

Cuore e Salute

N. 10-12 Ottobre-Dicembre 2023

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

Dominique Vivant Denon. Il padre del Louvre

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



Centro per la Lotta contro l'Infarto
Fondazione Onlus

Capire per prevenire

5X1000

LA NOSTRA RICERCA HA BISOGNO DEL TUO AIUTO!

Una scelta che fa bene al cuore

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

COME DESTINARE IL TUO 5 X1000

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

Firma per la prevenzione

oppure

Firma per la ricerca

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

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

FIRMA *Mario Rossi*

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

Finanziamento della ricerca scientifica e della università

FIRMA *Mario Rossi*

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

SEGUICI SU: www.centrolottainfarto.it



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 40^a edizione. Il congresso rappresenta ormai da molti anni uno dei principali eventi cardiologici nazionali.

RICERCA SCIENTIFICA

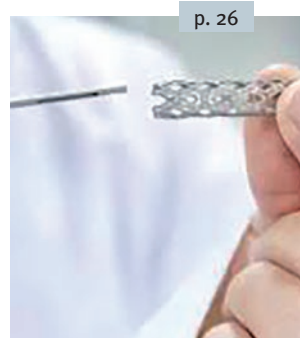
Il CLI ha avviato un innovativo programma di ricerche sperimentali rivolte a prevenire ed individuare le cause e i meccanismi dell'infarto. Il programma, che comprende tre filoni: la prevenzione, il riconoscimento delle cause ed il miglioramento delle cure, prevede l'applicazione di strumentazioni d'avanguardia 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. 10-12/2023

- 4 • **Una telefonata allunga la vita ma fa salire la pressione**
Filippo Stazi
- 7 • **Pedalando con il cuore** Filippo Stazi
- 9 • **Dominique Vivant Denon, il padre del Louvre**
Paola Giovetti
- 12 • **I ponti miocardici e quello sullo stretto** Eligio Piccolo
- 14 • **Poesia ricreativa. Stelutis Alpinis, stelle alpine [E.P.]**
- 15 • **Carolina e Antonietta, sorelle regine** Alberto Dolara
- 19 • **Qualche secondo di buon umore**
- 20 • **Poesia latina e relazione di coppia** Giorgio Bottero
- 22 • **Nun sai c'a l'ospedale ce se more? Er medico de Roma [F. S.]**
- 23 • **Meglio, onestamente, non era possibile fare** Filippo Stazi
- 26 • **CCC 2023**
Dati a lungo termine dell'ISCHEMIA trial
Alessandro Battagliese intervista Leonardo Bolognese
Sindrome di Tako-Tsubo: caratteristiche cliniche e prognostiche nei due sessi
Filippo Brandimarte intervista Enrico Natale



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

Direttore Responsabile
Filippo Stazi

Vice Direttori
Eligio Piccolo
Francesco Prati

Coordinamento Editoriale
Marina Andreani

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

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

Ufficio abbonamenti e pubblicità
Maria Teresa Bianchi

Progetto grafico e impaginazione
Valentina Girola

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

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



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

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

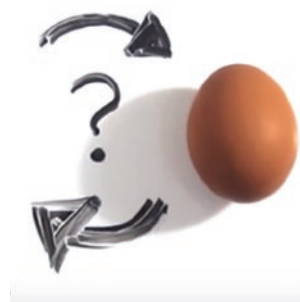
Amministrazione
*Centro per la Lotta contro
l'Infarto - Srl*
Via Pontremoli, 26 - 00182 Roma
Tel. 06.3230178 - 06.3218205
Fax 06.3221068
c/c postale n. 64284003



- 37 • **Il fumo dopo gli off limits** Eligio Piccolo
- 40 • **Quaderno a Quadretti** Franco Fontanini
- 43 • **Caldo e mortalità** Aldo Di Giulio
- 46 • **Ipertensione ed epistassi: uovo o gallina? [F.S.]**
- 47 • **Dal sito del CLI**
Nuove frontiere dell'elettrostimolazione: il pacemaker bicamerale senza fili Filippo Brandimarte
Nuove frontiere per il trapianto cardiaco: l'utilizzo di cuori provenienti da donatori deceduti per arresto cardiocircolatorio Camilla Cavallaro
- 52 • **Ciao Vito**
- 53 • **Lettere a Cuore e Salute**
- Le diete che proteggono il cuore Filippo Stazi
- 54 • **Poesie in camice [Alessandro Fontanelli]**
- 55 • **Conoscere e Curare il Cuore 2024**
- 60 • **Aforismi**
- 62 • **Bilancio**



p. 46



p. 47



Preghiera di Sir Robert Hutchinson

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

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

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

di Filippo Stazi



Una telefonata allunga la vita ma fa salire la pressione

Se scopri di avere la pressione alta e vai dal medico è probabile che tu già sappia cosa ti sentirai dire: smetti di fumare, cala di peso, mangia sciatto, fai più attività fisica. In futuro però potresti sentire anche un'ulteriore raccomandazione: usa poco il cellulare.

Il primo telefonino fu realizzato in America da Martin Cooper, ingegnere della Motorola, che inaugurò l'epoca della telefonia mobile il 3 aprile 1973 con una chiamata dalle strade di New York. Il cellulare in questione era grande quanto un citofono, pesava più di 1 kg e si ricaricava in 10 ore, scaricandosi dopo appena mezz'ora di utilizzo. Bisognò poi attendere 10 anni prima che Motorola, il 6 marzo del 1983, mettesse in commercio i primi cellulari "per tutti". Erano i DynaTAC, ancora molto ingombranti e pesanti (poco meno di 1 kg) e soprattutto molto costosi (4.000 dollari). Negli anni 90 arrivarono i primi telefonini dalle dimensioni "tascabili". I nuovi modelli erano economicamente accessibili e avevano parecchie ore di autonomia. Solo che, a differenza dei cellulari di oggi, servivano "soltanto" per telefonare. Poi, poco alla



Martin Cooper

volta, si aggiunsero le altre funzioni come la calcolatrice, la sveglia e i giochi. Il 1993 è l'anno del primo invio di un sms da telefonino a telefonino. Tra gli anni Novanta e l'inizio del Duemila si diffondono gli apparecchi in grado di connettersi a internet. I primi vennero prodotti dalla BlackBerry e con essi si potevano inviare mail. Poi fu la volta dei modelli con fotocamera, radio e lettore mp3 e tra il 2005 e il 2006 apparvero i primi telefonini con connessione Wi-Fi. Infine, nell'estate del 2007, Steve Jobs lanciò il primo iPhone, ricchissimo di applicazioni e dotato di un avveniristico schermo "multi-touch" e il mondo, non solo quello degli smartphone, cambiò per sempre.

Probabilmente nessuno in quegli anni fu in grado di prevedere l'impatto che questi nuovi gioielli tecnologici avrebbero esercitato sulla vita di ogni essere umano e sicuramente nessuno poteva all'epoca ventilare un legame tra il telefonino e la pressione alta. Rapporto che, invece, viene ora ipotizzato da uno studio cinese della Southern Medical University di Guangzhou, recentemente pubblicato sull'European Heart Journal - Digital Health. Gli autori della ricerca hanno valutato 212.046 adulti senza storia di ipertensione (età media, 54 anni; 62% donne) inclusi nel database della Biobank del Regno Unito. Le informazioni sull'utilizzo del telefono cellulare per effettuare e ricevere chiamate sono state raccolte tramite un questionario auto-riportato al basale, inclusi gli anni di utilizzo, le ore settimanali e l'impiego di un dispositivo vivavoce/altoparlante.

La stragrande maggioranza (88%) dei partecipanti erano utenti di telefoni cellulari, ossia utilizzavano il telefonino almeno una volta alla settimana. Durante un follow-up mediano di 12 anni, 13.984 (7%) partecipanti hanno sviluppato ipertensione. Chi utilizzava il cellulare presentava un aumento del 7% del rischio di comparsa di pressione alta rispetto a chi ne faceva a meno. Gli anni di utilizzo del cellulare e l'uso di un dispositivo vivavoce/altoparlante non erano significativamente correlati allo sviluppo dell'ipertensione a differenza, invece, del tempo di utilizzo del telefonino. Lo studio ha infatti dimostrato che chi trascorre al telefono almeno mezz'ora alla settimana ha un rischio aumentato del 12% di sviluppare ipertensione rispetto a un utilizzo settimanale inferiore a 5 minuti. Tale rischio



sale invece al 25% se l'utilizzo settimanale supera le 6 ore. I risultati sono simili sia nelle donne che negli uomini.

