatia potenzialmente aritmogena, il test da sforzo è risultato patologico (induzione di aritmie durante l'esercizio).

L'analisi dei costi ha dimostrato che il costo medio per una diagnosi di cardiopatia associata a rischio di MIC è stato di 73.312 euro, con un costo più elevato nella fascia di età 7-11 anni (140.041€) rispetto alla fascia 12-18 anni (66.957€).

Durante il follow-up (7,5±3,7 anni) solo 1 atleta (runner, considerato idoneo alla valutazione effettuata 11 mesi prima), ha presentato un episodio di arresto cardiaco in fibrillazione ventricolare durante un allenamento, prontamente risuscitato con l'uso di un defibrillatore automatico esterno, presente sul posto. Le indagini effettuate per chiarire l'origine dell'aritmia sono risultate negative e non è stato possibile individuare le cause dell'evento. Nessuno degli atleti ritenuti non idonei ha manifestato eventi aritmici nel follow-up, nel corso del quale era consentita, all'interno di un programma dedicato e monitorato, l'attività fisica non competitiva.

Considerazioni:

Il lavoro del gruppo di Corrado appare molto interessante e rilevante per diversi aspetti.

Innanzitutto, conferma che l'evento MIC nei giovani atleti agonisti è un evento molto raro (0.6%/100.000/anno); tuttavia, data la rilevanza sociale e mediatica di tali eventi, ogni sforzo deve essere attuato per evitare tali morti.

Il modello italiano, attraverso

nei diversi anni (2/3) e in un'età inferiore a 16 anni (75%). Questi dati assumono particolare rilievo se interpretati alla luce di altri protocolli di screening, come quello inglese, che prevede un'unica valutazione cardiovascolare all'età di 16 anni, che pertanto espone una percentuale non trascurabile di giovani atleti a rischio di MIC.

L'utilità di una valutazione precoce è sottolineata dal fatto che il 9% delle diagnosi di cardiopatia associata a rischio di MIC è stata posta in atleti di età ≤ 11 anni. D'altro canto, è noto che l'espressione fenotipica di molte cardiopatie genetiche o acquisite può essere dilazionata nel tempo e pertanto solo una rivalutazione periodica può cogliere lo sviluppo della malattia. In effetti, in un precedente studio inglese è stata riportata un'inci-

denza di MIC di 6.8/100.000 atleti/anno, con la presenza in 5 di 8 vittime di MIC di una cardiomiopatia non diagnosticata nell'unica valutazione cardiovascolare eseguita circa 7 anni prima della morte.

Altro dato che caratterizza il modello italiano di screening rispetto a quelli stranieri è l'utilizzo del test da sforzo che in circa la metà dei casi patologici ha consentito la diagnosi.

Da un punto di vista di costi, la strategia italiana ha presentato,

una valutazione cardiovascolare seriata che inizia molto precocemente e viene ripetuta annualmente, consente di diagnosticare diverse cardiopatie associate a rischio di MIC e salvare vite (in questo studio ben 69).

La maggior parte di queste diagnosi viene effettuata grazie alle rivalutazioni eseguite

nell'analisi dedicata dello studio, una sostenibilità economica paragonabile alla strategia inglese e quindi appare economicamente accettabile, anche perché finalizzata a salvare giovani vite.

Infine, è importante sottolineare che, per quanto un protocollo di screening per la MIC possa essere ben strutturato e funzionale, è impossibile prevenire tutti i casi di MIC e pertanto appare fondamentale garantire una disponibilità più capillare dei defibrillatori automatici esterni in particolare nei luoghi in cui si svolgono attività sportive di allenamento e competitive al fine di consentire un rapido intervento di defibrillazione.





