

Cuore e Salute

N. 10-12 ottobre-dicembre 2021

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

CUORE E SALUTE • N. 10-12 OTTOBRE-DICEMBRE 2021

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

Il premio Pier Luigi Prati va a... Eloisa Arbustini

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

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



Centro per la Lotta
contro l'Infarto
Fondazione Onlus

di Antonella Labellarte



CONNESSIONI CUORE CERVELLO. IL FASCINO DI SEMPRE E LA SINDROME TAKOTSUBO.

di Antonella Labellarte

Da sempre sia per un fatto di romanticismo sia con motivazioni scientifiche si cerca di indagare sull'esistenza di possibili connessioni cuore cervello.



COVID E CUORE: RIDUZIONE DEL NUMERO DEI TRAPIANTI CARDIACI IN ERA PANDEMICA

di Claudio Ferri

Come è ben noto, la pandemia da SARS-CoV2 ha determinato non solo una tragedia in termini di mortalità direttamente correlata al virus, bensì anche una serie di effetti negativi solo indirettamente collegati alla pandemia.



IL QT SPIEGATO, IL COVID-19 E UNA STRANA STORIA

di Eligio Piccolo

Quando Willem Einthoven, il pioniere, registrò il primo ECG con il suo galvanometro a corda vide nel grafico una successione di ondi che comparivano prima di ogni contrazione

SOSTIENICI

Web designer Donata Piccioli

www.centrolottainfarto.org



Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Presidente
Francesco Prati

Presidente onorario
Mario Motolese

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

EDUCAZIONE SANITARIA

Il CLI promuove l'educazione sanitaria attraverso:

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

CULTURA MEDICA

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

RICERCA SCIENTIFICA

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

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

S O M M A R I O

N. 10-12/2021

- 4 • **Il premio Pier Luigi Prati va a... la professoressa Eloisa Arbustini** Francesco Prati

- 7 • **Un ricordo di Attilio Maseri** Raffaele De Caterina

- 11 • **Storia di un cuore** Marialucia Formicola

- 14 • **Medicina e Società**
Dura la lotta per tornare al calumet della pace
Eligio Piccolo

- 18 • **Qualche secondo di buon umore**

- 19 • **Long Covid** Filippo Stazi

- 21 • **Medicina medievale: In che modo il medico si debba accostare al malato [F.S.]**

- 22 • **Il sogno di Napoleone** Paola Giovetti

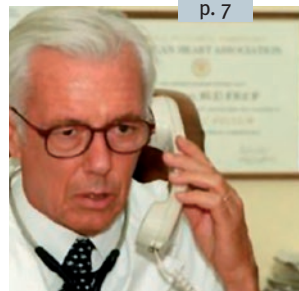
- 26 • **CCC 2021**
Quando il prolasso valvolare mitralico fa paura
Intervista di F. Brandimarte a G. Di Pasquale

- 29 • **La vignetta di Cip**

- 30 • **Barry Commoner, pioniere dell'ecologia.**
"Il cerchio da chiudere" Alberto Dolara

- 33 • **Il lato oscuro del "bel gioco"** Filippo Stazi

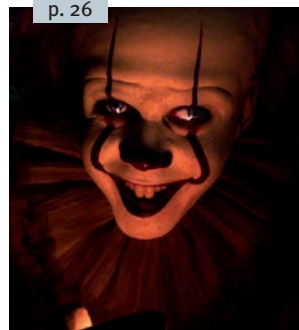
p. 7



p. 19



p. 26



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

Direttore Responsabile
Filippo Stazi

Vice Direttori
Eligio Piccolo
Francesco Prati

Coordinamento Editoriale
Marina Andreani

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

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

Ufficio abbonamenti e pubblicità
Maria Teresa Bianchi

Progetto grafico e impaginazione
Valentina Girola

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

Foto di copertina
Giorgia Magnoni

Anno XXXIV
n. 10-12 Ottobre-Dicembre
*Poste Italiane SpA - Spedizione
in abbonamento postale - D.L.
353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art 1, comma 1,
Aut.C/RM/07//2013
Pubblicazione registrata al Tribunale
di Roma il 3 giugno 1983 n. 199*
Associata Unione Stampa Periodica
Italiana



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

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

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



- 35 • **I misteri e il fascino dell'aterosclerosi: la teoria lipidica non spiega tutto** Angelo Mingrone
- 40 • *Poesia ricreativa [E.P.]*
- 41 • **Quadri e Salute** Filippo Stazi
- 44 • **La scatola nera della pressione** Eligio Piccolo
- 47 • **'O patto c'ò Pateterno** Cecco Gambizzato
- 48 • **Dal sito del CLI**
Sostituti del sale: una scelta low cost con grandi risultati
Camilla Cavallaro
- 50 • **Lettere a Cuore e Salute**
- Lavorare di notte fa fibrillare? Filippo Stazi
- 51 • **Ecologia della mente**
Filosofia del vino Bruno Domenichelli
- 56 • **La defibrillazione elettrica del cuore** Eligio Piccolo
- 59 • **Il cuore in cucina**
- 60 • **Aforismi**
- 62 • **Bilancio**



Pregghiera di Sir Robert Hutchinson

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

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

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



di **Francesco Prati**

Il premio Pier Luigi Prati va a ...la professoressa Eloisa Arbustini

L'ho detto domenica mattina, davanti a 1500 colleghi, tenendo una lunga pausa, come si usa fare in televisione, per lasciare un po' di suspense nel pubblico e soprattutto sorprendere Eloisa.

Era da molto che ci pensavo. Istituire il premio Pier Luigi Prati scegliendo cardiologi italiani che sono riusciti ad emergere nel mondo per meriti clinici e per l'attività di ricerca mi sembrava una buona idea.

Mio padre ha sempre avuto una grande vocazione per la clinica, e non a caso il Congresso Conoscere e Curare il Cuore l'ha sempre privilegiata. Volendo premiare un medico con una targa alla memoria di mio padre non si poteva non tenere in considerazione questo aspetto.

Curiosa, passionale, intelligente, e poco incline ai compromessi, Eloisa Arbustini incarna alla perfezione la tipologia del medico con le caratteristiche richieste: la capacità di eccellere nella clinica e nella ricerca. Mossa da una grande passione e da una profonda umanità ha da sempre collocato la cura del paziente al centro della sua professione.

Quando parla di casi clinici lo fa con un'intensa parteci-



pazione emotiva. Quando parla di ricerca è cauta, dubbiosa. Lo è dei propri dati, così come degli altri. Traspare la preoccupazione di non sapere piuttosto che l'orgoglio delle nuove scoperte. Le ho sentito dire più volte "Se non sei un clinico non sarai mai un buon ricercatore"; non a caso Eloisa Arbustini è una straordinaria ricercatrice che ha saputo nel tempo abbinare le conoscenze cliniche alla continua ricerca del nuovo.

La professoressa Arbustini è una donna eclettica che ha saputo spaziare in campi diversi della medicina e della cardiologia. È specialista anche in cardiologia e genetica, oltre che in anatomia patologica.

Al suo nome si lega una delle scoperte più importanti nella fisiopatologia dell'infarto. Fu la prima ad intuire che anche le placche aterosclerotiche apparentemente stabili e senza un grande contenuto lipidico possono rendersi responsabili degli eventi infartuali, per un meccanismo diverso dalla ulcerazione di placca. Da quel momento vediamo con sospetto anche un altro tipo di aterosclerosi, che può divenire substrato di trombosi acuta, per un meccanismo di erosione. L'intuizione è avvenuta alla

fine degli anni 90; ha destato molta sorpresa e, come tutte le importanti novità, anche un marcato scetticismo.

William Roberts, il celebre editore della rivista *American Journal of Cardiology*, stupito dalle affermazioni di Eloisa Arbusti-

tempo stesso consapevole che si era voltata una pagina importante nella storia della cardiopatia ischemica. Il lavoro sull'erosione di placca poteva essere pubblicato sulle riviste di medicina di maggior prestigio ed impact factor: *Lancet* o



ni e dai primi dati da lei pubblicati, la chiamò dagli Stati Uniti. "Non ti resta che venire a vedere" rispose Eloisa, pacata e decisa, secondo il suo stile.

Roberts fece un gesto di umiltà. Venne in Italia e spese qualche giornata presso l'Istituto di Anatomia Patologica di Pavia. Ripartì stupito ma al

magari *New England*. Non fu così. Ad Eloisa importava relativamente; per lei l'aspetto fondamentale era avere scoperto un elemento fisiopatologico che poteva aiutare altri medici, altri cardiologi, nella cura e nella prevenzione dell'infarto. Non a caso il lavoro in oggetto "Plaque erosion is a major sub-

strate for coronary thrombosis in acute myocardial infarction” è stato citato oltre 600 volte.

Negli ultimi vent’anni ha continuato a seguire con interesse il filone scientifico della cardiopatia ischemica e dei meccanismi dell’infarto, intuendo l’importanza dell’imaging coronarico.

Eclettica ed interessata a più aspetti, come cardiologa e genetista oltre che anatomopatologa, negli ultimi anni si è occupata prevalentemente di malattie genetiche raggiungendo anche in questo campo traguardi molto ambiziosi. Dirige ora il Centro di Malattie Genetiche Cardiovascolari della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia dove svolge un’intensa ed innovativa attività interdisciplinare traslazionale per la diagnosi e la cura di malattie genetiche rare e complesse, tra cui le cardiomiopatie eredo familiari, malattie ereditarie aneurismatiche, la Sindrome di Marfan e le malattie da accumulo intracellulare.

Nel 2014 ha proposto e pubblicato sul Journal of American College of Cardiology un’innovativa classificazione delle cardiomiopatie (MOGES), che tiene conto della genetica, andando oltre i soli aspetti fenotipici. Lo sforzo era di seguire un approccio di precisione, nel sentiero di una medicina personalizzata.

Ha oltre 430 pubblicazioni internazionali peer-reviewed ed un H Index di 70.

Eloisa era emozionata al momento della premiazione. Lo era per i tanti giovani presenti al congresso, che hanno certamente visto nella prof. Arbustini un traguardo da emulare, lo era per il ricordo di mio padre, cui era molto legata e con cui aveva molto in comune.

Grazie Eloisa per tutto ciò che hai fatto e continuerai a fare.



di **Raffaele De Caterina**

Un ricordo di Attilio Maseri

Abbiamo ricevuto il 3 settembre 2021 la notizia della scomparsa del prof. Attilio Maseri. Quando Francesco Prati mi ha chiesto di ricordarlo a Conoscere e Curare il Cuore e di scriverne per Cuore e Salute ho accettato immediatamente, per l'affetto che mi ha legato alla persona e con il desiderio di ricordarlo tra i più giovani che non hanno avuto la fortuna e il privilegio di conoscerlo. Da parte mia, da una parte il pudore e l'umiltà di parlare di un "grande" - Domine, non sum dignus...; dall'altra il desiderio di farlo conoscere in aspetti non formali della sua figura, di far sì che tanti ricordi bellissimi non rimangano solo miei; che di lui non rimanga solo il ricordo asettico delle sue pubblicazioni scientifiche e del suo contributo alla cardiologia moderna.



Maseri: il cursus honorum

Nativo di Udine, Attilio Maseri si laureò a Padova nel 1960 e si trasferì subito dopo a Pisa, dove conseguì le specializzazioni in Cardiologia (1963) e Medicina Nucleare (1968). Durante quello stesso periodo lavorò come Research Fellow presso la Columbia University (1965) e la Johns Hopkins University (1966) negli Stati Uniti. Nel 1967 diventò Assistente nella Clinica Medica dell'Università di Pisa e capo del gruppo di ricerca "coronarico" dell'I-



Hammersmith Hospital (Londra)

stituto di Fisiologia Clinica del CNR diretto dal prof. Luigi Donato. Nel 1979 diventò professore di medicina cardiovascolare presso la Royal Postgraduate Medical School dell'Università di Londra e Direttore della cardiologia dell'Hammersmith Hospital. Nel 1991 ritornò in Italia come professore di cardiologia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore a Roma e direttore della cardiologia del Policlinico Agostino Gemelli. Dal 2001 al 2008 è stato professore di cardiologia presso l'Università Vita-Salute San Raffaele e direttore del dipartimento cardio-toracico e vascolare presso l'Ospedale San Raffaele a Milano.

Dal 2008 è stato presidente della Fondazione per il Tuo Cuore dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO).

Attilio Maseri è stato insigni-

to di prestigiosi premi internazionali come il King Faisal International Prize in Medicine, il Distinguished Scientist Award dell'American College of Cardiology, la Gold Medal della European Society of Cardiology, il Grand Prix scientifique de la Fondation Lefoulon-Delalande e l'Ordine di Merito, poi Cavaliere di Gran Croce della Repubblica Italiana. Papa Giovanni Paolo II lo insignì del titolo di Comandante dei Cavalieri dell'Ordine di San Gregorio il Grande.

Maseri, cardiologo e scienziato

Attilio Maseri si sposta a Pisa, da Padova, subito dopo la laurea. A Pisa, grazie alle intuizioni di Gabriele Monasterio e Luigi Donato, nasceva in quegli anni, prima presso la Clinica Medica, poi presso il "Laboratorio di Fisiologia Clinica

del CNR", la medicina nucleare. Luigi Donato, a sua volta allievo di André Frédéric Courmand (premio Nobel in Fisiologia e Medicina nel 1956 con Werner Forssmann e Dickinson W. Richards per lo sviluppo del cateterismo cardiaco), aveva organizzato la ricerca cardiologica del "Laboratorio", poi divenuto "Istituto", nelle tre aree portanti della cardiopatia ischemica, delle valvulopatie e dell'elettrofisiologia.

Maseri consegue le specializzazioni in Cardiologia e Medicina Nucleare contemporaneamente a stage frequenti all'estero (New York e Baltimora), e al suo ritorno stabile in Italia riceve l'affidamento del "gruppo coronarico". Furono allora pionieristiche le sue ricerche sulla misurazione del flusso coronarico con metodiche radioisotopiche. A Pisa, assieme ad Antonio L'Abbate, Antonio Pesola, Sergio Chierchia, Andrea Biagini, Oberdan Parodi, Alessandro Distante e molti altri, fa le prime osservazioni cliniche sull'angina pectoris a riposo, non causata dallo sforzo ma da riduzioni primarie del flusso coronarico, e dimostra il ruolo dello spasmo coronarico nell'angina pectoris e nell'infarto, diventando anche

pioniere negli studi con vasodilatatori coronarici e farmaci anti-ischemici.

Nel 1979, a 44 anni, poco dopo aver conseguito una cattedra della neonata cardiologia a Pisa, viene chiamato “per chiara fama”, primo italiano, a dirigere la cardiologia dell’Hammer Smith Hospital a Londra.

Seguito da Sergio Chierchia, Filippo Crea e molti altri, oltre a continuare le sue ricerche sulla cardiopatia ischemica funzionale, comincia, in collaborazione con Mark B. Pepys, a interessarsi del ruolo dell’infiammazione nella cardiopatia ischemica.

Torna a Roma nel 1991 alla cattedra di cardiologia dell’Università Cattolica del Sacro Cuore e a dirigere la cardiologia del Policlinico Gemelli. È di quegli anni la pubblicazione di un citatissimo lavoro sul New England Journal of Medicine sui livelli di proteina C-reattiva come predittori di eventi in pazienti con angina instabile. Intorno a lui cresce una formidabile Scuola di Specializzazione, i cui allievi raggiungono prestigiose posizioni accademiche e cliniche in istituzioni italiane ed estere. Nel 1995 pubblica come singolo autore “Ischemic Heart Di-

sease. A Rational Basis for Clinical Practice and Clinical Research”, che racchiude la sua visione unificante della cardiopatia ischemica.