Lo studio non era assolutamente progettato per stabilire un nesso causale tra telefonino ed ipertensione ed i suoi risultati devono essere quindi intesi solo come generatori di ipotesi. Inoltre i meccanismi attraverso cui i telefonini potrebbero indurre la comparsa d'ipertensione non sono al momento assolutamente chiari, anche se è noto che i cellulari emettono bassi livelli di energia a radiofrequenza e stanno emergendo dati che mostrano un'associazione, sia pure solo per il momento dopo un'esposizione a breve termine, tra tale emissio-

ne e un aumento della pressione del sangue.

Personalmente sono più portato a credere ad un eventuale effetto sul versante psicologico. I

coltà e nelle emergenze. Nello stesso tempo, però, ci impediscono di rilassarci pienamente. Con il telefonino acceso problemi e scocciature sono sempre

nessere emotivo. Per tale motivo non sarebbe sorprendente se lo stato di tensione che ne può derivare, specie se ripetuto e protratto nel tempo, si ripercuotesse in un aumento del rischio d'ipertensione, anche considerando che la pressione arteriosa, in fondo, altro non è che un anello di congiunzione tra corpo e animo e risente direttamente delle alterazioni sia dell'uno che dell'altro.

Massimo Lopez nel celebre spot della SIP del 1994 ha persuaso gli italiani che "una telefonata allunga la vita" e nel suo caso di condannato a morte che rinviava l'esecuzione grazie all'ultima telefonata era indubbiamente vero ma nelle condizioni odierne, e a prescindere che i cellulari aumentino o meno la pressione, è certo che dovremmo riflettere seriamente sull'impatto dell'utilizzo dei vari dispositivi mobili non solo sulla nostra salute ma più in genere sui nostri atteggiamenti, sulle nostre abitudini e sul nostro benessere psicosociale.



Massimo Lopez nel celebre spot della SIP

cellulari sono indubbiamente utili, ci consentono di stare costantemente in contatto con le persone cui vogliamo bene, anche quando sono dall'altra parte del mondo, ci semplificano molto spesso la vita e sono una sicurezza nei momenti di diffi-

dietro l'angolo e purtroppo spingerlo non è facile ed a volte neanche possibile. Anche una sola telefonata che arriva nel tempo sbagliato, magari quando abbiamo deciso di regalarci un raro momento di stacco, può alterare a lungo il nostro be-

Pedalandando con il cuore

Il viaggio in bicicletta verso Roma degli ambasciatori del "Centro per la Lotta contro l'Infarto" è terminato. Andrea e Davide, partiti il 14, sono infatti arrivati a Piazza San Pietro il 23 agosto.

16 | CIRIÈ'

www.giornalelavoce.it LA VOCE - Martedì 29 agosto 2023

STORIE Andrea e Davide erano partiti in bici da Ciriè il 14 agosto e sono arrivati il 23

Lacrime di gioia, sudore, fatica: l'arrivo dei Beneventi a Roma

MARIA DI POPPA

Dopo dieci giorni ininterrotti in sella alle loro biciclette, Andrea e suo padre Davide Beneventi, hanno raggiunto Roma, piazza San Pietro. L'arrivo è stato mercoledì 23 agosto.

"Il viaggio ci ha riempito l'anima - racconta Andrea -. È stata un'esperienza molto difficile. Ce lo aspettavamo, ma non così tanto difficile. Ma bellissima. Dieci giorni di fatica per pochi minuti di gioia. Arrivare in Piazza San Pietro è stata un'emozione davvero indescrivibile".

Un giorno di riposo per godersi la Città Eterna e poi, venerdì 25 agosto il ritorno a Ciriè.

Un viaggio affrontato per portare un messaggio, quello relativo all'importanza della prevenzione dell'infarto.

"Il nostro messaggio? Non arrendersi anche quando si hanno problemi più grandi di quello che ha avuto mio padre. Non bisogna fare una vita da malato, ma continuare a fare ciò che si faceva prima. Magari in maniera ridotta, ma senza fermarsi completamente".

LA STORIA

"Andiamo in bici da molto tempo - racconta Andrea Beneventi - il primo viaggio insieme lo abbiamo fatto tre anni



fa. Poi un lungo stop. Questo è il primo viaggio che facciamo da quando mio padre è stato operato".

Davide Beneventi, infatti è stato sottoposto a due angioplastiche coronariche.

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

La raccolta fondi è stata attivata sul sito internet **GoFoundme**. L'obiettivo è di raggiungere **3.500 euro da poter donare per la ricerca**.

"Io e mio padre abbiamo già fatto un viaggio di questo genere nel 2020, subito dopo il lockdown - racconta Andrea - in quell'occasione la destinazione è stata Volterra".

"L'anno dopo non avevamo un programma nessun viaggio di questo genere, ma durante le vacanze estive, mio padre, dopo essere stato trasferito in

elicottero dall'isola d'Elba a Grosseto, ha subito una coronarografia durante la quale gli sono stati installati due stent coronarici".

Gli si prospettavano 6/7 mesi di riposo da stress ma soprattutto da sforzi.

"Nella primavera del 2022 - continua Andrea - ci torna la voglia di tornare in sella per un altro breve viaggio da Ciriè verso Verona".

Purtroppo però intorno ad aprile, durante una visita da una cardiologa sportiva, a



ANDREA E SUO PADRE DAVIDE hanno pedalato per oltre 700 chilometri

Davide viene riferito che la situazione non sembrava ancora del tutto risolta: così qualche settimana prima della partenza programmata per il 1° giugno, si sottopone ad un'altra coronarografia che doveva essere un semplice controllo.

Anche in quest'occasione il cardiologo preferisce installare altri due stent per rivascularizzare alcune zone non proprio perfette.

"Il nostro viaggio chiaramente non poteva svolgersi: altri 7 mesi di riposo dagli allenamenti".

E a Natale 2022 che Andrea e Davide iniziano ad organizzare il viaggio che sognavano da tempo: Ciriè - Roma. A febbraio finalmente arriva

la visita dalla cardiologa sportiva che a differenza della prima volta riferisce che insieme ha avuto un esito molto positivo, dandogli così l'autorizzazione a partire.

"Dall'esperienza vissuta da mio padre, grazie a questo viaggio torrennio sensibilizzare gli sportivi amatoriali (soprattutto i ciclisti) a non mollare anche dopo eventi traumatici come questo è questa idea, è nata la collaborazione con il "Centro per la lotta contro l'infarto - Fondazione Onlus" che ha deciso di credere nella nostra iniziativa rendendoci ambasciatori lombardesi per divulgare la loro missione attraverso la nostra avventura".

“E ora come farete, che tutte le mattine non riceverete più il mio messaggio all'alba? Voglio ancora ringraziare tutti, per il supporto che ci avete dato, per le decine di messaggi che avete mandato, per aver letto i miei messaggi, che sicuramente spesso saranno stati scritti male (li scrivevo con le lenti a contatto e da vicino non funzionano benissimo

mo), grazie a quelli che hanno fatto una donazione all'associazione che abbiamo voluto aiutare (chi si è dimenticato è ancora in tempo).

Grazie davvero per esserci stati, per averci tenuto compagnia e condiviso questa avventura con noi.

Vi farò sapere se usciranno altri articoli sull'evento, se vi sarà un seguito o semplice-

mente quanto abbiamo raccolto per il “Centro per la Lotta contro l'Infarto”. Grazie a tutti ovviamente con il cuore.

Tra l'altro, malgrado le condizioni climatiche avverse il mio di cuore, ha funzionato benissimo, quindi grazie anche a tutti i cardiologi che mi hanno riparato, seguito per la preparazione atletica e fornito i giusti consigli”.

Riservato agli iscritti in regola con le quote ASSEMBLEA DEI PARTECIPANTI

ATTO DI CONVOCAZIONE

L'articolo 27 “Advisory Board” del **Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus** prevede la costituzione dell'Advisory Board, di cui fanno parte i Partecipanti Aderenti, i Partecipanti Donatori, i Partecipanti Esteri ed i Partecipanti Istituzionali, cioè in pratica tutti gli iscritti alla Fondazione.