Laura Gatto

L'impatto clinico nell'infarto miocardico peri-operatorio. I risultati del registro BASEL-PMI



L'infarto miocardico peri-operatorio (PMI) è una complicanza molto frequente dopo interventi di chirurgia non cardiaca, con un grande impatto sulla mortalità. A causa della sedazione e dell'analgesia somministrate nel periodo peri-operatorio molto spesso i pazienti sono asintomatici o presentano sintomi atipici, questo comporta, in assenza di un'adeguata sorveglianza, un ritardo o una omissione della diagnosi. È per tale motivo che, recentemente, la Società Europea di Cardiologia ha rilasciato delle nuove linee guida in cui la sorveglianza attiva dei pazienti ad alto rischio sottoposti a chirurgia non cardiaca viene consigliata in classe IB. La difficoltà di un adeguato inquadramento del paziente dipende anche dal fatto che il PMI racchiude un **gruppo molto eterogeneo** di patologie con meccanismi fisiopatologici molto diversi tra loro, includendo l'infarto "classico" di tipo 1 dovuto alla rottura di placca, l'infarto secondario di tipo due causato dal mismatch tra domanda e richiesta di ossigeno, le tachiaritmie, lo scompenso cardiaco e cause extra-cardiache associate comunque ad aumento della troponina



San Paolo del Brasile

come l'embolia polmonare e la sepsi. Una corretta definizione fisiopatologica rappresenta, quindi, un momento chiave per l'inizio di un trattamento adeguato ed anche per una migliore definizione prognostica. Sull'ultimo numero dell'European Heart Journal sono stati pubblicati i risultati del **BASEL-PMI**, un registro condotto con lo scopo di definire ad un anno l'impatto prognostico in termini di MACE (eventi cardiaci avversi maggiori) e di mortalità per tutte le cause del danno miocardico perioperatorio. Nel registro sono stati inseriti in modo prospettico

99° percentile del limite di riferimento di ciascun test diagnostico) rispetto ai valori basali, **indipendentemente dalla presenza di sintomi o di alterazioni elettrocardiografiche**. Una volta posta la diagnosi di PMI, si è proceduto all'individuazione del trigger principale del danno miocardico, con la definizione di tre diversi gruppi:

1. pazienti con **PMI da causa extra-cardiaca** (sepsi severa, ictus, embolia polmonare, trauma cardiaco)
2. pazienti con **PMI da causa cardiaca**, ulteriormente distinti in pazienti con *infarto tipo 1, con scompenso cardiaco o con tachiaritmia*
3. pazienti con **PMI di tipo 2**, secondario ad ipossiemia, ipotensione, anemia o tachicardia sinusale

L'endpoint primario dello studio sono stati i MACE e la mortalità per tutte le cause in base alle diverse tipologie di PMI ad un anno. Nei MACE sono stati inclusi: l'infarto miocardico acuto, lo scompenso cardiaco, le aritmie minacciose per la vita e la morte cardiovascolare. Ovviamente il PMI è stato considerato come l'evento indice e non come un endpoint. Come

tutti i pazienti, con una degenza post operatoria prevista di almeno due giorni, sottoposti a chirurgia non cardiaca in due ospedali svizzeri ed in un ospedale di San Paolo del Brasile. Il principale criterio di arruolamento era rappresentato dall'incremento del rischio di mortalità, definito o **dall'età > 65 anni** oppure **dall'età > 45 anni ma con una storia di malattia cardiovascolare nota** (coronaropatia, vasculopatia periferica, ictus). In tutti i pazienti si è dosata la troponina ultrasensibile al basale e nei primi due giorni post-operatori; l'ECG a 12 derivazioni si effettuava in caso di diagnosi di PMI o laddove ritenuto clinicamente indicato. **La diagnosi di PMI veniva posta solo in presenza di un incremento > 14 ng/L per la troponina T ultrasensibile e > 45 ng/L per la troponina I ultrasensibile** (al di sopra del

endpoint secondario sono stati valutati gli eventi a 120 giorni, in quanto precedenti evidenze hanno dimostrato che i primi 4 mesi dopo l'intervento rappresentano il periodo di maggiore vulnerabilità.