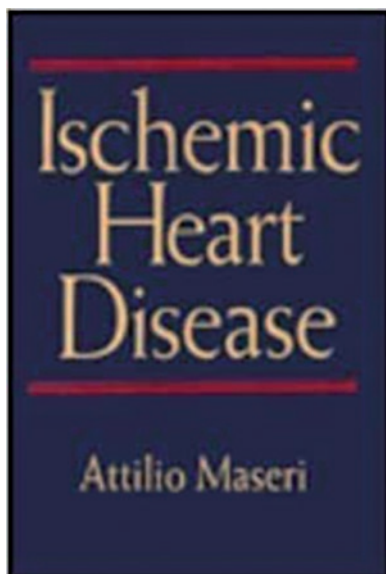
Dal 2001 al 2008 Attilio Maseri si sposta da Roma a Milano come professore di cardiologia presso l’Università Vita-Salute e l’Ospedale San Raffaele. Continua nella caratterizzazione e nella ricerca dei meccanismi dell’angina microvascolare, nel concetto dell’importanza di andare a fondo nei meccanismi, così come in ematologia la diagnosi di anemia sottende forme multiple che solo se a fondo diagnosticate portano alla giusta terapia; e persegue il suo insegnamento e la sua ricerca sui “casi estremi” di pazienti cardiovascolari, da

cui è possibile imparare meglio che non guardando al centro della distribuzione.

Attilio Maseri ha creato attorno a sé, con l’attrattività di un vero leader, generazioni di cardiologi accademici. Suoi allievi diretti a Pisa furono in quegli anni i professori Filippo Crea, Mario Marzilli, Paolo Camici, Claudio Brunelli e me, divenuti Professori Ordinari di Cardiologia in varie Università italiane; ma tutta una generazione di “secondi allievi” si è formata nelle sedi dove ha lavorato, ricevendo da lui ispirazione ed esempio.

Maseri uomo

Attilio Maseri ha lasciato dappertutto dov’è stato tracce e ricordi indimenticabili non solo legati alla sua figura professionale. La nobiltà di origine della sua famiglia non ha mai pensato sugli altri altro che per dimostrazioni di generosità. Amava andare a vela, su un velocissimo catamarano tenuto a Tirrenia nel suo periodo pisano. Amava sciare e andare sullo snow-board, quest’ultimo imparato in età non più giovanissima. A Cervinia, d’estate sul Plateau Rosa, mi spiegò una volta il vantaggio di saper fare entrambi gli sport: lo



sci nella prima parte di una giornata estiva, lo snow-board quando la neve sul ghiacciaio cominciava ad allentarsi. Amava andare in bicicletta. A Pisa veniva in Istituto in bicicletta o su una mitica Porsche 911T bianca e abitava, con l'indimenticabile moglie Francesca Florio e il figlio Filippo, al secondo piano del bellissimo palazzo sul Lungarno della baronessa Ostini. Stupende per gusto ed eleganza le sue case a Londra, Roma e Milano, o il suo studio a Firenze, arredato interamente a sue spese per la Fondazione dell'ANMCO. Amava la sua terra natale, dove si era ritirato negli ultimi anni. A Udine acquistò il palazzo storico ex-sede della Banca d'Italia, per farne donazione all'Università. A segui-

to della tragica scomparsa del suo unico figlio Filippo, istituì una borsa di studio e un premio per la Facoltà di Agraria di Firenze, annunciata in una stupenda cerimonia nel Salone dei Cinquecento di Palazzo Vecchio. Donò un fondo all'American College of Cardiology per l'istituzione perenne della Maseri-Florio Lecture, che ogni anno sceglie un vincitore selezionato per i suoi meriti scientifici in occasione del congresso annuale del College. Nei suoi ultimi anni mi chiese ripetutamente consigli su come e dove allocare il suo immenso patrimonio personale per promuovere la ricerca cardiovascolare.

Attilio Maseri era una persona che "viaggiava alto". A tutti diceva di perseguire la propria

stella senza curarsi troppo di economie, rapporti costo-beneficio, progettualità grette. C'è una battuta che gli fece una volta un collega di Roma, e che mi piace citare per render conto dell'alone che lo circondava: dovendo una volta attraversare un corridoio dove un'infermiere aveva appena passato lo straccio bagnato, Attilio chiese se potesse attraversare. E il collega-amico che gli era vicino: "Professore, ma non era Lei quello che camminava sulle acque?"

Io ho avuto la fortuna e il privilegio di essere suo allievo negli anni pisani, con lui ho svolto la mia tesi di laurea ("Prostaglandine e Circolazione Coronarica") e le mie prime ricerche, e con lui ho mantenuto un rapporto costante e continuo negli anni. Ho avuto la fortuna, con Mario Marzilli, Paolo Camici e Filippo Crea, di poter festeggiare con lui il suo compleanno in un meeting a lui dedicato che tenemmo a Pisa nel novembre 2015. Ho avuto il privilegio di poterli dare del tu e di essergli vicino. Arrivederci, Attilio!





di **Marialucia Formicola**

Storia di un Cuore

L'associazione *"Il Cuore di Andrea"* nasce per trasformare un dolore infinito in qualcosa di bello e di sano per gli altri.

Andrea era un ragazzo sano, aveva uno stile di vita sobrio e regolare, sognava di diventare uno scrittore e il suo primo impegno lavorativo, infatti, è stato collaborare a una raccolta di memorie della famiglia di un artista.

Si era laureato un anno prima alla Sapienza in Scienze storiche con indirizzo politico-contemporaneo, da pochi mesi svolgeva con gioia l'incarico di catechista nella parrocchia e una o due volte la settimana giocava a calcetto con un gruppo di amici.

È stato durante uno di questi incontri che la sera del 31 marzo 2017 si è accasciato su un campo di calcio dove non c'era il defibrillatore. Immediati e rapidi i soccorsi da parte dei compagni: la telefonata al 118 e il massaggio cardiaco effettuato da un amico guidato per telefono dalla mamma medico. All'arrivo dell'ambulanza ancora tentativi di rianimarlo, prima sul campo poi all'interno del veicolo mentre un sacerdote gli dava l'estrema unzione. Ancora in ospedale sono proseguiti i tentativi per oltre un'ora: ha ventisette anni, non possiamo arrenderci, ripeteva la dottoressa.

Il viaggio non finisce qui

Associazione Il Cuore di Andrea

**Allunga il QT
Allunga la vita**



ANDREA PAPPALARDO

Bianche sponde ... sotto una lesta aurora

Riflessi di un'anima

D'Ettoris Editori

to d'urgenza in ospedale per una fibrillazione atriale scoperta casualmente, di cui non si era reso conto. Pochi giorni e dopo aver raccolto e consegnato ai medici gli esami cardiologici di tutti i familiari più stretti (fratelli, genitori, nonni) ecco la diagnosi: il ragazzo soffre della stessa rarissima sindrome del fratello, il QT corto. Indispensabile l'impianto di un defibrillatore sottocutaneo e l'assunzione di una terapia che allungasse questo QT. Ci hanno consigliato di farci seguire dall'Unità Operativa di Cardiologia Molecolare del Maugeri di Pavia, diretta dalla professoressa Silvia Priori e specializzata in queste sindromi cardiache rare. Vi ci siamo recati con i tre figli nel mese di settembre e lì, mentre il medico ci spiegava la rarità di questa sindrome, nella mia mente si delineava un disegno sempre più nitido: Andrea ci aveva lasciato per salvare altri giovani come lui. Solo questo poteva essere il significato di quello che era accaduto, solo con questa motivazione il dolore poteva avere un senso. E ho cominciato ad informarmi, a chiedere a destra e a manca, a medici e ad amici, a cer-

Ma il cuore di Andrea, il grandissimo, immenso cuore di mio figlio non è mai ripartito... Era il primo di quattro maschi, il riferimento, il caposaldo della famiglia, affidabile e sempre disponibile per tutti, dai familiari agli amici, dai parrochiani ai volontari della Caritas.

Un mese dopo per il gran dolore è mancato l'amato nonno e qualche giorno dopo il fratello più piccolo è stato ricovera-

care ovunque, parlando con notai e avvocati che mi aiutassero a far nascere qualcosa nel nome di Andrea.

E piano piano il progetto ha cominciato a prendere forma. Fondamentale l'incontro con i genitori di Lorenzo Fabbri, venuto a mancare nello stesso modo di Andrea a causa di una diversa sindrome cardiaca. Loro ci hanno aperto le strade: quella della sopravvivenza grazie alla profonda fede e quella di trasformare la sofferenza in aiuto agli altri.

Poi tutto il resto... Cugini ed amici hanno creato il logo; la famiglia stretta ha registrato l'associazione all'agenzia delle entrate; il papà ha raccolto una piccola parte degli scritti di Andrea in un libro (*Bianche sponde...sotto una lesta aurora. Riflessi di un'anima*, D'Ettoris Editori), che distribuito a offerta libera ha co-

Seconda edizione del premio letterario ANDREA PAPPALARDO 2021



stituito la prima entrata dell'associazione; una carissima amica ha organizzato un bellissimo concerto cui hanno partecipato centinaia di persone; e poi i medici, gli infermieri, l'azienda che ci fornisce i defibrillatori, gli operatori che organizzano la formazione per il loro uso. Tutto è arrivato come pivuto dall'alto, quasi a sorpresa, giorno dopo giorno...

Un pomeriggio, per esempio, sono salita su un taxi cardioprotetto e ho rivolto mille domande al tassista, che mi ha raccontato di essere il vicepresidente di un'associazione che porta avanti il progetto di rendere Roma città cardioprotetta. La cosa incredibile è che non era il taxi che avevo chiama-

to io ma evidentemente “dovevo” prendere quel taxi. Infatti non potendo trattenersi troppo in quel frangente, il tassista mi ha lasciato il suo recapito e qualche giorno dopo ci siamo incontrati per scambiarci informazioni utili. Mi ha fornito il nome del distributore del defibrillatore e due riferimenti per i corsi BLSD e ci ha invitato ad un evento organizzato dalla loro associazione, sottolineando e condividendo con noi l'importanza della cultura della defibrillazione.

Nulla più poteva fermare “*Il Cuore di Andrea*”, che ha ripreso a battere in maniera regolare e continua attraverso una serie infinita di iniziative: donazione di defibrillatori, corsi

per il loro utilizzo, istituzione del Premio letterario “Andrea Pappalardo” presso l'Università Europea di Roma, finanziamento di una cospicua borsa di studio per un bio-ingegnere meritevole scelto dalla Fondazione Maugeri, screening elettrocardiografici nelle scuole, corsi di primo soccorso, anche un convegno scientifico in Senato su “*La morte cardiaca improvvisa nel giovane: conoscere per prevenire*”, ed eventi di solidarietà generosamente organizzati da amici e conoscenti. Ogni volta che arriva una richiesta o una scuola ci chiama, una società sportiva cerca informazioni, una famiglia ha bisogno di sostegno, “*Il Cuore di Andrea*” c'è.



di Eligio Piccolo

Dura la lotta per tornare al calumet

Il fumo dopo la legge Sirchia e i precedenti allarmi.

Lo aveva previsto oltre due secoli fa Charles-Maurice de Talleyrand-Perigord, principe di Benevento, politico potente e geniale, cui si rivolse una nobildonna francese chiedendogli di promulgare una legge contro l'uso del fumo, che i maschi imponevano ammorbando i salotti. Il grande ministro degli esteri, il cui potere gli veniva dall'essere stato in sella durante quattro regimi a cavallo della rivoluzione francese, più del nostro Andreotti, e che, nonostante fosse anche vescovo, aveva sempre avuto una mondana attenzione per il sesso femminile, con garbo ma con determi-



natezza le rispose pressapoco così: “Quando lei, gentile Madame, mi suggerirà un cespite annuo per lo Stato pari a 120 milioni di franchi, allora sarò ben felice di proporre una legge contro questo orribile vizio”. Circa un secolo prima il califfo turco Murad IV (1612), irritato per come il popolo si era abbandonato al vizio del fumo, da cui l’epiteto di fumare come un turco, ma più per il timore che gli assembramenti dei “fumo-caffè” creassero sedizioni, decise per la pena di morte, che fortunatamente durò poco poiché egli volò in cielo a soli 27 anni e i successori non mantennero la mattanza.



Tale cruda realtà politico-commerciale, che in seguito si concretizzerà con sempre maggiore raffinatezza facendo la fortuna delle industrie di sigarette, di sigari e di pipe, nonché del nostro monopolio statale, era ovviamente molto connessa con ogni attrattiva psicologica e fisica della droga, la nicotina, ma anche con tutta una serie di orpelli, dalla presentazione dei prodotti del tabacco agli accessori, come gli accendini, i posacenere, i bocchini, le tabacchiere, fino alla recondita illusione che chi fuma è più maschio nel guardare a cavallo i fiumi, o più femmina nel sedurre il partner tra le volute azzurre e aromatiche.

Tutto ciò fa capire come mai “all’apparire del vero”, ossia del Rapporto Terry (1964), la prima dimostrazione epidemiologica che il fumo è decisamente dannoso alla salute, causando tumori e malattie cardiovascolari, pochi o punti vi abbiano prestato attenzione. Compreso chi vi scrive, il quale all’età di 17 anni vide arrivare gli Alleati, portatori di democrazia e libertà, ma anche delle più attraenti marche di sigarette, in loro come dotazione di prodotti utili, al pari della carne in scatola e della Coca Cola. Per inciso, anche nel nostro più modesto esercito tali ausili erano previsti, sia pure molto meno raffinati. I loro e i nostri erano in fon-

do la dimostrazione che nessuno al mondo aveva ancora considerato una possibile causa di malattie ad opera del fumo.

Dopo il fatidico 1964 altri studi confermarono i pericoli attivi e passivi del fumo e, nonostante le molte pubblicazioni e gli allarmi anche sui media, ci sono voluti decenni prima che si promulgassero leggi a protezione di coloro che non erano attori, ma inquinati dall’atmosfera prodotta da altri, il cosiddetto fumo passivo. Alcuni dati statistici: il fumo era causa del 25% di tutti i tumori, specie delle vie respiratorie, e aumentava il rischio delle malattie cardiovascolari secondo l’intensità e la durata del vizio; negli USA nei fumatori di meno di 10 sigarette al dì il rischio di cancro polmonare era del 4.7%, ma in quelli con più di 20 sigarette il rischio saliva al 13%; nel 1980 i fumatori erano il 35%, nel 2018 il 20%. In Italia nel 2008 gli adulti dai 18 ai 69 anni che fumavano erano il 30%, nel 2019 scesero al 20%, ma ancora lontani da una soluzione radicale del problema. Negli anni ruggenti della contestazione globale (1968 e successivi) alcuni credettero di opporsi alle multinazionali e al rischio di ammalare confezionando da sé le sigarette con ta-

bacco “biologico”. L’usanza persiste anche attualmente secondo uno studio che ha calcolato un suo aumento dal 10.8% nel 2015 al 13.7% nel 2019. Durante il lockdown, quando il pericolo del coronavirus sulle vie respiratorie allarmava, i fumatori sono scesi appena dell’1.4%, dal 23.3% al 21.9%. Le multinazionali però hanno reagito alle pur modeste perdite con un’iniziativa tecnologica, la sigaretta elettronica o e-cigarette, un marchingegno tra la pipa e il bocchino che riscalda o brucia aromi vari, compresa la nicotina, al quale sono state affidate le speranze di una minore nocività e di un’azione ponte per smettere il vizio. Nel 2014 l’adottò l’8%, ma nel 2018 il 18%, con maggiore predilezione dei giovani verso i 15 anni, specie le ragazze.

In Italia hanno avuto grande merito di informazione scientifica e di successiva promozione legislativa due medici prestatisi con intelligenza alla politica come Ministri della Sanità, Umberto Veronesi e Girolamo Sirchia. Dopo 15 anni dal loro intervento (2020) i fumatori con più di 14 anni sono calati dal 24% al 19%, circa un milione, accompagnati da una riduzione del 32% della vendi-



Girolamo Sirchia

ta dei prodotti relativi. Un risultato, quindi, ancora parziale e insufficiente, ma, dicono gli psicologi, con un aumento della consapevolezza dei pericoli del fumo da parte della popolazione generale del 28%, più negli uomini che nelle donne. I giovani risultano ancora oggi i più vulnerabili poiché ai 15 anni dichiarano il fumo dal 25% (maschi) al 32% (femmine).

Molto tempo fa, anni 60 e 70 del secolo scorso, quando la terapia dell’infarto venne concentrata nelle unità coronariche, un presidio ospedaliero di terapia intensiva simile a quella attuata recentemente per il Covid-19, dove i pazienti si rendono conto del va e vieni e del danno subito, risultò più facile seguire il decorso di questi malati. In particolare, confrontandoli con la moltitudine dei coronaropatici cui il cardiologo prescriveva la sospensione del fumo ma era poco ascoltato, si ebbe l’impressione che in molti, quasi la totalità, il trauma di essere in pericolo di vita su un letto monitorato da macchine e da attento personale specialistico, avesse facilitato lo stop. Qualcuno lo ha pure dimostrato con dati statistici.