All'Advisory Board spetta la designazione di sei nominativi, due dei quali saranno successivamente scelti dal Consiglio Generale della Fondazione per entrare a far parte del Consiglio di Amministrazione della Fondazione stessa. L'**Advisory Board** è convocato in sessione ordinaria il giorno **2 marzo 2024 dalle ore 10.00 alle 14.00** presso la Fortezza da Basso (Viale Filippo Strozzi 1), in occasione del 41° Simposio “Conoscere e Curare il Cuore 2024”. In tale sede si procederà alla votazione dei candidati. Coloro che aspirano ad essere eletti devono inviare in via preliminare, mediante raccomandata R.R. entro e non oltre il 31 gennaio 2024, il loro nominativo al *Centro per la Lotta contro l' Infarto - Fondazione Onlus, Via Pontremoli 26, 00182 Roma*.

Il Presidente
Prof. Francesco Prati

ADVISORY BOARD

SECONDO L'Art.27 del vigente Statuto del **Centro per la lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus**, i soci della Fondazione sono invitati il **2 marzo 2024 dalle ore 18.45 alle ore 19.00** presso la Sala Stampa, padiglione Spadolini della Fortezza da Basso con il seguente ordine del giorno:

- Comunicazione del Presidente.



di Paola Giovetti

Dominique Vivant Denon, il padre del Louvre

I quasi dieci milioni di visitatori che ogni anno entrano al Louvre sono guidati dai cartelli indicatori verso il “Pavillon Denon”, ben segnalato da una grande iscrizione a caratteri d’oro. Ma quanti di loro sanno chi è stato Denon? Non molti, probabilmente. Dominique Vivant Denon è forse più conosciuto per quel piccolo capolavoro della letteratura erotica che è *Point de demain* (in italiano Senza domani) scritto a trent’anni quasi per scommessa: sollecitato a scrivere un testo erotico senza utilizzare termini sconvenienti, scrisse quel breve testo, perfetto nella forma e nel contenuto, che ha fatto epoca.

Un altro testo importante di Denon, molto diverso dal primo, è *Viaggio nel Basso e nell’Alto Egitto durante le campagne del generale Napoleone*, ovvero la descrizione della campagna d’Egitto alla quale partecipò: il primo testo, corredato di splendide incisioni di sua mano, leggibile per tutti, sull’arte dei faraoni. Un’opera utile e notevole, consultata ancora oggi come documentazione archeologica. Ma il ruolo più importante di Vivant Denon è quello di ammini-





stratore artistico, e qui facciamo ritorno al Louvre la cui prima costruzione, come fortezza difensiva, risale al XIII secolo e da allora è stata costantemente ampliata e modificata. Fu Francesco I nel XVI secolo a farne una dimora reale. Il suo successore Enrico VI unì il palazzo del Louvre al palazzo delle Tuilleries, fatto costruire da Caterina de' Medici. Seguirono continui abbellimenti e importanti ampliamenti finché Luigi XIV, il re Sole, scelse Versailles come residenza e su iniziativa di Luigi XVI il Louvre divenne un museo, costantemente arricchito anche e soprattutto durante la Rivoluzione. Le vittorie dell'esercito francese di Napoleone fecero affluire opere d'arte da tutta Europa, tra cui, dall'Italia, il gruppo scultoreo del Laocoonte, l'Apollo del Belvedere e i cavalli di San Marco, nonché opere di Raffaello, Perugino, Guido Reni, Guercino e tante altre. Nasceva il Musée Napoleon, il cui instanca-

bile curatore e amministratore fu Vivant Denon. Senza la sua intelligenza, il suo acume, la sua cultura e senza quella che è stata chiamata la sua "attività predatoria", non avremmo il Louvre come lo conosciamo e forse neppure la moderna concezione museale.

Nato nel 1747 a Chalon-sur-Saône, in Borgogna, da una famiglia della piccola nobiltà, studiò legge a Parigi ma si dedicò soprattutto all'arte e intraprese una brillante carriera diplomatica. Luigi XV lo nominò segretario di ambasciata a San Pietroburgo, fu poi inviato in Svezia e in Svizzera e nel 1782 a Napoli presso la corte di Ferdinando IV e Maria Carolina d'A-

sburgo, sorella di Maria Antonietta. Qui assiste ai primi scavi di Pompei, si appassiona all'archeologia e trasferisce a Parigi importanti pezzi archeologici. Ottimo disegnatore, produce litografie di grande valore documentario nel corso di viaggi in Calabria e in Sicilia, terre all'epoca poco visitate e pochissimo note.

La Rivoluzione Francese lo trovò a Venezia, dove proseguì i suoi studi e le sue visite alle opere d'arte: rimane cinque anni e ha una lunga e calda relazione con Isabella Teotochi Albrizzi, greca di origine, celebre per la sua bellezza, la sua cultura e per il suo salotto frequentato da tutti gli artisti e i



Tomba di Vivant Denon al cimitero di Père-Lachaise



Museo del Louvre

personaggi importanti del tempo, tra cui lord Byron, Ugo Foscolo, Giuseppe Canova, Goethe durante il suo viaggio in Italia, Chateaubriand e tanti altri. All'epoca i salotti letterari avevano un'importanza culturale e anche politica notevole. Per cinque anni Vivant Denon fu il cicisbeo di Isabella, consuetudine del tempo molto diffusa e accettata. Nel 1793, in pieno Terrore, Denon dovette tornare a Parigi, per evitare, come emigrato, la confisca dei propri beni: l'amicizia con Isabella continuò per tutta la vita, come testimoniato da oltre 300 lettere che si sono conservate. Da Parigi, già allora capitale della moda, lui le mandava abiti, scialli, profumi e l'assicurava del suo costante amore.

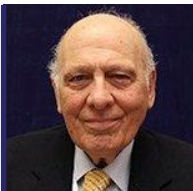
Come grande esperto d'arte e abile amministratore, Denon riuscì ad andare d'accordo e a lavorare con tutti: Luigi XV, Luigi XVI, Barras e Robespierre, Napoleone, Luigi XVIII, tut-

ti interessati alla sua grande capacità ed esperienza. Seguì Napoleone nella campagna d'Egitto e durante il consolato fu da lui nominato direttore generale del museo centrale della Repubblica, che divenne poi Museo Napoleone e infine Museo del Louvre. Per raccogliere opere d'arte e arricchire il museo viaggiò instancabilmente per tutta Europa, seguendo le vittorie e le conquiste napoleoniche e allestendo a Parigi una collezione grandiosa: le famose spoliazioni napoleoniche sono in gran parte opera sua. Non per niente era chiamato "l'occhio di Napoleone".

Nel 1814, col ritorno dei Borboni, Luigi XVIII conferma Vivant Denon alla guida del Louvre. Lui però l'anno dopo si ritira e si dedica all'incisione, al disegno, alle sue collezioni private e alla vita di società nella quale brilla e ha sempre brillato. Muore nel 1825 di polmonite ed è sepolto al cimitero monumentale di Père Lachaise.

Dopo la caduta di Napoleone molte (non tutte) delle opere d'arte del Louvre tornarono ai Paesi di origine. L'Italia inviò a Parigi Antonio Canova, che riuscì a riportarne a casa un buon numero, tra cui il Laocoonte e l'Apollo del Belvedere. Denon fu però tanto abile da trattenere a Parigi i cosiddetti primitivi italiani (Cimabue, Giotto, Duccio da Boninsegna) di cui fu uno dei primi estimatori. Nel tempo il Louvre adottò ovviamente altre vie di acquisizione, divenendo quello che tutti conosciamo: uno dei più grandi musei del mondo, il Grand Louvre.

Molti dei principi amministrativi e di curatela di Vivant Denon sono tuttavia ancora ammirati e rispettati per la grande e riconosciuta efficacia tipica dell'amministrazione napoleonica. Per il suo grande lavoro Dominique Vivant Denon è considerato il "padre del Louvre".



di Eligio Piccolo

I ponti miocardici e quello sullo stretto

Presumere di far capire al profano, colto o villico, ma anche al dentista, cosa sono i ponti miocardici è un'impresa poco probabile; ma io, votato alla divulgazione giornalistica della cardiologia, ci provo. Sono degli strani inghippi anatomici nel muscolo del cuore, che si formano come un'anomalia congenita durante lo sviluppo fetale. Descritti per primo un secolo fa dall'anatomico Crianicianu (di cui non ho trovato l'origine, ma più romeno che sardo) consistono in un rapporto troppo intimo tra alcune cellule muscolari del cuore e un grosso ramo delle coronarie. Queste, come si sa, scorrono in superficie (epicardio per i medici) suddividendosi in rami sempre più piccoli, fino ai capillari che portano alle cellule l'ossigeno indispensabile per contrarsi, regolando il flusso del sangue secondo la pressione generata dal cuore stesso, come per tutti gli organi, dal cervello, alle gambe e alle braccia, dove noi la misuriamo con il noto apparecchio (sfigmomanometro per i medici). Quel flusso, però, non deve incontrare ostacoli, altrimenti si rischia l'infarto. Orbene, se quel rapporto fra cellule e rami coronari-



Progetto del ponte sullo Stretto di Messina



ci, specie quelli che si addentrano nel muscolo, è congenitamente sbagliato, durante la contrazione (sistole per i medici) quel ramo può venire strozzato troppo a lungo e provocare un dolore al petto (angina o angor per i medici), raramente un infarto.