L'analisi finale ha incluso **7.754 pazienti** (età mediana 45-98 anni; 45% donne). **L'incidenza complessiva di PMI è stata del 13.1% per un totale di 1.016 eventi.**

Per quanto riguarda le eziologie del PMI: in 109 casi (10.7%) è stata riconosciuta una causa extracardiaca, in 157 (15,5%) una causa cardiaca e 750 eventi (73,8%) sono stati attribuiti ad un infarto di tipo secondario. Per quanto concerne i 157 considerati PMI da causa cardiaca si è trattato di 71 pazienti con infarto di tipo 1 (di questi 47 hanno eseguito la coronarografia entro un mese dal PMI), 47 pazienti con tachiaritmia e 39 con scompenso cardiaco. Le principali caratteristiche cliniche sono risultate diversamente distribuite nei differenti sottotipi di PMI, per esempio la coronaropatia è stata maggiormente rappresentata nei soggetti con infarto miocardico di tipo 1 o con scompenso cardiaco, la fibrillazione atriale e la chirur-

gia per neoplasie nei soggetti con tachiaritmia, l'anemia e l'insufficienza renale nei soggetti con PMI da causa extracardiaca. Il follow-up mediano è stato di 388 giorni. Ad un anno l'incidenza complessiva dei MACE è stata del 8.8%, mentre la **mortalità generale è stata del 10.5%**. L'endpoint composito MACE e morte per tutte le cause ha presentato una incidenza del 15% (1.160 pazienti). **L'incidenza dei MACE è stata del 7% nei pazienti senza storia di PMI e significativamente più elevata nei pazienti con storia di PMI** ma con una netta differenza a seconda dell'eziologia del danno miocardico post operatorio: 17% per l'infarto miocardico tipo 2, 30% per la causa extracardiaca, 37% per l'infarto tipo 1, 49% per le tachiaritmie e 56% per lo scom-



Basilea (Svizzera)

penso cardiaco. Tale associazione è stata confermata all'analisi multivariata, dove gli HR (hazard ratio) sono stati 1.8, 3, 3.2, 5.4 e 5.5 rispettivamente per l'infarto miocardico tipo 2, per la causa extracardiaca, per l'infarto tipo 1, per le tachiaritmie e per lo scompenso cardiaco. Inoltre, valutando il numero complessivo di eventi, pazienti con storia di PMI hanno presentato

eventi multipli dal 3 al 23% dei casi (a seconda dell'eziologia del PMI) rispetto all'1% dei pazienti senza storia di PMI, soprattutto nei primi 120 giorni dall'intervento. Risultati analoghi si sono avuti per l'altro endpoint, la mortalità per tutte le cause: **mentre i soggetti senza PMI hanno presentato una mortalità complessiva del 9%, quelli con PMI hanno presentato una mortalità significativamente più alta** e con un rischio diverso a seconda dell'eziologia del PMI: 17% per l'infarto miocardico tipo 2, 38% per la causa extracardiaca, 28% per l'infarto tipo 1, 40% per le tachiaritmie e 49% per lo scompenso cardiaco. Puelacher e coll. concludono affermando che i pazienti con danno miocardico perioperatorio presentano ad un anno

un rischio aumentato di MACE e di mortalità per tutte le cause, tale rischio è indipendente dall'eziologia del PMI, ma è sicuramente più accentuato nei soggetti con danno miocardico legato a scompenso cardiaco ed a tachiaritmie e nei primi 4 mesi dopo l'intervento chirurgico.