Oggi questo problema degli effetti sull’abbandono o meno del fumo da parte di coloro che hanno superato un qualche accidente cardiovascolare, non solo l’infarto, è stato affrontato da un

gruppo universitario di Boston, diretto da Lindsay Reynolds, che su JAMA 2021 riporta i risultati su 2615 reduci da tali cardiopatie nel periodo 2013-2018: il 29% fumava ancora, per complessivi 6.2

milioni se riferiti alla popolazione degli USA, dei quali l'83% usava le sigarette tradizionali e il 24% i sigari. A domanda specifica il 96% era consapevole che il fumo fa male, ma solo il 10% partecipava ai corsi di disassuefazione. Inoltre circa il 40% era convinto che la sigaretta elettronica, usata più dalle donne che dagli uomini, fosse meno nociva. La diffusione di questa nuova modalità di fumo è supportata dalla speranza che possa ridurre i danni e favorire l'abolizione del vizio, ma i risultati per ora sono ancora controversi.

Giunto alla fine del racconto questa impervia lotta di secoli, mi appare come lo sforzo della medicina per cancellare i danni provocati da un'incauta abitudine al fumo, un passatempo che si sperava innocente. Ora, dopo i dati scientifici, con la speranza di ritornare a come



lo usavano gli indios, un saltuario brindisi alla pace, mi rimane l'impressione che si siano insinuate in questo insolubile gioco degli eventi due forze occulte e misteriose: 1) una nemica storica a riparazione dei danni che Colombo e i suoi epigoni hanno provocato per la conquista del Nuovo Mondo; 2) la perdita del "ben dell'intelletto" che prende l'uomo quando pensa di poter soggiogare ogni cosa, comprese le foglie e i frutti di piante che dovrebbero essere medicinali, non droghe.

Qualche secondo di buonumore

L'uomo è andato sulla luna dopo che la donna gli ha detto: "Dobbiamo parlare"

Polvere eri e polvere ritornerai...per questo non spolvero, potrebbe essere qualcuno che ho conosciuto



Non usate mai il navigatore quando vi recate al cimitero...non è carino sentirsi dire: "Hai raggiunto la tua destinazione!"

Il reggiseni è la miglior forma di governo:

- 1) Divide la destra dalla sinistra
- 2) Regge le masse
- 3) Attira il popolo





Long COVID

Le immagini degli escavatori cinesi che a tempo di record costruivano nuovi ospedali aveva inizialmente suscitato la nostra presuntuosa ilarità. Le prime notizie che giungevano da un paese, Codogno, che fino allora pochi avevano sentito nominare, aveva avviato la nostra inquietudine. I due anni successivi hanno travolto tutto e tutti. La pandemia da COVID ha lasciato sul tappeto morti e feriti con numeri da primato e non è ancora purtroppo finita. Nulla si sapeva all'inizio su questa nuova malattia, forse mai si è appreso così tanto in così poco tempo ma molto lo si ignora ancora. È però certo che i problemi causati dal malefico virus non sempre finiscono con la dimissione dall'ospedale o la negativizzazione del tampone. Sin dai primi tempi si era infatti osservata in molti soggetti, giudicati guariti, la persistenza di una sintomatologia proteiforme ed aspeci-



fica e si era arrivati a considerare “normale convalescenza” quando tali disturbi si protraggono fino a 3 mesi dalla guarigione. Ormai, però, l’esperienza ha mostrato che in molti casi i soggetti continuano ad essere sofferenti ben oltre l’intervallo temporale delle 12 set-

timane. Una volta rifuggita la tentazione di etichettare questi soggetti come “psicologicamente provati” dall’esperienza della malattia si è allora identificata una nuova entità nosologica ribattezzata “Sindrome del long COVID” o “Sindrome post-acuta COVID 19”. Caratteristiche cliniche, patofisiologia e, purtroppo, strategie terapeutiche sono per il momento ancora oscure. I soggetti



che ne sono affetti lamentano un’ampia e variegata costellazione di sintomi: affaticabilità, debolezza, ansia, dolore toracico, ridotta tolleranza allo sforzo, defaillance cognitive, difficoltà a mantenere a lungo la posizione eretta, affanno, febbre, mal di testa, abbassamento pressorio, alterazioni del gusto e dell’olfatto. I sintomi che però prevalgono di gran lunga sono la tachicardia e le palpitazioni, che sono riferiti da circa 1 paziente su 2. L’incidenza della sindrome dipende dalle casistiche considerate (più è stata severa la fase acuta, più probabili le sequele a

distanza) e dai criteri diagnostici impiegati ed oscilla tra il 10 ed il 60% dei sopravvissuti alla fase iniziale dell’infezione. Sintomi così tra loro differenti probabilmente derivano da meccanismi tra loro differenti e che in gran parte non conosciamo. Un’ipotesi che al momento trova ampio consenso sulla genesi della sindrome è quella autoimmunitaria: l’infezione da COVID scatenerebbe, cioè, una risposta autoimmune con la formazione di autoanticorpi che attiverebbero i recettori preposti alla regolazione della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca. Altri meccanismi coinvolti nella genesi di almeno alcuni dei sintomi riferiti ed in particolare della tachicardia, comprendono la persistenza del danno polmonare o l’esacerbazione di preesistenti broncopneumopatie, causa di desaturazione arteriosa e di conseguente tachicardia riflessa, la ricorrenza della febbre, l’ansia e la depressione indotte dall’esperienza della malattia, l’ipovolemia, fenomeni neuroinfiammatori, il decondizionamento fisico legato all’allettamento e chissà quanto altro ancora.

È anche possibile che quella che al momento consideriamo una sindrome unica, il Long COVID appunto, sia in realtà la somma di condizioni patologiche differenti. C’è già ad esempio chi distingue una sub-sindrome chiamata “Sindrome tachicardica

post COVID-19” giustificandola con la già citata elevata prevalenza di aumentati valori di frequenza cardiaca. Secondo alcuni la presenza di tachicardia costituirebbe il più efficace e semplice marker della sindrome e consentirebbe anche di monitorarne l'andamento, meglio della percezione soggettiva del paziente, degli esami del sangue o delle Tc seriali del torace.

Questi pazienti, in cui il quadro clinico è dominato dalla tachicardia, dovrebbero essere sot-

toposti ad una valutazione cardiovascolare con elettrocardiogramma, ecocardiogramma ed elettrocardiogramma Holter delle 24 ore al fine di escludere patologie cardiache strutturali e di confermare la correlazione tra i sintomi e la tachicardia. Nel caso di fondato sospetto di miocardite o di frequente extrasistolia può anche essere indicato il ricorso alla risonanza magnetica cardiaca. Dal punto di vista terapeutico, sfortunatamente, le armi a disposizione sono scarse: i farmaci di prima scelta sono

quelli bradicardizzanti come betabloccanti ed ivabradina; calze compressive e supplementi di liquidi (entrambi per contrastare l'ipovolemia) possono essere di aiuto in caso di scarsa efficacia dei farmaci, così come i programmi di riabilitazione fisica. Qualora tali armi fossero insufficienti rimane solo da aspettare la possibile azione benefica del tempo.

L'unica vera arma a disposizione rimane però la prevenzione dell'infezione e quindi... VACCINO, VACCINO e VACCINO.

“

MEDICINA MEDIEVALE

In che modo il medico si debba accostare al malato

Riportiamo a seguire un testo dell'alto medioevo sul comportamento che deve tenere il medico durante la visita.

Il medico si accosti al malato a passi misurati, guardando senza parlare finché non è accanto al letto dell' infermo sofferente, e non se ne rimanga a capo chino e ad occhi bassi, ma mostri



Visita medica nel medioevo

la sua intenzione di mettere in atto ciò che l' arte medica impone. Se chi giace davanti a lui è una donna, non le guardi la sommità del capo o la punta dei piedi, ma badi solo alla propria mano che sta tastando il polso e indagli per scoprire se rivela qualche vizio. Faccia sedere il malato sopra uno scranno non troppo alto né troppo stretto. Gli prenda la destra con la propria, tenendola col pollice da una parte e due dita dall' altra, in modo che il medio sporga per la lunghezza di mezzo pollice. Tasti il polso all' estremità del braccio ed a lungo, in modo che diastole e sistole gli forniscano la più esatta percezione.

F.S.

”



di Paola Giovetti

Il sogno di Napoleone

Duecento anni fa, il 5 maggio 1821, Napoleone moriva sulla sperduta isola di Sant'Elena, dove viveva in esilio da sei anni. Aveva 52 anni e alle spalle una vita straordinaria di incredibili trionfi e di altrettanto incredibili disfatte: prima fra tutte, la terribile campagna di Russia che segnò la quasi totale distruzione della Grande Armata e l'inizio della parabola discendente.

Tra i libri che ho letto quest'anno sul grande Corso voglio ricordarne uno che ho trovato di piacevole lettura e ricco di notizie in parte anche inedite: le *Memorie di Constant*, un libro edito nel 1940 da Rizzoli e non più in circolazione. Io l'ho potuto avere usato tramite Amazon.

Constant è stato il cameriere personale di Napoleone durante tutta la sua fulminante carriera, da quando era Primo Console fino alla partenza per l'esilio all'isola d'Elba, dove per vari motivi non potè seguirlo. Fu con lui ovunque in tutti quegli anni e godette della sua confidenza e della sua totale fiducia. Dormiva nella stanza accanto alla sua ed era lui che lo svegliava ogni mattina, lo aiutava nella sua toilette, gli serviva i pasti, eseguiva per lui le commissioni più delicate, teneva i rapporti con le persone che Napoleone intendeva incontrare, anche segretamente, consegnava e custodiva la sua corrispondenza, durante le campagne militari aveva in consegna il denaro necessario per gli approvvigio-





Talma, attore francese. Ecco il racconto di Constant:

“Il 3 ottobre venne rappresentato l’*E-dipo*”; tutti i sovrani erano presenti. Quando l’attore, nella prima scena, pronunciò il verso: *L’amicizia di un grand’uomo è un dono degli dei*, lo Zar si alzò in piedi e tese con grazia la mano all’imperatore. Tutto il teatro proruppe in applausi...

Quella sera accompagnai come al so-

namenti, e tanto altro. La lettura di questo libro consente di conoscere aspetti della vita e della personalità di Napoleone non reperibili altrove.

Cito per esempio un sogno profetico che l’imperatore fece nell’ottobre 1808 a Erfurt, in Sassonia, dove si teneva un evento importantissimo per le sorti dell’Europa. Protagonisti, Napoleone e lo zar Alessandro, che dopo sanguinose battaglie che avevano sempre visto vincitrici le armate francesi, stavano raggiungendo un accordo di pace. Erano presenti i principi tedeschi della Confederazione del Reno che si erano affidati a Napoleone e combattevano con lui. L’incontro era stato organizzato ad altissimo livello, di giorno colloqui tra i regnanti e ogni sera spettacoli teatrali per i quali erano stati scritturati i maggiori artisti europei, tra cui il grande

lito l’Imperatore in camera. Tutte le finestre e le porte della stanza da letto erano chiuse con la più grande cura. Non si poteva per conseguenza entrare da Sua Maestà se non passando dalla sala dove dormivamo Ronstand¹ ed io. Una sentinella stava in fondo alle scale. Tutte le notti quindi mi addormentavo tranquillissimo, sicuro ch’era impossibile entrare nella stanza dell’Imperatore senza che io mi svegliassi. Quella notte verso le due, mentre dormivo profondamente, fui all’improvviso svegliato da uno strano rumore. Mi stropicciai gli occhi, ascoltai con attenzione, e non udendo più niente credetti di aver sognato. Stavo per riaddormentarmi quando sentii delle grida sorde e lamentose come di chi sta per essere strozzato. Le udii a due riprese: ero seduto sul letto, immobile, coi capelli dritti e immerso nel sudore. Tutto a un tratto mi immagino che stiano assassinando l’Imperatore; balzo da letto e sveglio Ronstand.

Le grida intanto ricominciano con una violenza spaventosa. Allora con la poca precauzione che l’agitazione in cui ero mi permetteva di usare, apro la porta ed entro nella stanza da letto. Dò in fretta un’occhiata, e mi convinco che non poteva esservi entrato nessuno. Mi avanzo verso il letto, e vedo Sua Maestà disteso per traverso, con la coperta e le lenzuola gettate via e tutto il corpo in uno stato di contrazione nervosa. Dalla sua bocca uscivano suoni inarticolati, il petto sembrava molto oppresso e una delle mani stretta a pugno poggiava sulla bocca dello stomaco. Mi fece veramente paura. Lo chiamo ma non risponde. Lo chiamo una seconda volta, una terza: uguale silenzio. Alla fine decido di scuoterlo piano piano. A quella scossa l’Imperatore si sveglia gettando un

¹ Ronstand era l’altro cameriere addetto al servizio di Napoleone

gran grido e dicendo: ‘Che c’è? Che c’è?’. Quindi si mette a sedere sul letto spalancando gli occhi. Mi affretto a dirgli che vedendolo tormentato da un incubo terribile m’ero permesso di svegliarlo. ‘Avete fatto bene, caro Constant’, mi interruppe Sua Maestà, ‘ah amico mio, che sogno spaventoso! Un orso mi squarciava il petto e mi divorava il cuore!’”

Detto questo l’Imperatore si alzò e mentre riordinavo il letto passeggiò per la stanza. Dovette cambiare la camicia tanto era inzuppata di sudore. Finalmente tornò a letto.

La mattina dopo mi disse di aver durato fatica a riaddormentarsi, tanto viva e terribile era l’impressione che aveva provato. Il ricordo del sogno lo tormentò per lungo tempo. Ne parlava spesso e tutte le volte cercava di trarne differenti induzioni e confronti di circostanze. Quanto a me, confesso che rimasi colpito dalla coincidenza di questo sogno terribile con l’episodio del complimento dello zar Alessandro a teatro. Tanto più che l’Imperatore era lungi dall’esser soggetto a simili momenti notturni. Non so se Sua Maestà raccontasse quel sogno all’Imperatore di Russia...”

A noi che sappiamo come sono andate le cose, il significato dell’incubo di Napoleone appare evidente e si ricollega alla terribile campagna di Russia che ebbe luogo quattro anni dopo, nel 1812, e che segnò la fine della gloriosa carriera di Napoleone. Chissà se l’Imperatore si ricordò dell’orso che gli dilaniava il petto e gli divorava il cuore, mentre affrontava la disastrosa ritirata che costò la vita a centinaia di migliaia di soldati!

Le *Memorie di Constant* ci fanno conoscere anche un altro episodio interessante e curio-

so: una predizione che riguarda Giuseppina, la prima moglie di Napoleone.

Come è noto, Giuseppina de Tascher de la Pagerie era originaria della Martinica; trasferitasi a Parigi aveva sposato Alessandro de Beauharnais, figura di rilievo della Rivoluzione, ucciso durante il Terrore. Aveva in seguito conosciuto Napoleone che sposò nel 1796, quando la sfolgorante carriera di lui era appena iniziata. Prima di lasciare la Martinica, una zingara le aveva fatto una predizione, che lei stessa raccontò in questi termini:



Napoleone e Giuseppina Bonaparte (XIX sec.)



Incoronazione dell'Imperatrice Giuseppina nella Cattedrale di Nôtre Dame

“Voi vi sposerete in Francia ma il vostro matrimonio non sarà felice: vostro marito morirà tragicamente, voi stessa a quell'epoca passerete dei grandi pericoli ma ne uscirete vittoriosa. Avrete un destino glorioso e, senza essere regina, sarete più che regina”.

La previsione si avverò in ogni particolare: il marito Alessandro fu ghigliottinato, Giuseppina stessa fu in carcere durante il Terrore ma ne uscì indenne e in seguito al matrimonio con

Napoleone divenne imperatrice di Francia e tale rimase fino al divorzio richiesto da Napoleone - con grande sofferenza, va detto, perché Napoleone fu sempre molto innamorato di sua moglie - per la mancanza di figli: suo grande desiderio era infatti assicurarsi una discendenza per dare solidità al suo impero.