Tali rapporti sbagliati delle cellule miocardiche con il vaso sono detti ponti e vengono sospettati in soggetti, specie le donne, che senza particolari fattori di rischio verso i 50-60 anni lamentano angina da sforzo. Può succedere anche negli atleti durante le gare o gli allenamenti, e di ciò se ne sono occupati da noi gli esperti Vincenzo Palmieri e Paolo Zeppilli di Roma. La diagnosi però di quei difetti congeniti non è facile perché la sintomatologia è la stessa dei comuni coronaropatici, che sono ben più frequenti dell'1-2% dei ponti.

Di questo, dei metodi per precisare la diagnosi, spesso molto laboriosi e tecnicamente sofisticati, nonché delle terapie per curare quei pazienti se ne

parlò anni fa a Messina durante un Convegno cardiologico. La sera stessa di quella giornata, come si usa, ci trovammo tutti a cena, offerta dagli sponsor. E già durante gli antipasti in piedi, quando tutti consolidano i rapporti di collegialità e di amicizia, non mancarono certo le facezie, in particolare quella che alludeva al tema del convegno: *il ponte*. Noi del nord si stigmatizzava l'assurda realtà di un'isola tanto importante per storia, cultura, rapporti commerciali e turismo, ancora separata dal continente da un piccolo mare, mentre in tutto il mondo, per distanze anche maggiori si erano costruiti ponti ben più arditi di quello temuto per lo stretto procelloso ma

che Grillo attraversò a nuoto. I siciliani ci lasciarono parlare, ma poi, seduti a tavola davanti alla caponata, gli arancini e i gustosissimi cannoli, che chiusero le portate, e quando ognuno pensava già al meritato riposo in albergo, si sentì una voce autorevole che, presso il microfono, ci ricordò i fasti della Grecia antica, la Trinacria, i Normanni, Federico II, Luigi Pirandello, Leonardo Sciascia e Giuseppe Tomasi di Lampedusa e, lasciatemi dire, alcuni cardiologi eminenti, tutti forgiati in quello splendido isolamento che ricordava in un certo senso la Gran Bretagna e il suo Brexit. E infine un altro siciliano aggiunse: la potente consorceria degli scafisti, che lucrano, ma assicurano puntualmente il ferry-boat, sarà il nostro Siculexit, che farà naufragare ogni ponte sullo stretto di Messina. L'inibizione cerebrale che il glucosio dei cannoli aveva provocato chiuse qui ogni replica. Ma oggi quelle obiezioni fanno ancora pensare.

“

POESIA RICREATIVA

Stelutis Alpinis, Stelle Alpine

Nasce come una canzone per coro sul finire della Grande Guerra (1918) da un gruppo di profughi friulani a Firenze, su testo di Arturo Zardini, che narra il rapporto ideale fra un soldato caduto e la sua sposa. Un intreccio tra il perpetuo fiore della montagna e l'amore coniugale. Il testo friulano e tradotto sono una vera poesia.



(FRIU)

«Se tu vens ca su ta' cretis,
là che lôr mi àn soterât,
al è un splaz plen di stelutis:
dal gno sanc 'l è stât bagnât.

Par segnâl une crosute
je sculpide lì tal cret:
fra chês stelis nas l'arbute,
sot di lôr jo duâr cuièt.

Cjol sù, cjol une stelute:
je a ricuart dal nestri ben,
tu i darâs 'ne bussadute,
e po platile tal sen.

Cuant che a cjase tu sês sole
e di cûr tu preis par me,
il gno spirt atôr ti svole:
jo e la stele o sin cun te.»

(IT)

«Se tu vieni quassù tra le rocce,
laddove mi hanno sepolto,
c'è uno spiazzo pieno di stelle alpine:
dal mio sangue è stato bagnato.

Come segno una piccola croce
è scolpita lì nella roccia:
fra quelle stelle nasce l'erbetta,
sotto di loro io dormo sereno

Cogli cogli una piccola stella:
a ricordo del nostro amore.
Dalle un bacio,
e poi nascondila in seno.

Quando a casa tu sei sola
e di cuore preghi per me
il mio spirito ti aleggia intorno
io e la stella siamo con te.»

E.P.

”

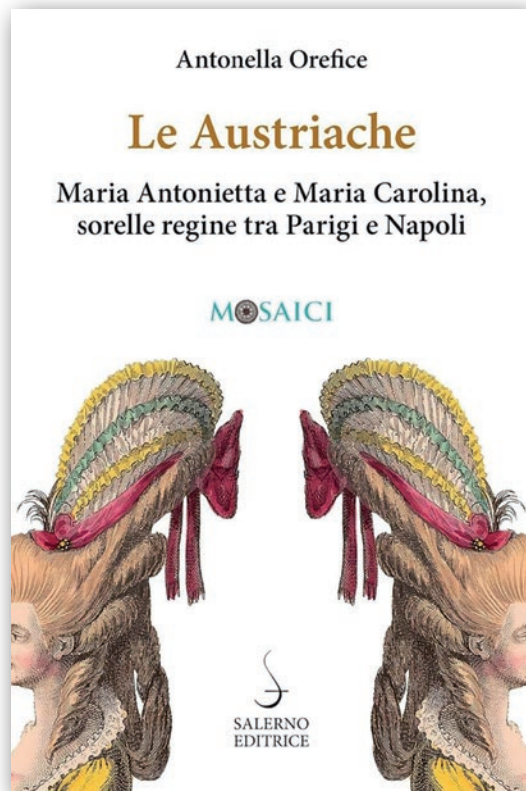


di **Alberto Dolara**

Carolina e Antonietta, sorelle regine a Napoli e Parigi. Vite tragiche al tempo della rivoluzione francese.

Maria Carolina e Maria Antonietta, furono le ultime figlie di Maria Teresa d'Austria, la potente imperatrice degli Asburgo-Lorena. Carolina era nata il 2 novembre 1752 tre anni prima di Antonietta, venuta al mondo il 13 agosto 1755. Ambedue sono entrate nella storia come regine, Antonietta moglie del re Luigi XVI, re di Francia, Carolina, moglie di Ferdinando IV re di Napoli. Rimasero estranee ai popoli sui quali regnavano come sottolineato nel titolo del romanzo storico di Antonella Orefice: *Le Austriache. Maria Antonietta e Maria Carolina, sorelle regine tra Parigi e Napoli* (Salerno editrice, Roma, 2022). L'Autrice ha dedicato un'appassionata analisi, alla vita, parallela ma con esiti diversi, delle due regine, inquadrandole nei drammatici eventi della Rivoluzione Francese, rilevandone le differenze psicologiche, i comportamenti e le conseguenze delle loro azioni, fino ai tragici epiloghi.

Carolina e Antonietta trascorsero unite l'infanzia e la giovinezza in modo tranquillo e felice. Al castello reale ogni giorno c'erano balli, feste e recite e i piccoli principi salivano sul palco per esibirsi davanti a un pubblico di invitati scelti e deliziare i genitori. Carolina, formata dai gesuiti, dimostrò una certa attitudine allo studio del latino, del-



le scienze e delle lingue, mentre Antonietta, era meno incline all'apprendimento, a dodici anni non sapeva né scrivere, né parlare correttamente il francese o il tedesco ma

venuto per Antonietta fidanzata con il Delfino di Francia; l'anno successivo, non ancora quindicenne, abbandonò definitivamente Vienna per Parigi. Maria Teresa, l'imperatrice austriaca, negli anni successivi, esercitò un controllo continuo dei loro comportamenti ed azioni tramite corrispondenze ed emissari. Carolina non amò, da prima ancora di conoscerlo, il nuovo re-



Maria Carolina fece vaccinare i figli contro il vaiolo

si rivelò una discreta danzatrice e musicista, come suonatrice d'arpa.