Sicuramente deve essere riconosciuto agli autori del registro il grande lavoro per l'inclusione dei pazienti, la raccolta dei dati e per la definizione eziologica di ogni singolo PMI individuato. Tuttavia il principale limite di questo registro è rappresentato probabilmente proprio dalla definizione stessa del PMI, per cui non esiste un criterio univoco di diagnosi e che nello studio si è basato soltanto sul minimo incremento postoperatorio dei valori di troponina ultrasensibile, senza essere correlato a criteri clinici ed elettrocardiografici. Questo probabilmente potrebbe portare, nella pratica clinica, ad una "sovra diagnosi" di infarto miocardico perioperatorio, con conseguente difficoltà gestionale dei soggetti in cui si pone questo tipo di diagnosi in primis per le difficoltà logistiche e l'impossibilità di assicurare a tutti l'accesso a reparti ad alta intensità di cure. La forte correlazione tra PMI e maggior rischio di MACE e mortalità deve però essere recepito e deve probabilmente stimolare noi cardiologi ad una più attenta valutazione pre-operatoria dei nostri pazienti con una più corretta stratificazione del rischio, con l'effettuazione di diagnosi più precoci e con l'ottimizzazione terapeutica per prevenire il danno miocardico perioperatorio.

Il bugiardino

Con questo termine un po' burlesco si definisce il foglietto illustrativo che accompagna ogni prodotto farmaceutico, quello che per gli elettrodomestici sono "le istruzioni per l'uso", semplici e comprensibili a tutti. Ma se si riferiscono ai prodotti che riguardano la nostra salute interviene l'etica, passibile di contestazioni medico-legali. Sicché, dopo un inizio in cui la ditta produttrice fu sfacciatamente propagandistica, è intervenuta poi una certa regolamentazione, la quale è certamente passata per le mani di molti censori e di scrupolosi burocrati se il risultato finale è quel pieghevole che già mentre lo si svolge cade ogni desiderio di leggerlo. Se poi si decide di farlo ci si accorge che bisogna avere per lo meno le scuole alte, mentre lo stesso medico rimane deluso poiché fatica a trovare in quel guazzabuglio di ripetizioni ciò che effettivamente gli serve di sapere. Vale a dire la composizione chimica, il dosaggio e gli effetti su chi lo usa, l'emivita e le reazioni indesiderate. Invece la maggioranza di ciò che è confusamente elencato nella lunga informativa sembra pensato affinché nulla di ciò che può accadere in chi vi si affida non sia stato previsto, compreso, direbbe il malizioso, l'imprevedibile non causato dal farmaco.

Questa lunga premessa è utile a capire le sofisticherie dell'uomo addetto in vari modi alla bisogna, specie l'ipercritico che ha sentito il dovere di dare a quel bizzarro foglietto, illustrativo di prodotti così seri, un retropensiero di dubbi. Vogliamo dirla tutta? Un tantino di bugia in chi ne vanta le proprietà dopo averlo costruito e sperimentato, in chi lo vende e cerca di capire se soddisfa il cliente, in chi lo prescrive, ossia il medico più o meno informato e attento, e forse anche nel paziente che ci mette del suo per commentare gli effetti benefici o contrari. A pensare tutto ciò, con una punta di sana ironia, non poteva essere stato che un "maledet-





stione, impegnano le conoscenze e l'esperienza del medico. Lo stesso dicasi per l'insufficienza cardiaca, il cosiddetto scompenso di cuore, che, oltre alla correzione dei meccanismi che causano la difficoltà di respiro e gli edemi, impone la diagnosi del tipo di cardiopatia e gli interventi specifici per correggerla. Ai miei tempi andava molto la digitale, una panacea, oggi qua-

to" toscano, magari fra Siena e Livorno, perché nel senese già da tempo definivano "bugiardo" la locandina dei quotidiani e nel livornese, durante il ventennio fascista, canzonavano di "bugiardello" il quotidiano *Il Telegrafo*, controllato della famiglia Ciano, da cui Galeazzo il genero del Duce.