Resta da aggiungere che il divorzio fu deprecato da molti che consideravano Giuseppina il portafortuna di Napoleone: veniva chiamata infatti “nostra Signora delle Vittorie” e finché fu sua moglie la fortuna arrise alle armi francesi. Napoleone sposò nel 1810 in seconde nozze Maria Luisa d'Austria, che gli diede l'agognato erede, ma da quel momento la fortuna gli voltò le spalle: la rovinosa campagna di Russia è di appena due anni dopo. Coincidenze, si dirà, ma chissà, forse Giuseppina sarebbe riuscita a porre un freno all'insaziabile fame di conquiste del suo imperiale marito!

DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2021



Filippo Brandimarte Intervista **Giuseppe di Pasquale**



Quando il prollasso valvolare mitralico fa paura!



F. Brandimarte: Dottore vuole ricordarci cosa si intende per prollasso mitralico e quali rischi comporta?

G. Di Pasquale: Il prollasso valvolare mitralico è un'alterazione della valvola mitralica definita ecocardiograficamente come una dislocazione di uno o entrambi i lembi valvolari maggiore di 2 mm rispetto al piano passante per l'anulus valvolare mitralico, valutato in proiezione parasternale asse lungo. Questa alterazione morfologica è stata descritta per la prima volta da Barlow nel 1966 ed è caratterizzata istologicamente da un accumulo anomalo di proteoglicani che determina ridondanza e ispessimento dei lembi valvolari oltre ad allungamento cordale, tutti elementi responsabili delle alterazioni morfologiche della valvola. Sebbene generalmente considera-

ta una condizione benigna, può essere oggetto di complicanze potenzialmente severe, quali l'insufficienza mitralica severa, l'endocardite infettiva, lo stroke ed infine, dato relativamente nuovo, la morte cardiaca improvvisa per eventi aritmici in particolare nelle forme con ridondanza mixomatosa bilembo, tanto da indurre ad ipotizzare l'esistenza di una "variante aritmica maligna" di questa valvulopatia.

F. Brandimarte: Quali sono le caratteristiche peculiari dei pazienti che potrebbero manifestare questa "variante maligna"?

G. Di Pasquale: Analizzando i dati di diversi studi retrospettivi e prospettici degli ultimi vent'anni emergono interessanti considerazioni utili a stratificare il rischio aritmico: sembra infatti che il prollasso valvolare mitralico bilembo, il sesso femminile, l'età giovanile (meno di 40 anni), la presenza di alterazioni della ripolarizzazione in sede inferiore e di extrasistolia ventricolare complessa all'ECG Holter siano tutti associati ad un rischio più alto di morte cardiaca improvvisa. Studi autoptici e di risonanza magnetica cardiaca

infatti hanno evidenziato nei cuori di questi soggetti una significativa quota di fibrosi miocardica, specie nei muscoli papillari e nella parete infero-basale del ventricolo sinistro, che contribuisce a determinare il substrato aritmico (extrasistolia ventricolare rilevante, tachicardia ventricolare con morfologia a blocco di branca destra polimorfa non sostenuta o sostenuta). Sembra inoltre che tale fibrosi sia istologicamente diversa da quella ischemica in quanto non compatta ma interposta tra cardiomiociti ipertrofici. Infine, il classico reperto ascoltatorio del "click mesosistolico" che si reperita in questi pazienti e che consegue ad un'improvvisa tensione del lembo mitralico, sembra non sia altro che l'espressione sonora del maggiore sovraccarico tensivo su alcune componenti della valvola che insiste sulla parete infero-basale sede spesso della componente fibrotica alla base dell'aumentato rischio aritmico.

F. Brandimarte: Cos'è la disgiunzione anulare mitralica e in che modo aumenta il rischio aritmico nei soggetti con prollasso valvolare mitralico?

G. Di Pasquale: La disgiunzione anulare mitralica, descritta per la prima volta da Bharati e colleghi nel 1981 è un rilievo anatomico caratterizzato morfologicamente da un incremento della separazione fibrosa tra l'inserzione del lembo posteriore mitralico con la parete atriale e la parete muscolare ventricolare. Viene rilevata in telesistole nelle sezioni asse lungo a livello della parete infero-posteriore basale tramite ecocardiogramma o risonanza magnetica cardiaca. È particolarmente frequente nei soggetti con prollasso valvolare mitralico e sembrerebbe essere associata ad un aumentato rischio aritmico in quanto sembrerebbe determinare una trazione anomala sulla valvola mitralica cui conseguono: stiramento ed eccessivo sovraccarico della parete postero-basale e dei muscoli papillari, con conseguente ipertrofia e successivamente fibrosi locoregionale, un'aumentata ectopia focale a carico delle fibre di Purkinjie ed una degenerazione mixomatosa della valvola mitralica con progressiva insufficienza valvolare e rimodellamento ventricolare sinistro.

F. Brandimarte: Esiste una componente genetica alla base della “variante aritmica maligna”?

G. Di Pasquale: Recentemente è stato dimostrato che il prolasso mitralico bilembo aritmogenico può riconoscere una predisposizione genetica ereditaria legata ad una mutazione della proteina sarcomerica filamina C, associata a diverse forme di cardiomiopatia, dilatativa, ipertrofica e restrittiva.

F. Brandimarte: Concludendo quali consigli suggerirebbe nella pratica clinica?

G. Di Pasquale: Le linee guida sulla prevenzione della morte cardiaca improvvisa pubblicate nel 2015 dalla Società Europea di Cardiologia non prendono nemmeno in considerazione il prolasso valvolare mitralico come condizione a rischio meritabile di ulteriori valutazioni. Le recenti linee guida ESC del 2021 sull'attività sportiva in soggetti con cardiopatia definiscono globalmente basso il rischio di eventi in corso di attività sportiva in soggetti con prolasso mitralico in assenza di severa insufficienza mitralica. Sugeriscono tuttavia di sottoporre questi soggetti ad ECG-12 derivazioni, test ergometrico ed ECG-Holter e, nei pazienti con onde T invertite nelle derivazioni inferiori o evidenza di aritmie ventricolari ad origine dal ventricolo sinistro, anche risonanza magnetica cardiaca per escludere fibrosi a carico della parete inferiore basale. La presenza di prolasso mitralico bilembo, le onde T negative nelle derivazioni inferiori, la fibrosi della parete infero-laterale, la familiarità per morte improvvisa e l'evidenza di aritmie complesse sono ritenute sufficienti per escludere questi soggetti dallo sport agonistico consentendo unicamente un'attività fisica aerobica di bassa intensità.

F. Brandimarte: Grazie dottore, questi dati ci aiutano a vedere questa anomalia di frequente riscontro nella popolazione generale e solitamente ritenuta benigna con occhi più attenti al fine di meglio stratificare il rischio aritmico.



di Giovanni Ciprotti

LEZIONE DI FISICA





di Alberto Dolara

Barry Commoner, pioniere dell'ecologia

Pioniere, dal francese *pionnier*, da *pion* pedone, indicava inizialmente il soldato semplice; nei secoli successivi diviene il soldato del genio che prepara strade e ponti per le truppe che verranno; attualmente la definizione indica quei personaggi che variamente aprono nuovi orizzonti nelle conoscenze umane. Così può essere definito anche Barry Commoner, statunitense (1917-2012), professore di fisiologia vegetale all'università di Washington. Col suo libro *Il cerchio da chiudere. La natura, l'uomo e la tecnologia*, Garzanti editore, pubblicato nel 1972, formula, agli albori dell'ecologia, una geniale interpretazione delle trasformazioni della materia su questo pianeta tuttora di grande attualità.

Secondo Commoner mentre in natura i cicli biologici e la geochimica sono sempre in equilibrio tra produzione e distruzione, col passaggio dalla società agricola a quella industriale lo sfruttamento delle risorse naturali da parte dell'uomo produce con processi inquinanti merci inquinanti, non riciclabili; così il cerchio non si chiude; ne consegue una crisi ecologica ed ambientale, che si autoalimenta. Una delle leggi in ecologia da lui formulate risuona: *ogni cosa deve finire da qualche parte. In ogni sistema naturale,*



ciò che viene eliminato da un organismo, come rifiuto, viene utilizzato da un altro come cibo. Niente scompare. È così sottolineata l'importanza del "riciclo", un concetto fondamentale della moderna ecologia.

L'azione di Barry Commoner per l'ambiente inizia con la carriera accademica, alla Washington University di St. Louis nel Missouri (USA); attraverso il *Center for the biology of natural systems* da lui fondato nel 1947; promuove ricerche sull'inquinamento da piombo nelle bidonville, sull'economia comparata tra agricoltura industriale ed agricoltura biologica, sulle ricadute radioattive dovute agli esperimenti nucleari, sulle energie alternative. Si in-

teressa anche alle vicende italiane, alle possibili conseguenze ambientali dovute al rilascio della diossina a seguito dell'incidente nella fabbrica Icmesa di Seveso, il 10 luglio 1976. Secondo Commoner l'impatto ambientale dipende dal numero della popolazione, moltiplicato per l'inquinamento e la tecnologia in uso.

Agli inizi degli anni 70 non era facile ammettere che carbone e petrolio fossero sostanze estrattive il cui consumo avrebbe portato ad un progressivo riscaldamento del pianeta con le inevitabili disastrose conseguenze e che potevano essere sostituite da energie rinnovabili come l'eolico o il solare. Tutt'al più gli appassionati

di storia antica citavano la potenza (leggenda) degli specchi ustori di Archimede che avevano incendiato le navi romane. L'inquinamento dell'ambiente non era considerato a sufficienza e il suo rapporto con le malattie sottovalutato.

Nei decenni successivi si assiste ad una crescente attenzione ai problemi ambientali: nel 1972 è pubblicato il libro *I limiti dello sviluppo*, commissionato dal Club di Roma (associazione non governativa di scienziati, economisti, capi di Stato, dirigenti pubblici di tutti i continenti), che esortava esplicitamente a contenere l'aumento della popolazione, nonché i consumi. Alla fine degli anni 70 è organizzata la prima conferenza mondiale sul clima presente anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità. La maggiore attenzione va in parallelo con la constatazione dell'aumento degli eventi catastrofici atmosferici, lo scioglimento dei ghiacci, la desertificazione dei suoli, il progressivo riscaldamento degli oceani, l'esaurimento delle risorse ittiche, l'inquinamento da plastica etc. La pandemia del 2020 mette in evidenza l'associazione tra inquinamento e diffusione del virus COVID-19.



Seveso



Greta Thunberg

Ricerche recenti effettuate dall'Istituto Wietzmann di Rehovot in Israele e pubblicate su Nature nel 2020 confermano la necessità di "chiudere il cerchio" già indicata da Commoner. I ricercatori hanno valutato il peso della massa artificiale creata dall'uomo, soprattutto cemento e metalli, in 1.100 miliardi di tonnellate mentre quello del patrimonio naturale si è ridotto a poco più di un miliardo. Oggi le fabbriche riversano sul pianeta 30 miliardi di tonnellate di materiale ogni anno. È ovvio che la fabbricazione di manufatti a getto continuo, solo in modesta parte riciclati, ha un grande impatto sull'inquinamento del pianeta e la loro produzione lo ha sull'emissione dei gas serra.

Quando la pandemia da COVID-19 sarà superata vi saranno altre difficoltà incombenti sul genere umano come illustrato da una vignetta di Graeme Mac Kay, disegnatore canadese; lo scritto *"Be sure to wash your hands and all will be well"* (assicurati di esserti lavato le mani e tutto andrà bene) è chiaramente provocatorio. È il problema della "ripartenza", oggi auspicata, un termine preso in prestito dallo sport che indica la ripresa del gioco dopo una momentanea difficoltà della squadra. A prescindere dai negazionisti, secondo i quali la terra è piatta, non esistono gli effetti negativi sul clima da parte delle attività umane, le fonti rinnovabili sono un'utopia, la pandemia da virus COVID-19 dovuta ad un complotto internazionale, i vaccini una limitazione delle libertà individuali, esistono diverse previsioni del futuro tra pessimisti e ottimisti. Tra i primi l'ambientalista statunitense Jonathan Franzen, nel suo libro recente (*E se smettessimo di fingere?*, editore Einaudi 2020), si dice con-

vinto che non si potranno evitare disastri ambientali futuri e solo il prenderne atto ci permetterà di arrivare preparati a quel che ci aspetta: *"carestie su larga scala, incendi apocalittici, implosione d'intero economie, immani inondazioni, centinaia di milioni di rifugiati in fuga da regioni rese inabitabili dal caldo estremo o dalla siccità permanente"*. Più ottimista Sir David Attenborough, il grande naturalista inglese che con i suoi documentari per la BBC Life on Earth, Blue Planet, Planet Earth, ha mostrato a milioni di persone le meraviglie del nostro pianeta. Nel suo ultimo documentario, *La vita sul nostro pianeta*, nel 2020, con la saggezza dei suoi 94 anni, afferma: *"è possibile riparare i danni provocati dall'uomo all'ambiente, senza rinunciare allo sviluppo tecnologico, senza tornare ad un'esistenza bucolica primordiale"* e conclude *"Un percorso verso la sostenibilità esiste e potrebbe portare a un domani migliore per l'umanità intera"*. Infine l'attivismo dei giovani impersonificato da Greta Thunberg per lo sviluppo sostenibile e contro il cambiamento climatico è un ulteriore motivo di speranza.

Il lato oscuro del “bel gioco”

Il vecchio giocatore sedeva come ogni giorno sulla panchina di legno, fuori dell'antica casa in pietra. Era stata l'abitazione dei suoi nonni, era divenuta la casa dei suoi genitori e adesso era la sua. Con i soldi guadagnati durante la carriera agonistica l'aveva completamente ristrutturata, rendendola antica fuori ma moderna e confortevole dentro. Gli anni però erano passati ed ormai quella casa gli era divenuta quasi estranea, la sua mente era svanita piano piano nel tempo e ora trascorreva le sue giornate su quella panchina, salutando chi passava. Molti si chiedevano se quel suo stare in panchina era in qualche modo una reminiscenza della sua attività di calciatore, dei momenti in cui, ancora giovane promessa, aspettava con ansia che il mister gli dicesse “è il tuo turno, scaldati ed entra” o di quando, nella parabola discendente della sua storia calcistica, doveva tristemente accomodarsi in panca per periodi sempre più lunghi. Ormai più nulla era importante, salutava tutti con un gran sorriso, sembrava riconoscere tutti ma in realtà era in un mondo suo. Il suo grande amico, compagno di tante partite, con cui aveva condiviso gran parte della sua vicenda calcistica, lo veniva ogni tanto a trovare. Erano coetanei, stesso anno, addirittura stesso mese, diverso solo il giorno. Nel fisico erano integri tutti e due ma Edoardo, l'amico, la saracinesca, il portiere della squadra, era sano anche nella mente. Non riusciva a capacitarsi della differenza tra loro, avevano fatto





tutto insieme, giovanili, squadra primavera, esordio in prima squadra, anche il ritiro, a distanza di pochi mesi uno dall'altro. Perché lui ricordava tutto? Perché Giacomo invece era perso in un'altra dimensione? Lo stesso obnubilamento della coscienza, lo stesso decadimento cognitivo, la stessa demenza, che tanto lo colpivano in Giacomo, Edoardo li aveva riscontrati spesso tra coloro che aveva incontrato sui campi di calcio. Quasi tutti coloro che ne soffrivano condividevano lo stesso ruolo in mezzo al campo. Nessuno dei suoi amici portieri aveva quel problema, più di uno, invece, tra quelli che stavano davanti a

ne del ruolo svolto in campo. I portieri, infatti, hanno più o meno lo stesso rischio dei non calciatori mentre per i difensori la probabilità di malattia aumenta del 500%. Attaccanti e centrocampisti si posizionano invece a metà strada, con una crescita della probabilità di problemi neurologici di 2,8 volte.

Il ripetuto traumatismo cerebrale connesso con i colpi di testa sembra essere la causa di tale problema e spiega perché i difensori, notoriamente forti nel gioco aereo, siano a maggiore rischio mentre i portieri, che usano le mani più che la testa, ne siano risparmiati. Anche l'effetto della durata della carriera diviene allora interpretabile: tanto più a lungo si gioca, tanto più numerosi sono i contatti tra capo e pallone e i conseguenti danni.