La loro storia si divaricò quando il 7 aprile 1768 Carolina venne inviata dalla madre in sposa, a 16 anni, a Ferdinando di Borbone re di Napoli. La ragion di Stato non contemplava tenerezze, né sentimentalismi, tutto era subordinato e finalizzato ad estendere il potere dell'impero asburgico in Europa. Lo stesso sarebbe av-

venuto per Antonietta fidanzata con il Delfino di Francia; l'anno successivo, non ancora quindicenne, abbandonò definitivamente Vienna per Parigi. Maria Teresa, l'imperatrice austriaca, negli anni successivi, esercitò un controllo continuo dei loro comportamenti ed azioni tramite corrispondenze ed emissari. Carolina non amò, da prima ancora di conoscerlo, il nuovo re-

gno, convinta come era che "i napoletani portassero sfortuna". Scrisse alla madre della bruttezza del consorte, della sua volgarità, la scarsa cultura, i suoi modi impossibili e della prima notte di nozze: "Confesso apertamente che preferirei morire piuttosto che rivivere un'altra volta tutto ciò che mi è capitato". Il primo figlio arrivò dopo quattro anni; ne vennero poi altri diciotto, di cui solo sette sopravvissero fino all'età adulta. Nella prima fase di regno Maria Carolina, che sovrastava il consorte per intelligen-

za e scaltrezza diplomatica, cercò di liberarsi dell'asfissiante ingerenza spagnola con un orientamento politico filoinglese e filoaustriaco, accolse favorevolmente le idee illuministiche che le fecero guadagnare la stima di giuristi e letterati riformisti, fece vaccinare i figli contro il vaiolo. La creazione della colonia di San Leucio, una comunità locale in cui vigeva la legge dell'eguaglianza, della meritocrazia e della fratellanza, rappresentò la massima espressione dell'impegno illuminato della sovrana. Il suo statuto fu "la prima raccolta di leggi pensata da una donna nell'interesse delle donne. Veniva in tal modo realizzato un modello di giustizia e di equità sociale rivoluzionario per le nazioni del XVIII secolo, ispirato a una forma di socialismo illuminato". Un'altra decisione importante fu il riconoscimento dei movimenti massonici.

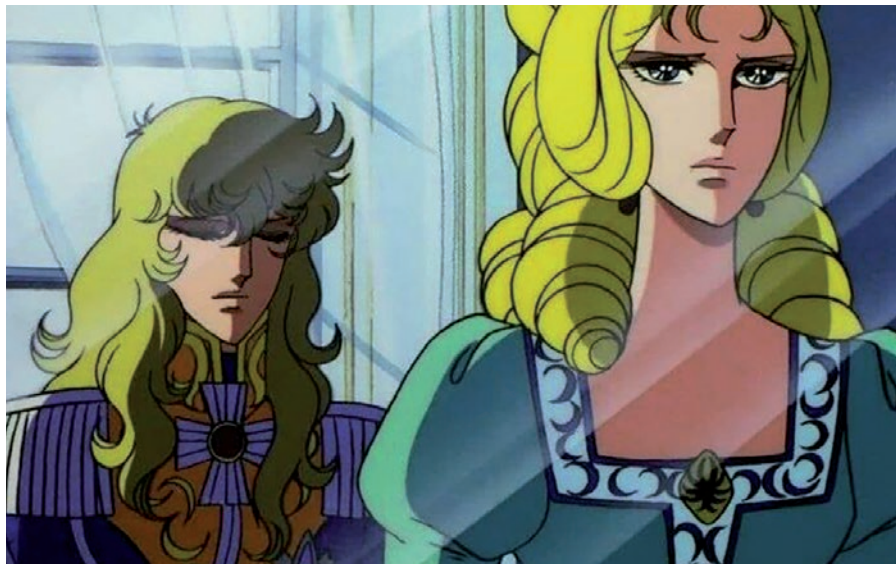
Quando giunsero da Parigi le terribili notizie sulla rivoluzione, la decapitazione di Luigi XVI nel gennaio 1793, l'arresto di Maria Antonietta e la sua condanna a morte l'ottobre successivo, Carolina dimenticò completamente gli ideali di progresso. La rivoluzione e i suoi "mostri", come chiamava i rivoltosi francesi, divennero il peggiore dei suoi incubi. Si era rifugiata a Palermo dopo la costituzione della Repubblica partenopea nel 1799, ma quando questa cadde sei mesi dopo, ad opera di un esercito controrivoluzionario guidato dal cardinale Ruffo, nel quale erano stati arruolati assassini e delinquenti di ogni specie, riprese il controllo del Regno. Si dedicò con metodica ferocia ad una sistematica uccisione di tutti coloro che avevano aderito in un modo o nell'altro alla Repubblica napoletana. Avvocati, medici, funzionari dell'esercito, sacerdoti, un'intera classe intellettuale fu eliminata con pesanti ricadute negli anni successivi per la vita della città. Furono 124 le condanne a morte registrate, per lo più con impiccagione, una pratica che esponeva il corpo del condannato/a al ludibrio pubblico, e furono

comminati oltre 200 ergastoli e 288 deportazioni.

La stessa sorte fu riservata anche alla marchesa Eleonora Pimentel, la poetessa che nei primi anni di governo aveva scritto odi in onore della regina austriaca, che le aveva affidato il riordino della sua biblioteca personale. Durante i sei mesi della Repubblica napoletana Eleonora era divenuta direttrice del "Monitore Napoletano", il giornale del governo rivoluzionario. Fu la prima giornalista politica in Europa. A lei ed a quei terribili momenti della storia napoletana Antonella Orefice ha dedicato un altro libro: *Eleonora Pimentel Fonseca. L'eroina della Repubblica napoletana del 1799* (Salerno Editrice, Roma 2019).

Gli ultimi anni di vita di Carolina furono dominati dai ricordi delle vendette feroci che la perseguitarono fino alla morte, sopravvenuta a Vienna l'8 settembre 1814, all'età di 62 anni. Il funerale fu modestissimo, pochi i presenti. Fu sepolta nella cripta imperiale sotto la chiesa dei Cappuccini di Vienna, in una tomba appartata e rimasta da allora praticamente ignorata.

La storia di Maria Antonietta, considerata "vittima" in confronto a Carolina la "carnefice", è stata oggetto di numerosi saggi, romanzi e sceneggiati TV. E talora associata ad una frase "Se non hanno pane, che mangino brioches". La frase, una delle più offensive pronunciate verso il popolo affama-



Lady Oscar è un cartone animato ispirato alla biografia di Maria Antonietta



to da una regina, fa parte delle fake news. In realtà Maria Antonietta non l'ha mai pronunciata ed è nata da un'allusione fatta nel secolo successivo da Jean Jacques Rousseau "Ad una grande principessa".

Appena quattordicenne, era stata catapultata al fianco di un Delfino complessato e introverso e rinchiusa nella gabbia dorata di Versailles, dove gli intrighi e le etichette erano l'affare quotidiano. L'amore vagheggiato nel suo cuore adolescente rimase celato nelle sue lettere. Il consorte si dimostrò una persona algida, anaffettiva, introversa, decisamente demotivata

e incapace di relazionarsi, una condizione questa terribilmente mortificante per la giovane moglie; per sette lunghi anni il matrimonio non fu consumato perché il giovane re soffriva di un'impotenza sessuale causata da malformazioni; il primo figlio arrivò solo nel 1781.

Antonietta non partecipò mai alle decisioni del governo, se non per fare da tramite con la Casa madre Asburgica, né seppe farsi amare dal popolo che, sentendola come la nemica "Austriaca", si fece arma delle sue frivolezze, delle sue enormi spese, della dubbia moralità. In realtà ebbe un unico

grande amore, il conte svedese Hans Axel von Fersen che durò tutta la vita.

Al processo si comportò con grande dignità ribellandosi sdegnata all'assurda accusa d'incesto; nell'ottobre del 1793, sulla sudicia carretta che la portava al patibolo in mezzo alla folla che la insultava, probabilmente ripensò a quando venti anni prima quel popolo entusiasta, dimenticando la sua origine austriaca, l'aveva festeggiata a Parigi. Allora sembravano tutti innamorati di quella giovane Delfina dai capelli dorati, gli occhi turchini e le *mise* all'ultima moda.

Qualche secondo di buonumore

AVVISI PARROCCHIALI

“Quando entrate in questa chiesa può essere che sentiate la chiamata di Dio”.
Tuttavia è improbabile che vi chiami al cellulare.
Vi siamo grati se spegnete i telefonini.
Se volete parlare con Dio entrate, trovate un posto tranquillo e parlategli.
Se invece volete vederlo, inviategli un messaggio col telefonino mentre state guidando.