Affidandosi quindi ciecamente a quel foglietto un po' bugiardo si corrono vari rischi. Il primo è credere troppo all'efficacia di quel determinato farmaco, tanto da farsi suggestionare e perdere di vista il suo rapporto con gli effetti nelle 24 ore e l'opportunità di adattarli al paziente. Ciò appare evidente, ad esempio, nel trattamento della pressione alta, dove le variabili dovute al tipo di ipertensione, all'età, alla dieta, al sovrappeso e a molti altri fattori, tutti difficili da quantificare nel caso clinico in que-

si cassata. D'altra parte il bugiardino deve segnalare anche gli effetti non desiderati, spesso di scarso rilievo e facili da evitare, ma talvolta subdoli e pericolosi. In quest'ultimo caso la bugia del foglietto impone la massima attenzione affinché non prevalgano gli interessi del produttore. Lo si è rilevato ad esempio con un farmaco, l'amiodarone, usato come antiaritmico nel prevenire la fibrillazione atriale. In rari casi esso può dare tremori e atassia, cioè incoordinamento nel camminare e cadute pericolose. Il bugiardino lo dava all'uno per mille e senza l'enfasi necessaria. Insomma il "cave canem", a volte mansueto ma anche ringhioso, sembra opportuno pure con il foglietto illustrativo dei farmaci, fornendo però a chi lo consulta i consigli indispensabili. Quasi un "sì sì, no no, il resto viene dal maligno", o meglio, il resto è compito dell'esperto, cioè del medico, l'unico autorizzato secondo la sua preparazione ed esperienza ad evitare che diventi un bugiardino. Forse sarebbero opportuni due foglietti, uno semplice e comprensibile per il profano e uno farmacologico e dettagliato per il medico e il farmacista.



“

POESIE IN CAMICE

Trepidanti parenti

Trepidanti parenti
accendete il fuoco
di una poesia
che illumini il mio igloo.
La voglio rupestre,
scavata nel ghiaccio
dal bulino della sintonia,
che faccia inumidire
le ciglia
e vibrare le labbra.
Non ho combattuto
la morte
accanto ai vostri cari
sol perché affranti:
confesso che
ho dato ascolto
e materia
alla follia sperimentata
per evitare il dolore
a voi che rimanete.
Al cospetto del male
son spuntati
interventi senza rete,
intuizioni prepotenti
e preghiere sottovoce.
Mi sentivo soldato
che riporta
il gruppo a casa.
Non è stato il trapasso
l'attore principale
e nemmeno l'Uomo,
ma il fantasma
del dolore conficcato
nel vostro sguardo vacuo,
da superstiti.
Un dolore insopportabile
per le mie pupille
da cento battiti al minuto.



Alessandro Fontanelli

”



Gelatina di pomodoro

Ingredienti per 4 persone:

400 gr pomodori freschi

Olio

Sale

Peperoncino

Cipolla (meglio se Rossa di Tropea)

Basilico

12 gr. fogli di gelatina

Preparazione:

Incidere appena la buccia dei pomodori facendo due tagli a croce, gettarli in acqua bollente per pochi secondi e spellarli.

Mettere i fogli di gelatina in una ciotola con acqua fredda per ammorbidirla.

Tagliare i pomodori e frullarli con la loro acqua, aggiungere il resto degli ingredienti (per le dosi si va molto a gusto personale) compresa la gelatina, dopo averla tolta dall'acqua e strizzata.

Mettere in uno stampo e porre in frigo per 6 ore.

È ottima da sola ma anche accompagnata da mozzarella o formaggi freschi.

Può essere un antipasto scenografico se servita monoporzione in bicchierini dove metterete a strati la gelatina di pomodoro, due cucchiaini di stracciatella e dei dadini di pane tostato.

Buon Appetito!

aforismi

Il matrimonio deve essere fatto a sangue freddo.

> *Giacomo Casanova*

L'amore è un dono degli dei che facilmente si trasforma in un castigo di Dio.

> *Alessandro Morandotti*

Una vera tragedia nella vita di una donna è il fatto che il passato sia sempre un amante e il futuro invariabilmente un marito.

> *Oscar Wilde*

Mi è sempre andata male con il sesso: da bambino quando giocavo ai dottori, mi facevano guidare l'ambulanza.