Sono allo studio misure per cercare di minimizzare tali effetti pericolosi del calcio e forse in futuro vedremo i calciatori entrare in campo con i caschetti protettivi. Per il momento la federazione calcistica statunitense ha vietato i colpi di testa per i minori di 10 anni.

Pelé chiamava il football "the beautiful game", ispirato dall'elegante movimento delle gambe dei giocatori e dalla coordinazione orchestrale del gioco di squadra, anche il bel gioco, però, ha il suo lato oscuro.

lui in campo, a proteggere la sua area di rigore, i difensori, lo aveva invece sperimentato.

Uno studio recente conferma le intuizioni di Edoardo. Confrontando circa 8.000 calciatori professionisti scozzesi, nati tra il 1900 ed il 1976, con la popolazione generale si è infatti osservato, tra i primi, un aumento di 3.5 volte del rischio di demenza e di malattie degenerative del sistema nervoso. In particolare si è visto che tale incrementato rischio è proporzionale alla durata della carriera e che è anche funzio-



di **Angelo Mingrone**

I misteri e il fascino dell'aterosclerosi: la teoria lipidica non spiega tutto

Può sembrare non attuale, o non propriamente all'ordine del giorno, parlare di aterosclerosi (patologia responsabile del danneggiamento delle arterie e della formazione di placche all'interno di esse) e di malattie cardiovascolari in generale, in un momento come l'attuale caratterizzato dal dramma della pandemia da Covid-19 con le restrizioni che impone e che solo i più volenterosi accettano senza protestare. Ma il fatto è, come sappiamo, che le patologie cardiovascolari e tumorali, per citare quelle statisticamente più rilevanti, non hanno certo smesso di esistere a causa della pandemia: semplicemente vengono messe (per necessità?) in secondo piano, trattate in modo intempestivo, spesso inefficace, con conseguenze facilmente immaginabili: la mortalità e gli esiti non favorevoli sono in notevole aumento, e solo il controllo più rapido possibile della pandemia potrà consentire il ripristino di cure adeguate per queste categorie di pazienti.

L'aterosclerosi in quanto causa di malattia cardiovascolare continua dunque ad esistere e a segnare l'esistenza di molti pazienti. E, come le pandemie, e diversamente da quanto si sarebbe portati a pensare, è sempre esistita e ha accompagnato l'uomo sin dal sorgere delle più antiche civiltà. Tracce di aterosclerosi sono state chiaramente documentate nelle mummie degli





egizi risalenti a circa 4 millenni fa. Nel 2011 è stata pubblicata sul *Journal of American College of Cardiology* una ricerca effettuata dal famoso gruppo di Horus che, utilizzando tecniche sofisticate di tomografia computerizzata, ha potuto documentare, in 52 mummie egizie di adulti di entrambi i sessi, calcificazioni (segno certo di placche aterosclerotiche) in diversi distretti arteriosi: l'aorta, le coronarie, le arterie iliache, le femorali e le carotidee. L'aterosclerosi verosimilmente colpiva quasi esclusivamente le classi privilegiate, nobili e clero in particolare, ed era più marcata nei soggetti di età più avanzata. D'altra parte la mummificazione, pratica complessa (e costosa) era esclusivo appannaggio delle classi più abbienti e detentrici del potere. Sulla genesi della patologia aterosclerotica possono essere fatte solo delle ipotesi: non aven-

dosi testimonianze circa la presenza di diabete e ipertensione, si può ragionevolmente ipotizzare che la vita sedentaria e la dieta assai ricca di lipidi contribuissero in modo determinante all'insorgenza della patologia. Lo stesso gruppo ha avuto il merito di documentare i medesimi reperti attraverso identiche tecniche diagnostiche, in altre 137 mummie di popolazioni non solo egizie, ma di altre civiltà e altri continenti: nel vecchio Perù, tra gli antichi Pueblos dell'America del sud-ovest, presso le popolazioni delle Isole Aleutine circondate dalle gelide acque del Pacifico settentrionale e del mare di Bering. Per queste popolazioni sono state ipotizzate quali causa scatenante, oltre alla dieta ricca in lipidi, probabili infezioni croniche assai presenti in certi habitat. Ma altrettanto interesse ha suscitato presso gli scienzia-

ti, e non solo, la scoperta della pressoché totale assenza di aterosclerosi presso la popolazione Tsimane della Bolivia. Si tratta di un gruppo etnico che vive nella foresta fluviale amazzonica e conserva ancora oggi uno stile di vita preindustriale. Gli abitanti vivono in capanne di paglia, senza elettricità ed altri comfort moderni. Praticano la caccia e la pesca, consumano molte verdure e svolgono quotidianamente una intensa attività fisica. Di conseguenza le loro arterie sono magicamente prive di placche: un ottantenne ha arterie paragonabili a quelle di un cinquantenne americano o europeo. E gli infarti e gli ictus sono pressoché sconosciuti, mentre ovviamente le malattie infettive giocano un ruolo di maggior rilievo. Nel 2017 è stata pubblicata sul *Lancet*, una delle più prestigiose riviste di medicina, una ricerca che ha consentito di documentare attraverso un'indagine chiamata *angiotac coronarica* l'assenza di valori significativi di calcio nelle coronarie di questo gruppo etnico, che, come dicevamo, si accompagna sempre alla presenza di placche aterosclerotiche. La dieta e lo stile di vita

operano un tale “miracolo”, insieme forse a fattori genetici imprecisati, ma non studiati, che potrebbero giocare un ruolo altrettanto importante. Sta di fatto però che, in queste popolazioni, a causa dell’ambiente nel quale vivono e delle attività che praticano, le patologie infettive croniche giocano un ruolo molto importante, come documentato da parametri infiammatori, quasi costantemente al di sopra dei livelli ritenuti normali. Poiché, come vedremo la componente infiammatoria gioca un ruolo importante nella genesi dell’aterosclerosi, com’è possibile che queste popolazioni abbiano arterie completamente prive di placche? La risposta è che il fattore infiammatorio è un fattore probabilmente

necessario, ma non sufficiente da solo a causare aterosclerosi, e che in assenza di una dieta ricca di lipidi non può causare danni alle arterie.

Le sorprese non finiscono qui: è esperienza comune, e non solo di medici e cardiologi, che alcuni soggetti, spesso in età giovane, e apparentemente privi di fattori di rischio, possano andare incontro ad infarto miocardico o ad ictus. Ricordo che qualche decennio fa sono stati condotti anche degli studi con l’intenzione di comprenderne le cause scatenanti. In Italia uno dei pionieri di tali ricerche è stato il prof. Attilio Maseri, una delle menti più illustri della cardiologia europea e non solo, il quale invitava allievi, cardiologi e ricercatori a soffermarsi soprattutto sui casi clinici strani

o particolari, anziché su quelli classici e “banali”, perché il loro attento studio può contribuire molto alla comprensione di alcuni meccanismi fisiopatologici ancora ignoti. Nel caso di malattie cardiovascolari acute in assenza apparente di fattori di rischio, molto credito si dà ai geni, al DNA, che in un soggetto sfortunato ne sarebbe il principale determinante. Lo stesso DNA che viene tirato in causa, sul fronte opposto, nel caso di soggetti (molto pochi, a dire il vero) che raggiungono un’età avanzata, pur essendo affetti da ipertensione, diabete e che non si sottraggono ai piaceri della tavola. Posso però dire che, sulla base della mia modesta esperienza personale, è assai difficile che un infarto venga ad un soggetto esente totalmente da fattori di rischio e che, “scavando” bene nell’anamnesi, qualcosa viene quasi sempre fuori: o ci troviamo di fronte ad un fumatore, oppure ad un iperteso che trascura la sua patologia, oppure a qualcuno che ritiene che il colesterolo sia alto perché ereditario, e perciò, in base a qualche curiosa teoria, non merita di essere curato. I geni fanno la loro parte, ma le abitudini e lo stile di vita contano molto di più.

Non esiste alcun dubbio che ele-



Popolo Tsimane

vate concentrazioni di colesterolo siano la causa della gran parte delle malattie coronariche. Numerosi, direi infiniti, sono gli studi che lo hanno stabilito. E se ne elencassi solamente una parte le dimensioni di questo articolo triplicherebbero. Ma tranquilli, non ho nessuna intenzione di farlo. Le linee gui-

di colesterolo totale di oltre 250 mg per cento ml. Oggi i valori di colesterolo LDL in un soggetto sano devono essere inferiori a 115 mg/dl. Ed è compito preciso di medici e cardiologi spiegarlo ai pazienti ed invitarli attraverso la dieta innanzitutto e poi i farmaci a raggiungere questi livelli.

per cui si attua la “politica” del “più basso è, meglio è”, anzi la politica del più basso è, quanto prima lo è, meglio è, risiede negli studi clinici che hanno consentito di documentare un miglioramento della sopravvivenza, e in generale della prognosi, nei soggetti nei quali il colesterolo viene portato a livelli più bassi di quelli ritenuti, anche solo fino a pochi anni fa, accettabili. E anche dalla constatazione, forse più banale ma non meno importante, che i livelli di colesterolo presenti alla nascita nel cordone ombelicale sono dell'ordine di 50-60 mg/dl: se madre natura ci fornisce questi livelli, perché dovremmo tollerarne altri più elevati? Oggi, per fortuna, il panorama terapeutico è di gran lunga più ampio e vario di quello di qualche anno fa. E si dispone di molecole efficaci e sicure, in grado di ridurre da sole o in combinazione il colesterolo a livelli inimmaginabili solo qualche anno fa. Per non parlare di quando studiavo l'argomento all'Università: allora andava di moda la soia, l'unico elemento in grado di dare qualche timido risultato e ricordo ancora il gran parlare che se ne faceva in occasione di importanti congressi scientifici, e le infi-



Le antiche “pueblos”

da europee ed americane degli ultimi decenni insistono particolarmente su questo punto. Ed anzi il livello di colesterolo ritenuto normale viene sempre più abbassato. Se qualcuno dei lettori è in possesso di indagini laboratoristiche anche solo di dieci anni fa potrà rendersi conto che, diversamente da oggi, venivano considerati normali valori

Nel soggetto diabetico, poi, i valori devono essere ancora più bassi, fino a 70 mg/dl, e in un soggetto reduce da un infarto valori accettabili non possono essere superiori a 55 mg ogni dieci ml di sangue, mentre in base a raccomandazioni precedenti di qualche anno fa si ritenevano adeguati valori anche un po' più alti (70). Il motivo

nite pubblicazioni che occupavano pagine e pagine di riviste prestigiose.

Tutto risolto, quindi? Non proprio (ahimè!). Perché in una parte dei soggetti (per fortuna non troppo numerosa) con livelli di colesterolo pari a quelli proposti dalle linee guida europee ed americane esiste il cosiddetto rischio residuo, la cardiopatia ischemica può ripresentarsi, può cioè recidivare. Probabilmente sulla base di questa constatazione gli studiosi si sono sforzati, direi si sono intestarditi, nel proporre valori sempre più bassi che hanno ridotto ma non abolito del tutto le recidive. Manca quindi qualche tassello importante per completare il puzzle affascinante dell'Aterosclerosi. Nel 2008 è stato pubblicato sul *New England Journal of Medicine* lo studio JUPITER che ha documentato nei soggetti con valori ritenuti allora normali di colesterolo e trattati con rosuvastatina, un farmaco appartenente alla categoria delle statine (molecole di primaria importanza nel trattamento dell'ipercolesterolemia), un'importante riduzione degli infarti e della morte cardiovascolare nei soggetti studiati. Essendo i soggetti con co-

lesterolo normale, si è ipotizzato che la rosuvastatina agisse riducendo l'infiammazione che si ritiene oggi responsabile insieme al colesterolo della formazione delle placche, dato confermato in effetti nel corso di questo studio dal miglioramento dei livelli della proteina C reattiva, un parametro di laboratorio sensibile e importante, quanto comune e routinario. Nel 2018 è comparso un altro studio assai interessante, che getta ulteriore luce sulla patogenesi dell'aterosclerosi, lo studio CANTOS (JACC 2018). In questo studio sono state confrontate due popolazioni di soggetti con caratteristiche cliniche simili, identici valori di colesterolo e con trattamenti terapeutici sovrapponibili, che differivano tra loro per il fatto che ad una popolazione veniva pra-

ticata una terapia antinfiammatoria biologica, cioè con anticorpi monoclonali (il canakinumab), mentre all'altra veniva somministrato un farmaco placebo. Il farmaco antinfiammatorio, che non agisce in nessun modo sui livelli di colesterolo, si dimostrava in grado di ridurre di un ulteriore 31% l'infarto e la mortalità cardiovascolare. Agendo unicamente nel senso di ridurre la componente infiammatoria delle placche aterosclerotiche. Attraverso meccanismi enzimatici complessi, che non è qui il caso di riprendere, si otteneva una riduzione sensibile delle concentrazioni della solita proteina C reattiva. Non solo: maggiore era la riduzione di questo parametro, maggiore era il beneficio. E benefici si avevano attraverso altri meccanismi anche sul dia-



bete e sull'insufficienza renale. Il cosiddetto rischio residuo quindi potrebbe essere spiegato con la persistenza di altri fattori responsabili dell'insorgenza delle placche, come per esempio l'infiammazione. Essa da sola, in assenza di valori elevati di colesterolo, non è probabilmente in grado di scatenare il processo aterosclerotico, come documentato nella popolazione Tsiname della Bolivia, ma può contribuirvi in maniera importante insieme ad elevate concentrazioni di grassi,

diventando determinante. Gli autori dello studio vanno anche oltre ipotizzando, accanto al rischio infiammatorio residuo, per esempio un rischio antitrombotico residuo o un rischio residuo legato a trigliceridi.

È facile immaginare che tutte queste componenti del rischio aterosclerotico residuo saranno oggetto degli studi clinici dei prossimi anni, e che ciascuno di essi avrà un peso diverso in soggetti diversi. In un soggetto potrà aver maggior peso la componente lipidica nella pato-

genesi dell'aterosclerosi, in un altro sarà predominante il fattore infiammatorio, in un altro ancora bisognerà valutare adeguatamente per esempio l'ipertrigliceridemia. Per tale motivo bisognerà prescrivere (allo stesso modo di un sarto che deve confezionare abiti diversi a clienti con caratteristiche fisiche diverse) terapie diverse per pazienti diversi. La cosiddetta Medicina di Precisione, che sarà compito dei cardiologi più attenti alle novità e al progresso scientifico impostare.



Poesia Ricreativa

ALICE OSWALD (1966) Gran Bretagna, tratta da Memorial. Curato da Rossella Pretto e Marco Sonzogni. Laureata in lettere classiche nell'Università di Oxford, lavora come giardiniera.

Molto bella questa poesia tratta da Memorial che vuole ricordarci cosa sono in realtà le foglie cui noi vorremmo dare talvolta un significato romantico:



Alice Oswald

*“Like leaves who could write
a history of leaves
the wind blows their ghosts
to the ground
and the spring breathes new
leaves into the woods
thousands of names
thousands of leaves
when you remember them
remember this
dead bodies are their lineage
which matter no more than
the leaves.”*

“Come le foglie chi può scrivere
la storia delle foglie
il vento ne soffia a terra i
fantasmi
e primavera alita nuova foglia
nei boschi
migliaia di nomi
migliaia di foglie
quando li si ricorda si ricorda
questo
corpi morti sono il lignaggio
che conta non più delle foglie.”

Eligio Piccolo



di Filippo Stazi

Quadri e Salute



“Il chirurgo Evgueni Vasilievich Pavlov nella sala operatoria” è un quadro dipinto dal pittore russo Ilya Yefimovich Repin nel 1888. Nato nella cittadina ucraina di Chuguev, nel 1844, da coloni militari russi, Repin, figura chiave del realismo russo del diciannovesimo secolo, trascorse la giovinezza lontano dai centri culturali dell’Impero, con poche opportunità di istruzione o formazione formale. All’epoca l’appartenenza alle classi sociali era ereditaria e quindi il futuro pittore era automaticamente iscritto, sin dalla nascita, nell’elenco dei coloni militari, contadini di proprietà statale che occupavano una posizione umile nella gerarchia sociale in cui la popolazione era divisa per legge. Ilya mostrò sin dall’infanzia passione e talento artistico. Per tale motivo e anche perchè lo studio era l’unica opportunità a sua disposizione per affrancarsi dalla condizione che aveva ereditato da suo padre, nel 1863 il diciannovenne Repin, con solo cinquanta rubli in tasca, si trasferì a San Pietroburgo per frequentare l’Accademia Imperiale delle Arti. Nel 1865 la vittoria della Small Silver Medal gli conferì la piena cittadinanza e lo liberò dalle tasse ereditarie e dagli obblighi militari che aveva ereditato dalla nascita.