Giovedì alle 5 del pomeriggio ci sarà un raduno del gruppo mamme.
Tutte coloro che vogliono entrare a far parte delle mamme sono pregate di rivolgersi al parroco nel suo ufficio.





di **Giorgio Bottero**

Poesia latina e relazione di coppia

Una parte significativa di ciò che è stato scoperto con la psicoanalisi e con tutti gli studi relazionali dalla fine dell'800 ai giorni nostri si può trovare leggendo il meno conosciuto tra gli autori latini: Lucrezio. Sappiamo oggi dell'ambiguità e della spinta al conflitto che anima e nutre tutte le relazioni amorose, dove l'identificazione con l'altro e l'assoluta necessità di mantenere al contempo la propria individualità convivono in modo più o meno burrascoso. Fin dai primi studi di Freud, che risalgono all'inizio del 900, sappiamo che la coppia per svolgere la sua funzione primaria deve potersi ritirare nella sfera del privato, dal carattere sessuale e misterioso, volta alla gratificazione libidica in cui identificazione e differenziazione sono in perenne oscillazione. All'interno di questo contenitore però il dolore dovuto alla scoperta dell'altro ed alle delusioni che questo comporta è sempre presente. Anzi, oggi c'è tutta una letteratura psicologica che esalta il conflitto come matrice fondamentale della relazione, invertendo il paradigma dell'amore eterno in quello antagonista della pace armata. Ora pensare di leggere un testo vecchio di più di mille anni, che nella forma di poema didascalico descrive in modo quasi drammatico questa intuizione non può che stupire. Ma di chi stiamo parlando, che sappiamo di questo autore, si tratta forse di un analista freudiano "ante litteram"? No, si tratta dell'autore meno conosciuto della letteratura latina: Lucrezio, che nel suo *De Rerum Natura* compone un poema didascalico per illustrare l'Epicureismo, dottrina filosofica della quale è un accanito sostenitore. È ignota la data ed il luogo di nascita e di morte, approssimative le notizie biografiche, in gran parte indirette e fantasiose come quella della follia indotta da un filtro d'amore



“amoroso poculo”. Misteriosa la sparizione per secoli dalla letteratura come per una “*damnatio memoriae*” che è stata il frutto di una ripulsa sia da parte dei letterati che della classe politica dell’età augustea e successivamente della chiesa cattolica, fino alla riscoperta all’inizio del 1400 ad opera dell’Umanesimo.

Il poema si articola in 6 libri suddivisi in tre coppie per un totale di oltre 8000 versi che narrano la nascita dell’universo secondo una prospettiva materialista, in cui è la sola mescolanza ed aggregazione degli atomi secondo il loro “*clinamen*” a generare tutto. Nei proemi dei vari libri viene esaltata la liberazione dell’umanità dalla superstizione religiosa operata da Epicuro, che viene descritto come un vero eroe omerico nella sua lotta contro l’oscurantismo della religione tradizionale. Il poema ci mostra lo spettacolo dell’universo infinito retto da leggi di natura e non dal capriccio divino, articolato in mondi innumerevoli, quasi un’anticipazione del “*Multiversum*” di Giordano Bruno, soggetti ad un ciclo inarrestabile di composizione e decomposizione. Questa impostazione ci fa comprendere l’ostilità



della chiesa cattolica nei confronti del poeta che è portatore di una visione opposta a quella teologica cristiana che pone al centro della sua cosmologia un mondo unico e divinamente ordinato. L’amore e le relazioni ad esso connesso rappresentano nell’intero poema una costante che parte dal proemio dedicato a Venere genitrice “*Aeneadum genetrix, hominum divumque voluptas*”. La bellezza della Dea, che si identifica con la Natura, porta la fecondità della generazione a rasserenare il mare, ad illuminare il cielo di luce uniforme “*Placatumque nitet diffuso lumine coelum*”. Se questo è l’aspetto positivo l’amore può però essere anche portatore di sofferenza, come si comprende nel quarto libro, con la descrizione dei tormenti amorosi legati alla sola passione fisica, destinati alla grande sofferenza ed alla solitudine. La descrizione dei corpi che si cercano e quasi si scavano è una pagina non solo

di grande poesia ma anticipa, seconda molta critica letteraria e filosofica, alcuni temi che saranno oggetto del pensiero esistenzialista e dell’analisi relazionale del ‘900. “*Etenim potiundi tempore in ipso fluctuat incertis erroribus ardor amantium*”. E infatti persino nell’attimo del possesso oscilla l’ardore degli amanti in un vagare indeterminato. “*Quod petiere, premunt arte faciuntque dolorem corpori et dentis inlidunt saepe labellis*”. Ciò che inseguivano, lo schiacciano stretto, fanno male al corpo, figgono a volte i denti dentro le labbra. Dall’analisi della relazione dei corpi nell’atto d’amore il poeta e filosofo coglie la scintilla del conflitto proprio nel momento in cui massima è la presunta fusione degli amanti. Possiamo quindi concludere che la poesia è arrivata molto prima della psicoanalisi ad inquadrare la natura ambigua e contraddittoria delle relazioni umane.

NUN SAI C'A LO SPEDALE CE SE MORE?

di Filippo Stazi



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

Er medico de Roma

Un Medico bbrugnano¹ ha vvisitati
scent'ommini², e ll'ha mmessi a lo spedale:
mica cche ssiino st'ommini ammalati,
ma ppe impedijje che nnun stiino male.
Potriano ammascherasse³ a ccarnovale,
e accussì, ddioneguardi, ammascherati
pijjasse⁴ una frebbaccia accatarrale
e mmorì, ddioneguardi, accatarrati.
“Bbisogna prevedelli li malanni”,
lui disce, “e a ttemp'e lloco
un lavativo konzerva er culo
e ffa ccacà ccent'anni”.

Sto dottore chi è? Ccome se chiama?

Er nome nun lo so, ma sso cch'è vvivo e sta ar Palazzo de Piazza Madama⁵

¹ Browniano. Il sistema del dottor Brown era in onore a Roma nel secolo scorso

² cent'uomini

³ mascherarsi

⁴ pigliarsi

⁵ Il palazzo della Polizia

Meglio, onestamente, non era possibile fare

Nel 1768 un medico londinese di 58 anni si alzò lentamente in piedi, percorse con composta andatura i pochi metri che lo separavano dal podio, scrutò con preoccupata attenzione i volti austeri dei membri del Royal College of Physicians, ispirò profondamente e, finalmente, si accinse a pronunciare il suo discorso. La voce uscì inizialmente incerta, fluttuante, poi divenne via via più sicura, autorevole. Quell'uomo si chiamava William Heberdeen e stava per consegnare alla storia un'insuperabile descrizione di un sintomo.

“Ma c'è un disturbo del petto con sintomi peculiari ed intensi, degno di considerazione per il tipo di pericolo che costituisce e non estremamente raro, che merita di essere menzionato per esteso. La sua sede, il senso di strangolamento e l'ansietà che l'accompagna, possono essere chiamati, non impropriamente, *angina pectoris*.”

Coloro che ne vengono afflitti, sono colpiti mentre stanno camminando (più frequentemente se in salita e subito dopo aver mangiato) da una dolorosa e sconcertante sensazione al petto che sembra uccidere nel momento in cui cresce o continua; ma nel momento in cui ciò si ferma tutta l'inquietudine cessa. In generale, i pazienti stanno bene all'inizio del disturbo, ed in partico-



Angina Pectoris ritratta da F. Netter

lare non hanno accorciamento del respiro. Il dolore è talvolta situato nella parte superiore, talvolta in mezzo, talvolta nella parte bassa dello sterno, e spesso più inclinato a sinistra che a destra. Esso similmente si estende molto frequentemente dal petto al braccio sinistro. Il polso è solitamente non disturbato dal dolore, così come ho avuto la possibilità di osservare durante il parossismo. Gli uomini sono più esposti a tale malattia, specialmente dopo che hanno passato i 50 anni.

Dopo che questo continua per un anno o più, non cessa così immediatamente a riposo; e continua non solo quando le persone camminano, ma anche mentre sono sdraiati, specialmente se giacciono sul lato sinistro, e ciò li obbliga ad alzarsi dal letto. In alcuni casi inveterati l'angina è stata procurata dal movimento di un cavallo o di una carrozza, e perfino dalla deglutizione, dalla tosse, dall'atto della defecazione, dal parlare e da disturbi mentali.