> *Boris Makaresko*

La beneficenza è un vizio dell'orgoglio piuttosto che una virtù dell'animo.

> *Marchese de Sade*

Non c'è vizio che non trovi appoggi compiacenti nell'alta società.

> *Marcel Proust*

Ho dei pensieri che non condivido.

> *Pino Caruso*

Non si scrive perché si ha qualcosa da dire ma perché si ha voglia di dire qualcosa.

> *Emile M. Cioran*

Spesso contraddiciamo un'opinione, mentre ci è antipatico soltanto il tono con cui è stata espressa.

> *Friedrich Nietzsche*

Non c'è animale più stupido della marmotta, disse l'etologo, sta ferma ore e ore a contemplare il sole.

Non c'è animale più stupido dell'etologo, disse la marmotta, sta fermo ore e ore a contemplare me.

> *Enzo Costa*

La cultura aumenta la capacità di godere la vita.

> *Thomas Mann*

Nei momenti di rabbia la gente dice spesso un mucchio di cose terribili che nel più profondo del cuore pensa davvero.

> *Elen Kessler*

Chi troppo vuole, firma cambiali.

> *Marcello Marchesi*

Frequentate nuovi ricchi, vi faranno sentire migliori.

> *Lina Sotis*

Non fidarti mai di chi parla bene di tutti.

> *John Churton Collins*

Possiamo perdonare le bugie ma non le verità spiacevoli che gli altri dicono di noi.

> *Mario Vassalle*

I fessi hanno dei principi, i furbi solo dei fini.

> *Giuseppe Prezzolini*

L'uomo sceglie colei che lo sceglierà.

> *Anonimo*

Non esiste il marito ideale. Il marito ideale resta celibe.

> *Oscar Wilde*




Mio nonno era talmente aggressivo e arrogante che sulla sua tomba, sotto la foto, c'era scritto: " Che c...o guardi?"

> *Daniele Luttazzi*

Sostenete e diffondete

Cuore e Salute

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

-  La quota minima annuale di iscrizione alla Fondazione in qualità di Aderente è di € 30,00.
-  Con un contributo di € 35,00 (invio tramite corriere) gli Aderenti alla Fondazione, possono richiedere il volume degli Atti del *Congresso Conoscere e Curare il Cuore* o gli Atti online.
-  Coloro che desiderano offrire **Cuore e Salute** ai loro amici, debbono fornire l'indirizzo del destinatario unitamente al versamento della quota d'iscrizione. Sarà cura della segreteria informare dell'avvenuto omaggio (*).



MODULO PER ISCRIVERSI ALLA FONDAZIONE O PER ISCRIVERE UN AMICO

DESIDERO: ISCRIVERMI RINNOVARE L'ISCRIZIONE ISCRIVERE UN AMICO AL

CENTRO PER LA LOTTA CONTRO L'INFARTO - FONDAZIONE ONLUS

COGNOME NOME.....

CODICE FISCALE

VIA.....CAP.....CITTÀ.....

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

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

(*) nominativo di chi offre Cuore e Salute

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

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

AI NOSTRI LETTORI

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

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



Centro per la Lotta contro l'Infarto
Fondazione Onlus

Capire per prevenire

5X1000

LA NOSTRA RICERCA HA BISOGNO DEL TUO AIUTO!

Una scelta che fa bene al cuore

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

COME DESTINARE IL TUO 5 X1000

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

Firma per la prevenzione

oppure

Firma per la ricerca

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

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

FIRMA

Mario Rossi

Codice fiscale del beneficiario (eventuale)

97020090581

Finanziamento della ricerca scientifica e della università

FIRMA

Mario Rossi

Codice fiscale del beneficiario (eventuale)

97020090581

SEGUICI SU: www.centrolottainfarto.it

Conoscere e Curare il Cuore 2024

29 febbraio - 1/2/3 marzo



Firenze
Fortezza Da Basso