Nel 1872 Ilya sposò Vera Shevtosva, la figlia del suo padrone di casa, da cui ebbe quattro figli. Nel 1882 i due divorziarono pur mantenendo successivamente una relazione amichevole. Dal 1873 al 1876 Repin visitò l’Italia e visse a Parigi, dove venne a contatto con l’impressionismo che, pur influenzando il suo uso della luce e del colore, non lo allontanò dal realismo dei vecchi maestri europei, in particolare Rembrandt.

Nel 1878 si unì agli “Itineranti”, gruppo che si ribellava al formalismo accademico dell’Accademia ufficiale ed alla sua pretesa di dipingere “ciò che non aveva nulla a che fare con la vita o la storia russa”. Dal 1882 si stabilì a San Pietroburgo dove rimase fino al 1900, quando conobbe Natalia Borisovna Severova, “l’amore della sua vita” e andò con lei a vivere nella casa-studio che aveva da poco progettato e costruito personalmente, nel villaggio finlandese di Kuokkala e che aveva denominato “I Penati”, come i numi protettori delle dimore dell’antica Roma. La casa era arredata in modo speciale con, in particolare, molti tetti in vetro così da avere ottimali condizioni di

luce, utili alla sua attività pittorica, per gran parte della giornata. Natalia possedeva una fotocamera portatile Kodak, oggetto futuristico per l'epoca, che influenzò significativamente la pittura di Repin. Le abitudini di vita della coppia erano bizzarre: dormivano all'aperto tutto l'anno, anche quando pioveva o nevicava, persuasi dei salutarî effetti di tale abitudine; non avevano domestici e seguivano una rigida dieta vegetariana. Ciò nonostante i Penati divennero un importante luogo di ritrovo artistico e letterario durante i primi anni del Novecento e ogni mercoledì la coppia ospitava importanti artisti russi. Si racconta però che nella piccola stazione ferroviaria della zona, prosperasse l'attività di un chiosco di panini alla carne, letteralmente assalito dagli affamati ospiti che lasciavano la casa dei Repin. Dopo la Rivoluzione d'Ottobre

del 1917 e l'indipendenza della Finlandia dalla Russia l'artista fu ripetutamente invitato a tornare in patria ma rifiutò adducendo la scusa che era troppo vecchio per il viaggio. Morì nel 1930 e fu sepolto ai Penati. Dopo la sua morte Repin, molto apprezzato da Stalin, fu celebrato come l'artista ideale dell'URSS e in suo onore Kuokkala, quando nel 1948 divenne parte dell'Unione Sovietica, fu ribattezzata Repino. Il suo lavoro divenne un modello per tutti gli artisti del realismo socialista.

I dipinti di Repin sono oggi appesi in tutti i migliori musei d'arte della Russia, in particolare la Galleria Tretyakov di Mosca. Nel corso della sua carriera, influenzato anche dalle sue umili origini, è stato attratto dalla gente comune, la cui natura e il cui carattere ha rappresentato al di là delle convenzioni classiche dell'Accademia. I temi sociali, tra cui la condanna dell'élite al potere nella società russa e la lotta rivoluzionaria, permeano le sue opere dalla fine degli anni 1870 ai primi anni 1880. Successivamente Repin dipinse molti dei suoi compatrioti più celebri, tra cui il romanziere Lev Tolstoj che di lui disse: "raffigura la vita della gente molto meglio di qualsiasi altro artista russo". Nei suoi oltre 300 ritratti spicca la capacità di rappresentare i modelli al naturale, catturandone non solo i volti ma anche i tratti del loro carattere e del loro atteggiamento nei confronti del mondo.

Il dottor Pavlov, cui l'artista ha dedicato anche un ritratto, era il medico della prima moglie dell'artista ed era ospite usuale di casa Repin. L'opera "*Il chirurgo Evgueni Vasilievich Pavlov nella sala operatoria*" è stata probabilmente ispirata dall'intervento chirurgico a cui il medico sottopose Nadia, la seconda delle figlie del pittore.

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

- *In ricordo di Eva Conti di Annifo (comune di Foligno) i familiari e gli amici*



Foto di Giorgia Magnoni

La scatola nera della presssione

“L’ipertensione arteriosa, per i signori medici, pressione alta per i signori farmacisti”, tale fu l’esordio della lezione di quel professore di patologia costretto dalle circostanze belliche a tenerla contemporaneamente agli studenti delle due facoltà, continuando: “è una specie di scatola nera della medicina che si è aperta alla ricerca dopo che fu possibile misurarla nell’uomo senza dovergli pungere le arterie, così come aveva fatto secoli addietro nell’animale l’inglese rev. Stephen Hales, un botanico e chimico, più vicino ai farmacisti che ai medici. Non che prima la scienza ignorasse completamente l’importanza di quel parametro della circolazione del sangue, ma poteva solo intuirlo quando per una ferita si vedeva fuoriuscire il sangue a fiotti o mirando gli effetti benefici dei salassi nei soggetti pletorici”. Così parlò il docente ma ora a distanza di 80 anni possiamo ricordare, per sommi capi si capisce, tutte le grandi conoscenze che si sono potute leggere in quella scatola, comprese le più curiose che appaiono raschiandone il fondo e che forse ci aiuteranno a comprendere meglio i meccanismi più reconditi che regolano la fisiologia e la patologia di questo importante rilievo clinico.



Josef Stalin



Che la pressione alta sia causa di scompensi cardiaci, di fibrillazioni e di ictus, specie dopo i grandi esempi storici di Franklin Delano Roosevelt che raggiungeva i 300 mmHg e di Josef Stalin, sovraccarico di storia e di lotte, finito con un'apoplezia, credo l'abbiano recepito anche i no-Vax; che la popolazione di molti paesi viaggi su valori più alti di quelli consigliati dall'OMS (non oltre i 120-140/80-90 mmHg), è dimostrato da moltissimi studi epidemiologici; che numerosi fattori, dalla dieta all'obesità, dal sale alle droghe, ne facilitino la comparsa, la persistenza e le complicanze malvage sul cuore, cervello, aorta e reni, lo scrivono anche i quotidiani e lo ripetono le TV; che attraverso i millenni le abitudini dell'uomo e, chissà, i fattori

ambientali abbiano inciso sul nostro DNA inserendovi geni capaci di trasmettere ereditariamente un destino da ipertesi, lo stanno dimostrando molti ricercatori, chi denunciandovi una trentina di geni più o meno attivi, chi segnalandone solo tre ma tosti, dimostrando, come non la si fosse già capita, l'importanza di indagare sempre nei pazienti il loro pedigree o gentilizio; che, infine, il trattamento dell'ipertensione, grazie ai numerosi farmaci che la gloriosa farmacologia ha messo a nostra disposizione da 60 anni, sia diventato la migliore palestra che il medico dispone oggi per considerare ogni paziente come un caso a sé stante e non un numero, lo ricordano i veri maestri della clinica. Tutto ciò ha costituito la base dei progressi medici

in questa complessa malattia. Ma al cardiologo rimaneva ancora un problema, un challenge come dicono per sfida gli anglosassoni, ossia cosa succede della pressione fuori dalle sporadiche misurazioni nei controlli medici o di quelle personali, durante tutte le 24 ore, così come aveva realizzato Holter con l'elettrocardiogramma. Per la pressione fu più facile, benché i ripetuti gonfiamenti del bracciale creassero qualche fastidio e una possibile reattività. Tuttavia si poté confermare che la pressione è più alta al mattino, quando dopo il risveglio tutto si rimette in moto, cala verso il tramonto di circa il 10-20% e soprattutto la notte, tranne durante sogni angosciosi, gli amplessi o in chi non dorme ma sta lavorando. Oltre a queste

curiosità, l'andamento pressorio ha consentito soprattutto di graduare meglio i farmaci anti-ipertensivi in chi soffre di pressione alta e fatica a tenerla controllata. Oggi però l'automisurazione attuata dagli stessi pazienti con gli apparecchietti digitali, facili da usare anche ripetutamente specie da chi un tempo reagiva al camice bianco, ha reso quasi superfluo il cosiddetto Holter della pressione.

La tecnologia, quella sempre più micro, ha consentito oggi il controllo della pressione anche nei più piccoli, perfino nei neonati, e rilevato che coloro con più millimetri rispetto ai coetanei tendono a portarseli dietro fino all'età adulta. Inoltre, alcuni studi sia nell'umano che negli animali, hanno dimostrato che i prematuri e i sottopeso alla nascita rischiano l'ipertensione da grandi. Ma il dato più singolare, oltretutto curioso, è che secondo varie ricerche, compresa una recente dal Canada (JAHA, 2021) con l'inequivocabile acronimo di CHILD Cohort Study, i neonati che poppano il latte materno, anche per pochi giorni, a distanza di 3 anni hanno una pressione più bassa rispetto ai lattanti nutriti altrimenti. I ricercatori di tali osservazioni, da alcuni peraltro non confer-

mate, ne hanno cercato, sia pure con difficoltà, una spiegazione, mentre il loro pensiero correva verso la possibilità che il latte materno possa pregiudicare beneficamente anche la pressione da grandi. Essi hanno ipotizzato che un migliore microbioma intestinale determinato da questo latte o dal colostro sia responsabile di quello strano effetto a distanza e che lo stesso prodotto materno, leggi le feci, conterrebbe certi grassi polinsaturi, capaci di agire sulle cellule endoteliali progenitrici di migliori sviluppi cardiovascolari. Non vorrei dirlo, ma credo che a questo punto dell'ardito sfruculamento dei canadesi molti abbiano sospettato che le loro buone intenzioni siano una specie di arrampicata sugli specchi.

Non si possono certo fare processi alle intenzioni, come si usa dire, specie se buone come lo sono di certo quelle degli studiosi americani che, incoraggiati dai molti spunti usciti decifrando quella scatola nera, cercano di raggiungere la verità scientifica. Come quella ormai accertata del rapporto fra pressione alta nel bambino di qualunque età, specie se sovrappeso od obeso, e l'ipertensione nella sua maturità.



da "I QUIZ UNIVERSALI"

"Ma, Iddio esiste o no?"

di Cecco Gambizzato

'O patto c' 'o pateterno

Io vules' 'a spiegazione:
a che serve tutta 'a Scienza
sì nun dà 'a dimostrazione
d' 'e misteri d' 'a cuscienza?

Si nun trova 'na risposta
p' 'a domanda cchiù banale,
che ognuno già s' è posta
comm' "quiz universale"?

Ma, Iddio esiste o no?

Vola 'ncielo o sta pe' terra?
Ce perdona sempe o no?
Porta 'a pace o cerca 'a guerra?

Tene 'nmano nu bastone
quann' aspetta 'a fora 'a tomba,
cu 'na barba 'e nu barbone
(con voce tuonante)
e 'na voce **che rimbomba?**

O ce accoglie cu dolcezza?
ce fa pure nu sorriso
(con voce dolce)
e ce dice; **"Ueh, 'a bellezza!...
benvenuto in Paradiso!"**

Io me sonno tutt' 'a scena,
cu San Pietro, a fianco a fianco,
che Gli dice areto 'a schiena:
(con voce in sordina)
"Sta arrivann' pure Franco!"

(Dio, con voce tuonante)
**"Finalmente!... Quando passa?
Già mi stavo a preoccupà!"**
(S. Pietro, con voce giustificante)
"Ma 'a mugliera nun 'o lassa
pe' mannarlo.... all'aldiquà;

e s' 'o stregne forte, forte."
(voce femminile implorante)
"Nun me po' lassa' ccà sola,
e, si chesta adda esse' 'a sorte,
voglio di' qualche parola:

"Neh, Signo', Te voglio bene,
nun puo' farne stu dispietto,
tanto 'o core nun 'o tene,
si tu 'o cerchi dint' 'o pietto.

Chillo, 'o core, a me m'ha dato,
pecchè sulo a me... vvò bene,
chillo, a me... m'ha consegnato
e mò, isso,... m'appartene.

Si t' 'o puorte 'n Paraviso,
senza core,... è nu misfatto,
te conviene 'e fa' buon viso
si tu accietti chistu patto.

Io t' 'o porto,... pure 'o core,
che, 'o saje, nun t'appartiene,
si tu sciglie bona l' ora,
pe' ce fa' muri'...assieme.

T' 'o cunsegno, tutto 'o core,
si stasera me prommitt',
che ce fai muri' d'Ammore,
abbracciati, stritti - stritti;

e si ce puorti 'n Paraviso,
cu 'na mano dint' 'a mano,
e a San Pietro dai l'avviso:
(Dio, con voce tuonante)
"Nun 'e fa' durmi' luntani!"

• • •

Come morale della favola se ne
deducono varie conclusioni:

- 1) "Dio esiste!"
- 2) Non sappiamo ancora se ha la faccia di un barbone o se porta in mano un bastone, perchè Egli non può essere visto ma deve essere "sentito".
- 3) Adesso sappiamo, però, che Egli ha la voce tuonante, perché ci tiene ad apparire burbero e severo, ma, in fondo, è molto buono e ci perdona sempre, perché, in sostanza, Egli è Amore (dov' è Carità e Amore lì è Dio) e ci ha insegnato che è l' Amore a trionfare sempre."





Camilla Cavallaro

Sostituti del sale: una scelta low cost con grandi risultati.



L'utilizzo di sostituti del sale potrebbe essere una strategia a basso costo in grado di ridurre in maniera significativa il rischio di eventi cardiovascolari; questo è quanto emerge da uno studio cinese su larga scala pubblicato recentemente sul *New England Journal of Medicine*.

Una dieta ricca di sodio e povera di potassio è associata ad elevati valori di pressione arteriosa e ad un aumentato rischio di andare incontro a malattie cardiovascolari e morte prematura. I sostituti del sale sono prodotti in cui una percentuale del cloruro di sodio (NaCl) viene sostituita con cloruro di potassio (KCl); questa combinazione determina un miglioramento della regolazione dei valori pressori. Non è ad oggi chiaro però quali siano gli effetti benefici sul sistema cardiovascolare e l'impatto di questa scelta sulla mortalità.

Per rispondere a questa domanda Neal e colleghi hanno elaborato lo studio **Salt Substitute and Stroke Study (SSaSS)**; un trial randomizzato, open label, che ha coinvolto 600 villaggi della Cina rurale, per un totale di 20.995 pazienti, di età media 64 anni, ipertesi, con storia di ictus o con età >60 aa. I pazienti arruolati sono stati randomizzati 1:1 a ricevere con la dieta un sostituto del sale (contenente per il 75% NaCl e per il 25% KCl) vs sale normale (100% NaCl). Il follow-up è durato circa 4 anni.

L'outcome primario valutato è stata l'incidenza di ictus; sono stati poi valutati eventi cardiovascolari maggiori (tra cui ictus non fatale, sindrome coronarica acuta non

fatale, mortalità per tutte le cause). Come endpoint di sicurezza è stata invece valutata l'incidenza di iperkalemia.

RISULTATI: l'incidenza di ictus è risultata essere più bassa nei soggetti che assumevano sostituti del sale rispetto al sale normale (29.14 eventi vs. 33.65 eventi per 1000 persone/anno; $P=0.006$), e questo si è verificato anche per quanto riguarda l'endpoint degli eventi cardiovascolari maggiori (rate ratio, 0.87; 95% CI, 0.80 to 0.94; $P<0.001$) e la mortalità per tutte le cause (rate ratio, 0.88; 95% CI, 0.82 to 0.95; $P<0.001$).

Inoltre non si sono verificati eventi avversi legati all'iperkalemia, la cui incidenza non ha mostrato differenze signifi-

cative nei due gruppi ($P=0.76$).

Questo studio è stato presentato ed acclamato nella sessione Hot Line dell' European Society of Cardiology (ESC) Congress 2021. Si tratta del più importante studio di salute pubblica presentato al congresso, dimostra come un semplice modifica delle abitudini alimentari possa avere un significativo impatto sulla mortalità e sugli eventi cardiovascolari.