Questa è la manifestazione più frequente di tale malattia; ma si possono incontrare altre varietà. Alcuni vengono colpiti a riposo, o mentre sono seduti o

anche mentre dormono: ed il dolore talvolta raggiunge il braccio destro così come quello sinistro, ed anche fino alle mani, ma ciò è poco comune: in rari casi il braccio è allo stesso tempo intorpidito e rigonfio. In una o due persone, il dolore è durato qualche ora, o anche dei giorni; ma ciò è successo quando il disturbo era di lunga durata: una volta sola il primo attacco è durato tutta la notte.”

Questa descrizione ha brillantemente superato la prova del tempo nonostante i molti progressi nella diagnosi e nella gestione della cardiopatia ischemica e ancora oggi, dopo due secoli e mezzo, è sufficiente aver letto una sola volta questa descrizione, e magari averla associata alla celebre immagine con cui Frank Netter l'ha ritratta nei suoi libri, per non dimenticare mai più che cosa è e come si presenta l'angina pectoris.

È interessante notare come il termine angina derivi dalla parola latina 'angere' ('strangolare') e dall'antica parola greca 'ἀγγόνη' ('angoscia'). Presumibilmente Heberden scelse appositamente il termine angina proprio per trasmettere il senso minaccioso di imminente castigo e tormento indotto da un disturbo che definì come una *“sconfortevole sensazione al petto*



Frank Netter



che sembra uccidere nel momento in cui cresce o continua". Se invece Heberden avesse cercato di trasmettere semplicemente il sintomo del dolore toracico, probabilmente avrebbe usato il termine latino "dolor pectoris".

La descrizione dell'angina fatta da Heberden sottolinea anche l'importanza di un'accurata anamnesi clinica; interrogare infatti i pazienti con sospetta malattia delle coronarie utilizzando solo il termine più restrittivo "dolore toracico" può indurre alcuni a non riconoscere in esso i sintomi da cui sono afflitti. Pertanto, nel sospetto di ischemia miocardica, è preferibile proporre ai pazienti varie descrizioni dei sintomi anginosi (fastidio al torace, pressione, oppressione, pesantezza, sensazione di schiacciamento o bruciore epigastrico) al fine di aumentare la probabilità di catturare la panopia delle potenziali espressioni cliniche dell'angina.

William Heberden fu uomo dall'intelletto brillante e con una straordinaria capacità di osservazione clinica. Qualità che traspare tutta nella descrizione che fece dell'angina pectoris. Meglio, onestamente, non era possibile fare.

DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2023



Alessandro Battagliese Intervista **Leonardo Bolognese**

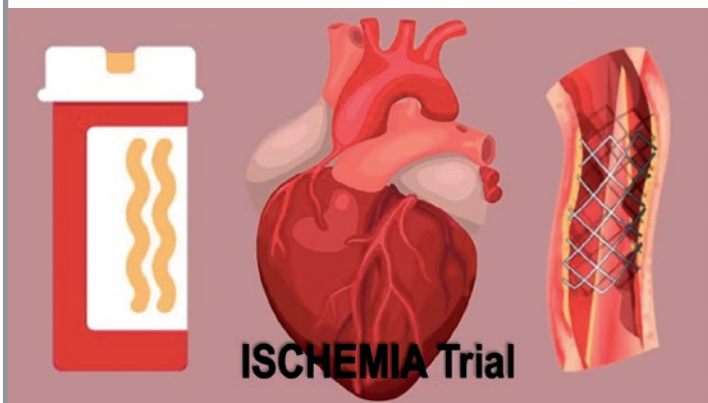


Dati a lungo termine dell'ISCHEMIA trial sul confronto fra terapia medica ottimale e PTCA

Battagliese: Gentilissimo dott. Bolognese l'ISCHEMIA trial è uno studio molto importante e nello stesso tempo molto controverso e discusso. Ce ne parla brevemente?

Bolognese: Lo scopo dello studio ISCHEMIA è stato quello di valutare se una strategia invasiva, caratterizzata da coronarografia e rivascolarizzazione associata alla terapia medica raccomandata dalle linee guida (GDMT),

riduca l'incidenza di eventi cardiovascolari (CV) nei pazienti affetti da cardiopatia ischemica cronica (CIC). Lo studio ha coinvolto 5.179 pazienti con dimostrata ischemia inducibile di entità moderata o severa, randomiz-



zati a ricevere un'iniziale strategia invasiva mediante GDMT e coronarografia, con eventuale rivascolarizzazione in caso di dimostrate lesioni coronariche significative, o la sola GDMT, con successiva coronarografia ed angioplastica in caso di insuccesso della terapia medica.

Già in passato diversi trial avevano confrontato le due strategie terapeuti-

che nei pazienti affetti da CIC, tuttavia a differenza di questi studi nell'ISCHEMIA erano qualificabili all'arruolamento solo pazienti con dimostrata ischemia inducibile di grado almeno moderato e la randomizzazione avveniva prima dell'angiografia coronarica.

L'obiettivo primario dello studio ISCHEMIA era costituito da un endpoint composito di mortalità cardiovascolare, infarto miocardico (IM), o ospedalizzazione per angina instabile, scompenso cardiaco o arresto cardiaco resuscitato. Obiettivi secondari erano un endpoint composito di morte cardiovascolare o infarto miocardico e la qualità della vita correlata all'angina. Ad un follow-up mediano di 3,2 anni lo studio ha dimostrato che la strategia conservativa non è inferiore a quella invasiva in termini di esito composito primario. Tuttavia le due strategie terapeutiche hanno mostrato tassi di rischio non proporzionali, con inversione di tendenza delle curve di sopravvivenza libere da eventi intorno ai 2 anni. La strategia invasiva, infatti, rispetto a quella conservativa, era associata ad un eccesso di rischio precoce per aumento dell'incidenza di IM peri-procedurale. Al contrario, si osservava una progressiva riduzione nel tempo di rischio di IM

spontaneo nel gruppo di pazienti assegnati alla strategia invasiva. Le curve di mortalità CV suggerivano una tardiva separazione a favore della strategia invasiva rispetto alla strategia conservativa. Viceversa, l'incidenza della mortalità non-CV e per tutte le cause risultava maggiore nella strategia invasiva. Questi dati facevano ipotizzare che, essendo in grado di ridurre gli IM spontanei e la mortalità CV, la strategia invasiva potesse dimostrarsi superiore rispetto a una strategia conservativa se si fosse preso in considerazione un periodo di osservazione più lungo.

Questo sembrerebbe il razionale dello studio ISCHEMIA-EXTEND?

Lo studio osservazionale ISCHEMIA-EXTEND, finanziato dal National Heart Lung and Blood Institute, ha lo scopo di valutare l'effetto a lungo termine della strategia invasiva sulla mortalità, includendo pazienti già coinvolti nello studio ISCHEMIA con un follow-up mediano prossimo ai 10 anni.

Recentemente è stata pubblicata un'analisi ad interim a 7 anni di follow-up dello studio ISCHEMIA-EXTEND sui tassi di mortalità per cause CV e non-CV. Contrariamente a quanto mostrato dallo studio originario, i pazienti sottoposti a trattamento iniziale invasivo hanno avuto una riduzione assoluta della mortalità per eventi CV a 7 anni del 2.2% (stima del numero necessario di pazienti da trattare per prevenire l'evento pari a 45). Ciò è coerente con quanto documentato in una precedente meta-analisi che riportava una riduzione del 21% delle probabilità di eventi fatali CV associata a una strategia invasiva. Tale beneficio è stato tuttavia controbilanciato da un incremento in termini assoluti della mortalità non-CV pari a 1.2% (numero necessario di pazienti da trattare affinché si verifichi un evento avverso pari a 83). Gli autori concludono che, considerata la probabilità prossima al 50% in termini di sopravvivenza per entrambe le strategie terapeutiche, non ci sono differenze clinicamente significative sulla probabilità di eventi fatali a 7 anni tra i due gruppi.

Come spiega l'incremento delle morti non cardiache nel braccio sottoposto a terapia immediatamente invasiva?