La domanda che rimane tutt'ora aperta riguarda l'applicabilità di questi risultati a popolazioni di differente nazionalità e abitudine alimentare; come commentato nella discussione del lavoro, infatti, la popolazione in esame aveva un introito di sale piuttosto elevato (4,5 g/die) rispetto alla popolazione occidentale (3,5 g/die). Il sostituto del sale potrebbe però costituire uno strumento importante e sicuro per il controllo dell'ipertensione nei paesi sottosviluppati con accesso limitato alle cure farmacologiche.

Possiamo quindi concludere che in una popolazione adulta con ipertensione non ben controllata l'utilizzo di sostituti del sale apporti un significativo beneficio in termini di ictus, eventi cardiovascolari maggiori e di mortalità. Si tratta quindi di una strategia semplice ed a basso costo, in grado di apportare un notevole beneficio per la salute cardiovascolare delle persone.

Lettere a Cuore e Salute

DOMANDA

Lavorare di notte fa fibrillare?

È vero che i turni lavorativi di notte aumentano il rischio di avere fibrillazione atriale?

Grazie.

Alessio N., Modena

RISPOSTA

Gentile Sig. Alessio, la fibrillazione atriale, in realtà, viene quando decide lei. Ciò nonostante, anche se noi non siamo in grado di prevedere il momento esatto della sua comparsa, sappiamo quali sono le condizioni che aumentano la probabilità del suo presentarsi. L'insorgenza di un episodio di fibrillazione richiede la contemporanea presenza di tre elementi: un substrato anatomico (la fibrosi, in genere secondaria alla dilatazione dell'atrio, che costituisce il "circuito elettrico" che causa l'aritmia) che è ovviamente sempre presente, le extrasistoli (che, essendo più precoci rispetto ai battiti normali, possono "attivare" il circuito) ed un ambiente neuroormonale facilitante tale attivazione. Tutte le condizioni che stressano l'organismo, come il lavoro notturno, possono aumentare il numero delle extrasistoli o predisporre il milieu neuroormonale avverso e quindi possono aumentare il rischio di un episodio aritmico.

Venendo allo specifico della sua domanda uno studio recentemente pubblicato sull'European Heart Journal ha appunto analizzato gli effetti del lavoro notturno sul rischio di fibrillazione atriale in circa 300.000 inglesi senza storia precedente di aritmie. Al termine dei 10 anni di osservazione si è rilevato che i turni notturni aumentavano del 12% il rischio dell'aritmia. Tale incremento cresceva al 18% se il lavoro notturno era costante nel tempo ed al 22% se i turni serali erano almeno 3 al mese. In particolare le donne erano a maggiore rischio degli uomini.

La risposta alla sua domanda è quindi che, effettivamente, i turni lavorativi di notte aumentano il rischio di avere fibrillazione atriale. Tale affermazione è d'altronde intuitivamente comprensibile, considerando che

l'essere umano non è programmato per essere operativo nelle ore in cui il suo fisiologico ritmo circadiano lo predispose, invece, al riposo.

Cordiali saluti.

Filippo Stazi



di Bruno Domenichelli

Filosofia del vino

Come “filosofia del vino” possiamo intendere genericamente la ricerca della saggezza insita nel bere vino. Un senso che vedremo allargarsi in una serie di riflessioni sulle abitudini dell’uomo di gustare il vino, sui rapporti non solo... palatali con quella che è stata definita la “bevanda degli dei”.

Cultura del bere e storia dell’uomo.

La cultura del bere è intensamente permeata da piaceri individuali e collettivi. Come afferma E. Hemingway, che di sbronze se ne intendeva: *“Il vino è uno dei maggiori segni di civiltà del mondo”*. Ritrovarsi convivialmente per bere crea profondi legami fra uomini che si riconoscono come appartenenti ad uno stesso gruppo. Brindisi collettivi hanno suggellato alleanze secolari fra i popoli. Nel medioevo il re beveva insieme ai propri sudditi. E dopo le battaglie i condottieri bevono con i propri soldati per riaccenderne l’entusiasmo e il coraggio.

Così lo scrittore J.L. Borges riassume la valenza del vino nella storia umana: *“...il vino fluisce rosso/ lungo mille generazioni/ come il fiume del tempo/ e nell’arduo cammino/ ci fa dono di musica/ di fuoco e di leoni...”*

Compartecipando alla storia dell’uomo il vino si fa così fonte continua di umanesimo.

Vino: ambiguità di un immaginario.

Il vino è catalizzatore di felicità individuale e di entusiasmi collettivi, protagonista di alleanze e tradimenti, di simposi filosofici e di orgiastici bacchanali. Un immaginario spesso polivalente. Vino sacro e vino profano, fra riti religiosi e abbruttimenti da taverna, sublimazioni mistiche e degradazione, teofanie e allucinazioni zooptiche. Vino come fonte di gioia



E. Hemingway che di sbronze...



Velasquez. *Los borrachos*.
Ma i poeti cantano anche la turpitudine dell'ubriachezza...
"Tre ubriachi rendono eterni/gesti di vino e di lutto"
(Garcia Lorca)

more: il Simposio. Nei convivii dei filosofi il vino poteva essere bevuto liberamente, pur di non superare mai la "giusta misura", entro la quale era possibile conservare libertà di pensiero e consapevolezza. Si delinea così il concetto di "giusta misura", che caratterizza ogni aspetto della cultura della Grecia clas-

e di dolore, di ispirazione artistica e di canti da osteria, raffinata esaltazione del pensiero e avvillimento dell'essere; simbolo di spiritualità e di corporeità, di felicità e di disperata solitudine.

Il vino ti può condurre al cospetto degli dei o dritto all'inferno. Vino: trapasso imprevedibile fra allegria e tristezza, salute e malattia, amicizia e aggressività. Eros e vino: imprevedibile viraggio fra esaltazione dei sensi e implacabile inibizione.

Il vino nella filosofia.

I filosofi hanno analizzato in modo ambivalente il rapporto dell'uomo col vino.

Per i pitagorici, bere vino era concesso solo nella mensa comune serale. Il coppiere continuava poi a mescere vino dopo cena, senza eccessi, come bevanda favorevole alle meditazioni filosofiche.

Platone esprime la sua filosofia sul vino nel dialogo sull'a-

sica, in cui l'eleganza della "misura" si esprime nella vita e nelle arti come armonia e bellezza. Diversa è la posizione filosofica sul vino di Aristotele, pragmatico e sperimentale. Per lui, bere vino, lungi dal facilitare la manifestazione delle verità nascoste nell'individuo, può solo sviare il retto svolgersi del pensiero.

Dalla filosofia alla medicina il passo è breve. A raccomandare una "dose moderata" di assunzione di alcolici, sono oggi i cardiologi, consapevoli che un'assunzione moderata di alcol esercita un buon effetto preventivo sulla patologia cardiovascolare. Ma la riflessione filosofica di Platone sul vino va oltre, quando il filosofo afferma che una lieve condizione di ebbrezza apre la possibilità per un'espressione più sincera delle convinzioni più profonde. Bere vino diviene allora strumento facilitante per la ricerca e l'espressione di "verità" altrimenti difficilmente attingibili. La discussione filosofica si dipana così più libera e fluida e la conversazione si svolge in una dimensione dialettica simile al furore dionisiaco, come se a parlare per bocca del filosofo fossero gli stessi dei. Il logos, libero dalle inibizioni della razionalità, può fare allora luce sul pensiero degli dei. Oggi diremmo che il vino, rendendo più labili i freni inibitori del controllo dell'io sull'inconscio, facilita l'emersione alla coscienza dei contenuti mentali rimossi. Socrate e Platone avevano forse già intuito, due millenni prima di Freud, i meccanismi della psicoanalisi!

In vino veritas.

Con il dono del vino, Dioniso offre all'uomo la chiave per la ricerca della verità dell'irrazionale e del divino nascosto nell'animo umano. È questo il senso del motto popolare "In vino veritas".

“Un buon gocchetto m’arillegra er core.../ Nun vedo più nessuno/ e in quel momento/ dico le cose come me le sento” (Trilussa).

Nel 1845 Kierkegaard scrive un’originale operetta dal titolo *“In vino veritas”*, nella quale gli amici cercano di raggiungere la “verità” filosofica banchettando e bevendo vino. Per esprimere le proprie idee ognuno doveva *“avvertire la potenza del vino e di essere in quello stato nel quale si dice molto di ciò che altrimenti uno non avrebbe nessuna voglia di dire*. Il difficile era bere sino ai limiti dello sragionamento, ma senza mai naufragare nell’insensatezza. Secondo Pascal: *“Troppo vino o troppo poco: se non glie ne date non può trovare la verità, se glie ne date troppo neppure”*.

Ma già Alceo aveva intuito che il vino apre le porte alla scoperta dell’Io: *“Il vino è il mez-*

zo per guardare nell’uomo” e Omero aveva descritto nell’*Odissea* l’effetto positivo del vino: *“Il vino mi spinge, il vino folle/ che fa cantare anche l’uomo più saggio/ e lo fa ridere mollemente/ e lo costringe a danzare...”/come volete”*.

Suggestionati da Platone, alcuni di noi andranno forse con la memoria a occasionali esperienze personali, in cui, sull’onda del vino, abbiamo indugiato sulla soglia dell’euforia, sperimentando uno stato psicologico capace di facilitare l’esplorazione della sfera dell’inconscio. E cadremo forse nella tentazione di ripetere innocenti incursioni sul confine dell’irrazionale, nella prospettiva ammiccante di gettare occhiate furtive nelle profondità altrimenti insondabili dell’essere.

Sacralità del vino.

Una storia, quella del vino,

spesso intrecciata col sacro, nella storia dell’umanità.

Dall’Egitto giunge in Grecia Dioniso, portando con sé il dono del vino; e il vino diviene il “nettare degli dei”, capace di infondere mirabili energie vitali. Con Dioniso-Bacco, il vino comincia a rivelare la sua doppia natura, come apportatore di vitalità e insieme come fonte di potenziale annientamento. Al colmo dei riti dionisiaci, di cui era protagonista il vino, era possibile fare esperienza dell’estasi dionisiaca, fonte di nuove forme di conoscenza, ma anche della violenza fatale delle Baccanti. Uscire da sé, dopo avere bevuto il “nettare degli dei” era passare dalla terra al cielo, toccare con mano l’illusione di poter trascendere i limiti della propria natura umana, di essere egli stesso un dio e di poter parlare il suo stesso linguaggio.

Il vino è protagonista in numerosi episodi anche nel Vecchio Testamento. Noè introduce la coltivazione della vite: *“Piantò una vigna, ne bevve il vino e si inebriò”* (Genesi). Anche la ricorrenza della fuga degli Ebrei dall’Egitto è celebrata col vino e spesso nella Bibbia il vino è simbolo di gioia: *“Il vino è come la vita, per gli uomini, purché tu*



Alceo, il poeta del vino

lo beva con misura". *"Il vino fu creato per la gioia degli uomini". Allegria del cuore e gioia degli uomini è il vino, bevuto a tempo e a misura". (Siracide 31,27)*

Nel Cristianesimo il vino diviene simbolo di salvezza in quanto sangue di Cristo. Non è casuale che il primo miracolo di Gesù sia la trasformazione dell'acqua in vino alle nozze di Cana. Gesù stesso, dice Luca, beveva vino perché "mentre c'è lo sposo bisogna far festa". E nell'ultima Cena, Gesù prende il calice del vino e l'offre ai discepoli dicendo: *"Bevetene tutti perché questo è il mio sangue dell'alleanza"*.

"Io sono la vera vita, e il Padre mio è il vignaiolo... Io sono la vite, voi i tralci". Ma anche nel cristianesimo il vino rivela presto la sua dimensione ambivalente. Isaia (28,11) condanna infatti gli ubriachi *"storditi dal vino"* e si scaglia contro *"sacerdoti e profeti che barcollano... e affogano nel vino... mentre hanno visioni"*.

Sant'Agostino sottolinea più volte la necessità di un'etica dell'astinenza. Nei grandi monasteri medievali il vino è presente, ma sottoposto a precise e rituali limitazioni.

Vino e amore.

Nella Bibbia il Cantico dei Cantici riveste il sacro di poesia. È il canto dove amore spirituale ed attrazione fisica trovano la loro perfetta fusione. Ed è proprio l'immaginario poetico del vino a rivestire di suggestioni terrestri e divine l'amore dei due protagonisti. Metafore legate al vino e all'uva intridono di naturalistica realtà l'intensità e insieme la semplicità verginale dell'eros che pervade i due giovani:

"Mi siano i tuoi seni/ come grappoli d'uva./ Il tuo palato come ottimo vino..."

" Il tuo ombelico è una coppa



Dal "Cantico dei cantici". Bibbia.
"... siano i tuoi seni/come grappoli d'uva"
"...il tuo ombelico/ è una coppa rotonda/dove non manca mai/ vino aromatizzato..."

rotonda/ dove non manca mai vino aromatico."

"...quanto sono soavi le tue carezze... mia sposa.. quanto più deliziose del vino..."

"Mi baci con i baci della tua bocca./ Sì, le tue tenerezze sono più dolci del vino."

Anche nei lirici greci la dolcezza dell'amore si coniuga con il piacere del vino:

Anacreonte: *"... bevvi avidamente un'anfora di vino;/ ora l'amata cetra tocca con dolcezza./ E canto amore alla mia fanciulla"*.

Ma il vino può essere anche la tomba dell'eros: *"Il vino suscita il desiderio/ ma ne impedisce l'attuazione."* (W. Shakespeare)

Il vino come metafora poetica.

Il vino stimola la creatività. Il suo effetto euforizzante facilita infatti l'emergere alla coscienza di immagini, associazioni di idee e ricordi:

"(Il vino) è come una carezza segreta/ che mi risveglia ricordi." (J.Joyce)

"Il vino è la poesia della terra" (Mario Soldati).

Oltre all'amore, il vino evoca nella poesia amicizia e felicità, malinconia e oblio, consolazione per la caducità umana e sollievo per il male di vivere.

Alceo: *“Bevi ed inebriati con me, Melanippo./ Che pensi?/ Valicato l'Acheronte vorticoso/ non tornerai più a vedere la luce pura/ del sole...”*

Pindaro: *“Il vino eleva l'anima e i pensieri/ e le inquietudini/ si allontanano dal cuore dell'uomo...”*

Omero (Iliade): *“Mesci più puro il vino, dà la coppa a ciascuno,/ sono qui, sotto il mio tetto gli uomini a me più cari”.*

Nell'antica Roma il principale cantore del vino è Orazio, che usa le immagini del vino come metafore della sua filosofia esistenziale. Il vino si fa allora segno e strumento di felicità, pienezza esistenziale e saggezza. Orazio sceglie il vino come compagno dei momenti conviviali dell'amicizia: *“Nunc est bibendum”*. O come consolatore nell'affrontare l'attimo fuggente della vita: *“Sii saggia, filtra il vino... cogli l'attimo / e non curarti del domani”*.

Amicizia: *“Tu sei, vino di vita,/ amicizia degli esseri.../ Amo sulla tavola/ quando si conversa/ la luce di una bottiglia/ di intelligente vino.”*(Neruda)

“Il vino aggiunge un sorriso all'amicizia/ e una scintilla all'amore.” (E. de Amicis)

Consolazione: *“Il vino è il più certo e il più efficace consolatore.”* (Leopardi)

Al vino possiamo chiedere anche la profezia: *“Vino, insegnami come vedere/ la mia storia* (J.L. Borges)

Ma i poeti cantano anche la turpitudine dell'ubriachezza: *“Tre ubriachi rendono eterni/ gesti di vino e di lutto.../ Quei tre ubriachi cantano nudi.”* (G. Lorca). Versi che introducono il tema doloroso dell'alcoolismo cronico, in cui si intrecciano aspetti di patologia organica, di predisposizione psicologica e motivazioni sociali.

Il vino è anche fonte di ironia. Se è vero che “il riso fa buon sangue”, l'abbinamento vino-buon umore è un'ulteriore garanzia di salute per il corpo e per la mente. Ciò che integra compiutamente la “filosofia del bere”, è la presenza di amici con cui condividere il godimento del bere e dell'ozia-re. *“Amicizia è un bicchiere di vino centellinato insieme, senza parole, di fronte al caminetto”* (B. Domenichelli).

La “cultura del bere vino”, che potremmo considerare come “patrimonio culturale dell'umanità”, va quindi ben oltre il puro valore commerciale del vino. Una cultura che dovremmo oggi cercare di recuperare, come facente parte di uno stile di vita che sia valido antidoto allo stress dell'attuale frenesia del vivere e della cultura imperante del fast food e di ricordarci che il vino è *“qualcosa di mezzo fra un'opera d'arte e un essere vivente”*. (Mario Soldati)

La defibrillazione elettrica del cuore

A luglio 2021, dopo molti anni di gestazione, è tornata alla ribalta in tutta Italia, grazie a una legge parlamentare, la pratica della defibrillazione elettrica in chi “cade come corpo morto cade”, così per onorare il pluricentenario dantesco. Molti che seguono le cronache sanno di cosa si tratta ma un ripassino onde avere chiara la problematica, che dopo questa disposizione legislativa coinvolgerà sia la sanità che i sindaci e i loro sottoposti, credo sia opportuno.

Un secolo fa si sapeva e si accettava, con un certo fatalismo, che l'ultima Parca tagliasse il filo della vita anche improvvisamente. Poteva succedere pure nelle persone giovani, come avvenne una volta durante un banale intervento di appendicectomia. L'anestesista informò il chirurgo che il cuore del ragazzo sotto i ferri si era fermato e mentre l'operatore, rassegnato, si stava già sfilando i guanti, un assistente, cui da tempo frullavano nella mente certe idee sui rapporti fra cuore ed elettricità, chiese al chirurgo di allargare la ferita mentre lui, presi due fili elettrici collegati alla corrente, li appoggiò sul cuore provocandovi la scossa. Il cuore e la circolazione dell'operando si rimisero in moto ma soprattutto la Medicina tutta apprese un nuovo rimedio vitale, la defibrillazione cardiaca. Si costruirono subito apparecchi ben diversi da quei due fili artigianali, sempre più maneggevoli, con vari bottoni di comando, un display dell'elettrocardiogramma e le piastre da appoggiare sul torace senza doverlo aprire. L'indicazione allora era l'arresto cardiaco, ma poi risultò utile an-



Piacenza

che per riconvertire una fibrillazione degli atri al loro ritmo normale.

Molti anni dopo quel singolare episodio a un israeliano operante a New York, Michel Mirowski, colpito psicologicamente dall'improvvisa scomparsa di un amico e collega, venne una nuova idea, altrettanto rivoluzionaria di quella del pioniere dei fili elettrici: costruire un defibrillatore, grande quanto un pacemaker, da applicare sottopelle ai pazienti che corrono quel rischio vitale. Ostacolato da molti che la ritenevano un'impresa impossibile, egli la realizzò nel 1980, dopo ben dieci anni di ricerche sull'animale. Oggi con l'acronimo di ICD e raggiunte le dimensioni sperate è divenuto il più efficace salvavita per milioni di cardiopatici nel mondo.

Da allora molte Sanità dei paesi più sviluppati si sono poste il problema di salvare anche quei casi che inaspettatamente, addirittura di non cardiopatici ai controlli medici come alcuni atleti, possono subire l'arresto cardiaco improvvisamente. In molte città, come nella nostra Piacenza, si sono organizzate postazioni di defibrillatori nei punti dove maggiori



LEGGE DEFIBRILLATORI OK FINALE DEL PARLAMENTO



sono gli assembramenti e il rischio di tali evenienze, ovviamente accessibili ai vigili urbani, del fuoco e ai volontari addestrati alla rianimazione e sempre all'erta. I risultati ci sono stati ma non secondo le aspettative; le cifre sono molto variabili da città a città, secondo i vari tipi di organizzazione, ma tutte purtroppo su valori bassi: la defibrillazione è stata possibile in non oltre il 30% dei soccorsi e il ritorno alla vita dopo il ricovero è rimasta inferiore al 10%. Con un costo-beneficio, come si può intuire, piuttosto disarmante, a dirla tutta un mezzo fallimento. I presupposti di questi scarsi risultati sulle persone che svengono purtroppo c'erano tutti, e li possiamo così elencare: 1) la stragrande maggioranza dei malcapitati (oltre 60.000 in Italia e 400.000 in Europa), di qualsiasi età e sesso, subisce l'insulto in casa o in luoghi non

prospicienti l'ospedale; 2) i tempi fra la chiamata e l'arrivo dei soccorritori sono sempre troppo lunghi e in contrasto con le necessità del nostro cervello; 3) il tempo utile precedente la rianimazione si calcola in minuti, poiché ogni minuto riduce del 10% la possibilità di salvare chi è stato colpito da un arresto cardiaco.

Nonostante tali limiti e le difficoltà organizzative, la prevenzione e gli interventi medici, nonché la sensibilità dei nostri legislatori, hanno continuato, sia pure con lentezza, a riservare una certa attenzione al problema. Già nel 2019 la deputata Leda Volpi, medico lei stessa, propose di corredare di defibrillatori le aule del Parlamento, previo addestramento rianimatorio del personale assistente. Lei, con perfetta conoscenza del problema medico, delle esperienze realizzate

in molte realtà e preoccupata della presenza di molti onorevoli con più legislature, indicava la necessità di adeguarsi ai progressi medici. Peccato che la presentasse come una soluzione sanitaria pro domo sua e non per tutto il paese. Dando la stura anche a qualche malignità sul fatto che le nostre Camere, secondo i riformatori, sono già troppe e sovrappopolate (!). Fortunatamente a distanza di due anni, un tempo non disdicevole secondo le abitudini nazionali, promotore il Sottosegretario alla Difesa Giorgio Mulé, è stata approvata all'unanimità e in via de-

finitiva una legge che prevede la diffusione dei defibrillatori ovunque sia più probabile o possibile una "morte improvvisa": luoghi pubblici, centri sportivi e assembramenti vari, comprese le riunioni di onorevoli, spesso agitati.

Non conosco il testo della legge ma spero preveda come affrontare il complicato problema organizzativo delle molte persone all'erta, necessariamente non coincidenti con chi lavora nella sanità e che si rendono disponibili a soccorrere. Questi si troveranno a dover usare il defibrillatore, che anche se non è una Ferrari, come tutti gli elet-

trodomestici ha però bisogno di essere conosciuto e provato. Con l'aggravante che codesti profani, benemeriti ma ignoranti di medicina, dovranno imparare che una persona svenuta può esserlo per un semplice abbassamento di pressione, per il quale è sufficiente metterla orizzontale, ma anche per una linea piatta dell'elettrocardiogramma.

Un minimo quindi di scuola rianimatoria, e pure di sangue freddo, nonché di conoscenza dei bottoni da premere diviene indispensabile.

Non sarà facile da attuare tutto questo ambaradàn su scala nazionale, con i tanti "esperti" che si propongono e che ricordano spesso i pulcini di Thomas Eliot, i quali quando diventavano galli credevano che il sole si levasse per sentire il loro canto. Se mi posso tuttavia permettere un consiglio, non più da rianimatore, piuttosto da nonno attento, credo si debba fare affidamento soprattutto sui giovani, meno condizionati da molte remore, abituati fin da bimbi alle playstation e più bravi nel maneggiare tutti i moderni marchingegni digitali.



IL CUORE IN CUCINA

di Marina Andreani



Pancake

Ingredienti per 4 persone:

120 ml. di albume d'uovo
50 gr. di farina integrale o avena
15 gr. di zucchero di canna
1 cucchiaino raso di lievito
1 pizzico di cannella o vaniglia
1 pizzico di sale

Preparazione

Mettere in un'insalatiera tutti gli ingredienti escluso l'albume e mescolare con una frusta. A parte montare a neve gli albumi e quando saranno bianchi e spumosi incorporateli delicatamente al composto, con movimenti dall'alto verso il basso, per evitare di smontarli. Mettete a scaldare su fuoco medio una padella antiaderente e, se necessario, ungete con poco di olio da spandere sulla superficie con l'aiuto di carta da cucina. Versate al centro del pentolino un mestolo di preparato.

Quando inizieranno a comparire delle bollicine in superficie e la base sarà dorata, giratelo sull'altro lato per mezzo di una spatolina, come se fosse una crepe o una frittata, quindi fate dorare a sua volta anche l'altro lato, dopodiché il pancake sarà pronto. Proseguite così con il resto dell'impasto e mano a mano disponete i pancake su un piatto da portata, impilateli uno sopra l'altro. Con queste dosi dovrebbero formarsi all'incirca 6/10 pancake. Serviteli caldi e cosparsi di sciroppo d'acero o zucchero a velo. Si consiglia di consumare subito i pancake, oppure di conservarli in frigorifero per un giorno al massimo. Si sconsiglia la congelazione.

Buon Appetito!

aforismi

Solo gli ottusi sono brillanti la mattina a colazione.

> *Oscar Wilde*

La libertà non sta nello scegliere fra bianco e nero, ma nel sottrarsi a questa scelta prescritta.

> *Th. W. Adorno*

Non sa niente e crede di sapere tutto. Questo fa chiaramente prevedere una carriera politica.

> *George B. Shaw*

Intuizione: quello strano istinto che dice a una donna che ha ragione. Sia che ce l'abbia o no.

> *Anonimo*

Siamo tutti appesi a un filo. E io sono anche in sovrappeso.

> *Franco Zuin*

La buona società è una cosa necessaria: farne parte è solo una gran noia ma esserne fuori è una tragedia.

> *Oscar Wilde*

Colui che crede in se stesso vive con i piedi fortemente appoggiati su una nuvola.

> *Ennio Flaiano*

Una volta si diceva: "Piove, governo ladro!" Oggi l'assunto è valido anche col bel tempo.

> *Enrico Vaime*

L'umorismo è l'arte di sfiorare senza insistere.

> *Vladimir Jankelevitch*

Bisognerebbe tentare di essere felici, non fosse altro per dare l'esempio.

> *Jacques Prévert*

La storia insegna che la storia non insegna nulla.

> *Alessandro Morandotti*

La donna che si sforza di essere come un uomo manca di ambizione.

> *Arthur Block*

Il sordo peggiore di quello che non vuol sentire è quello che non ti fa aprire bocca perché è convinto di sapere già tutto.

> *Dino Basili*

Meglio essere pazzo per conto proprio, anziché savio secondo la volontà altrui.

> *Friedrich Nietzsche*

Se hai paura di fare una cosa, pensa che sicuramente un idiota la farà al posto tuo.

> *Helenio Herrera*

La vanità è il primo interesse e il primo piacere della gente ricca.

> *Luc de Clapiers*

L'arte è un investimento di capitali, la cultura un alibi.

> *Ennio Flaiano*

Questo è il mio appartamento. Ti piace? È arredato in stile invernale. E come è d'estate?

Con le finestre aperte.

> *Judd Hirsh*

Non è che ho paura di morire. È che non vorrei essere lì quando questo succede.

> *Woody Allen*

La morte è una vecchia storia, ma ad ognuno riesce nuova.

> *Ivan Turgenev*

CENTRO PER LA LOTTA CONTRO L'INFARTO S.R.L.

Via Pontremoli, 26 - 00182 Roma • Rea • RM 902057 •

Capitale sociale Euro 102.775,00 i.v. • C.F./Reg.Imp. 05621101004

BILANCIO AL 31/12/2020

STATO PATRIMONIALE

ATTIVO	31-12-2020	31-12-2019
B) Immobilizzazioni		
I - Immobilizzazioni immateriali	39.398	37.744
II - Immobilizzazioni materiali	365.161	411.351
TOTALE IMMOBILIZZAZIONI (B)	404.559	449.095
C) Attivo circolante		
II - Crediti		
- esigibili entro l'esercizio successivo	444.226	530.255
- esigibili oltre l'esercizio successivo	43.091	43.091
Totale crediti	487.317	573.346
IV - Disponibilità liquide	225.447	233.396
TOTALE ATTIVO CIRCOLANTE (C)	712.764	806.742
D) Ratei e risconti	854	364
Totale attivo	1.118.177	1.256.201

PASSIVO	31-12-2020	31-12-2019
A) Patrimonio netto		
I - Capitale	102.775	102.775
IV - Riserva legale	4.577	1.567
VII - Altre riserve	337.000	337.000
VIII - Utili (perdite) portati a nuovo	82.323	25.133
IX - Utile (perdita) dell'esercizio	(123.583)	60.199
TOTALE PATRIMONIO NETTO	403.092	526.674
C) Trattamento di fine rapporto di lavoro subordinato	68.159	57.416
D) Debiti		
esigibili entro l'esercizio successivo	613.411	638.596
esigibili oltre l'esercizio successivo	33.515	33.515
TOTALE DEBITI	646.926	672.111
Totale passivo	1.118.177	1.256.201

CONTO ECONOMICO
31-12-2020
31-12-2019
A) Valore della produzione:

1) ricavi delle vendite e delle prestazioni	1.990.352	2.316.734
5) altri ricavi e proventi		
altri	72.819	64.552
Totale altri ricavi e proventi	72.819	64.552
TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE	2.063.171	2.381.286

B) Costi della produzione:

6) per materie prime, sussidiarie, di consumo e di merci	815	
7) per servizi	1.403.608	1.623.408
8) per godimento di beni di terzi	253.168	221.157
9) per il personale:		
salari e stipendi	332.737	283.324
oneri sociali	97.520	83.686
c), d), e) trattamento di fine rapporto, trattamento di quiescenza, altri costi del personale	25.373	20.704
c) trattamento di fine rapporto	22.844	18.616
e) altri costi	2.529	2.088
Totale costi per il personale	455.630	387.714
10) ammortamenti e svalutazioni:		
a), b), c) ammortamento delle immobilizzazioni immateriali e materiali, altre svalutazioni delle immobilizzazioni	49.156	50.652
a) ammortamento delle immobilizzazioni immateriali	1.646	3.446
b) ammortamento delle immobilizzazioni materiali	47.510	47.206
Totale ammortamenti e svalutazioni	49.156	50.652
14) oneri diversi di gestione	18.232	20.245
TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE	2.180.609	2.303.176
DIFFERENZA TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A - B)	(117.438)	78.110

C) Proventi e oneri finanziari:




16) altri proventi finanziari:		
d) proventi diversi dai precedenti		
altri	432	403
Totale proventi diversi dai precedenti	432	403
Totale altri proventi finanziari	432	403
17) interessi e altri oneri finanziari		
altri	3.198	2.640
Totale interessi e altri oneri finanziari	3.198	2.640
17bis) interessi e altri oneri finanziari	(714)	(72)
Totale proventi e oneri finanziari (15 + 16 - 17 + - 17-bis)	(3.480)	(2.309)

Risultato prima delle imposte (A - B + - C + - D)	(120.918)	75.801
22) imposte sul reddito dell'esercizio, correnti, differite e anticipate imposte correnti	2.665	15.602
Totale delle imposte sul reddito dell'esercizio, correnti, differite e anticipate	2.665	15.602
23) Utile (perdita) dell'esercizio	(123.583)	60.199

Sostenete e diffondete

Cuore e Salute

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

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



MODULO PER ISCRIVERSI ALLA FONDAZIONE O PER ISCRIVERE UN AMICO

DESIDERO: ISCRIVERMI RINNOVARE L'ISCRIZIONE ISCRIVERE UN AMICO AL

CENTRO PER LA LOTTA CONTRO L'INFARTO - FONDAZIONE ONLUS

COGNOME NOME

CODICE FISCALE

VIA CAP CITTÀ

PROV. NATO A. IL

E-MAIL CELL

(*) nominativo di chi offre Cuore e Salute

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

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

AI NOSTRI LETTORI

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

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



Centro per la Lotta contro l'Infarto
Fondazione Onlus

Capire per prevenire

5X1000

LA NOSTRA RICERCA HA BISOGNO DEL TUO AIUTO!

Una scelta che fa bene al cuore

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

COME DESTINARE IL TUO 5 X1000

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

Firma per la prevenzione

oppure

Firma per la ricerca

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

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

FIRMA

Maria Rossi

Codice fiscale del beneficiario (eventuale)

97020090581

Finanziamento della ricerca scientifica e della università

FIRMA

Mario Rossi

Codice fiscale del beneficiario (eventuale)

97020090581

SEGUICI SU: www.centrolottainfarto.com

Auguri sinceri di un sereno Natale
e un felice Anno nuovo
dallo staff di *Cuore e Salute*