Gli Autori riconoscono alcune limitazioni dello studio quali la mancanza di una valutazione centralizzata degli eventi fatali, con possibile non univocità dell'interpretazione e la raccolta li-

mitata di dati. In particolare, non sono stati raccolti dati inerenti gli eventi non fatali, la terapia farmacologica assunta o gli interventi di rivascularizzazione, la frequenza di angina o la qualità di vita dopo il follow-up iniziale di 3,2 anni. Rimangono pertanto numerose questioni in sospeso che necessitano di essere valutate: i risultati dell'ISCHEMIA-EXTEND sono destinati a modificare la pratica clinica? Siamo in grado di individuare quei pazienti affetti da cardiopatia ischemica cronica nei quali il significativo beneficio sugli eventi fatali cardiovascolari della strategia invasiva iniziale giustifichi l'aumentato rischio di morte per eventi non-cardiovascolari? La causa di morte negli studi clinici e nella pratica clinica: quale ci interessa?

Nello studio non si è osservata una eterogeneità dell'effetto del trattamento. È corretto?

Il concetto dell'eterogeneità degli effetti del trattamento diventa rilevante ogni qualvolta proviamo ad applicare i risultati degli studi ai singoli pazienti. Nel caso dello studio in esame, ci si potrebbe aspetta-



re che una strategia invasiva precoce abbia un impatto maggiore sulla mortalità CV nei pazienti con maggior rischio CV. Ad esempio, analisi precedenti dello studio ISCHEMIA hanno dimostrato che la gravità della malattia coronarica era fortemente associata alla mortalità. Sfortunatamente l'eterogeneità dell'effetto del trattamento non sembra caratterizzare i risultati provvisori dell'ISCHEMIA-EXTEND. Infatti, analizzando la mortalità per tutte le cause, non è stata riscontrata eterogeneità dell'effetto del trattamento nemmeno all'analisi per sottogruppi di pazienti che potessero beneficiare di un approccio invasivo iniziale, come nel caso di individui con coronaropatia multivasale. Possibili spiegazioni per tale fenomeno includono l'insufficiente potenza statistica dei dati per documentare tale eterogeneità e l'eventuale necessità di un follow-up ancora più lungo per identificare uno specifico gruppo di pazienti in cui una strategia invasiva precoce possa determinare un beneficio in termini di mortalità globale. I ricercatori prevedono di proseguire il follow-up fino a un massimo di 10 anni per continuare a valutare eventuali differenze in termini di mortalità tra i due gruppi di pazienti.

Quali sono stati i principali determinanti della mortalità non cardiovascolare nei pazienti con cardiopatia ischemica cronica nello studio?

Il più alto tasso di eventi fatali non-CV nel gruppo di pazienti sottoposti a trattamento invasivo è stato un dato inaspettato che rimane tuttora inspiegato.

Capire quali fattori influenzano maggiormente la mortalità non-CV a seguito di una strategia iniziale invasiva ha importanti implicazioni cliniche. Nello studio ISCHEMIA le principali cause di morte non CV riportate dagli Autori erano rappresentate dalle neoplasie e le infezioni.

Sfortunatamente, lo studio ISCHEMIA-EXTEND non può fornire dati più specifici sulle cause di morte, impedendo ulteriori inferenze su meccanismi ancora non noti attraverso i quali la rivascularizzazione miocardica aumenterebbe gli eventi fatali non-CV. Nello studio ISCHEMIA i ricercatori avevano documentato una maggior incidenza di neoplasie nel gruppo di pazienti sottoposti a strategia invasiva, malgrado la percentuale basale di neoplasia fosse simile nei due bracci dello studio. Inoltre dalla stessa analisi si documentava una stretta correlazione tra morte per neoplasie e numero di procedure eseguite



dal paziente con necessità di esposizione a radiazioni ionizzanti (scintigrafia miocardica da stress, tomografia computerizzata, cateterismo cardiaco e angioplastica coronarica). Tuttavia il nesso temporale tra esposizione ra-

diologica e nuove diagnosi di neoplasie o morte per cause neoplastiche non sembra essere biologicamente plausibile quale causa di un incremento della mortalità non-CV, considerando che la latenza tra danno radiologico e insorgenza di tumore clinicamente diagnosticabile è stimata essere molto maggiore del periodo di osservazione dello studio.

La necessità di terapia anti-aggregante potrebbe rappresentare un ulteriore determinante dell'aumento della mortalità non-CV da neoplasie aumentando il rischio emorragico e slatentizzando neoplasie altrimenti misconosciute. Tuttavia, il maggior impiego della duplice terapia antiaggregante (DAPT) nei pazienti sottoposti a trattamento invasivo nell'ISCHEMIA non era associato a una maggior incidenza di neoplasie durante il periodo di osservazione dello studio. D'altra parte, la DAPT è stata precedentemente correlata ad una maggior incidenza di mor-

ti non-CV in un singolo studio di grandi dimensioni, ma non in una meta-analisi condotta sui dati individuali. Le evidenze suggeriscono che la durata maggiore della duplice terapia anti-aggregante è associata ad un rischio aumentato di mortalità non-CV. Le ragioni di tale associazione non sono pienamente comprese, ma devono essere associate alla maggior incidenza di eventi emorragici maggiori (spesso considerati come eventi non cardiaci) o a maggiore mortalità legata al sanguinamento in caso di trauma o altri eventi acuti in pazienti trattati con DAPT. In conclusione, malgrado i potenziali meccanismi appena descritti, la relazione tra procedure invasive e mortalità non-CV non è chiara e merita ulteriori approfondimenti.

Quale dovrebbe essere l'endpoint primario negli studi di rivascularizzazione?

I risultati emersi dallo studio ISCHEMIA-EXTEND fanno emergere alcuni interrogativi inerenti soprattutto gli endpoint principali da valutare negli studi e nelle meta-analisi sulla rivascularizzazione miocardica.

Negli studi clinici la mortalità totale è considerata un en-

dpoint robusto e affidabile, in grado di descrivere efficacemente e in egual misura tanto i rischi quanto i benefici di un trattamento. Tuttavia, per determinati interventi terapeutici l'obiettivo primario dovrebbe essere più specifico della mortalità totale. In particolari scenari clinici, compresa la rivascolarizzazione miocardica, l'uso della mortalità per tutte le cause come parametro di riferimento rimane controverso e dibattuto tanto che in molti studi, incluso l'ISCHEMIA, l'endpoint composito primario considera la morte per cause specifiche e non la morte per tutte le cause.

L'effetto del trattamento sulla mortalità da cause specifiche tende ad annullarsi nel tempo per il concomitante incremento del rischio competitivo da comorbidità che non possono essere modificate dallo specifico intervento terapeutico oggetto dello studio e che incidono sulla mortalità totale. Nel caso specifico, il rischio competitivo di eventi fatali non cardiovascolari, che limita l'effetto della rivascolarizzazione sulla mortalità globale, viene progressivamente amplificato man mano che il follow-up si allunga, limitando l'affida-

bilità della mortalità per tutte le cause come obiettivo primario. Più lungo è il follow-up, maggiore è la probabilità che si verifichino decessi per eventi non cardiovascolari, diluendo l'impatto di un trattamento randomizzato sulla mortalità totale, anche se vi è un effetto sulla mortalità cardiaca. I ricercatori dell'ISCHEMIA-EXTEND hanno dichiarato che, considerata la bassa percentuale di mortalità totale, è piuttosto improbabile che il rischio aggiuntivo di morte non-CV nei pazienti trattati invasivamente sia spiegabile con il fenomeno dei rischi competi-

blema che limita l'analisi della mortalità non-CV è la precedentemente menzionata limitata raccolta di dati, sicuramente inadeguata per la valutazione del rischio non-CV.

Dal punto di vista metodologico scientifico la mortalità totale può essere accertata più facilmente rispetto alla morte cardiovascolare, costituendo un endpoint meno influenzabile e più affidabile. Inoltre gli effetti della rivascolarizzazione coronarica non sarebbero mitigati se includessimo la morte totale come componente dell'esito primario (piuttosto che la morte CV).



**National
Heart, Lung,
and Blood
Institute**

tivi; infatti l'incidenza di mortalità CV dovrebbe essere sensibilmente più elevata affinché il fenomeno dei rischi competitivi sia sufficiente a giustificare l'apparente differenza osservata in termini di mortalità non-CV tra i due gruppi. Tuttavia, un potenziale pro-

Dal punto di vista clinico, la principale utilità del controllo delle cause di morte è quella di pianificare strategie di mitigazione del rischio, con l'obiettivo di ridurre le componenti specifiche maggiormente responsabili della mortalità complessiva.

Contestualizzati nello scenario post-rivascolarizzazione coronarica, tali dati rinforzano l'importanza della prevenzione secondaria per prevenire nuovi eventi CV soprattutto nei pazienti con CIC, una popolazione a più alto rischio di avere una morte correlata all'IM. In questo contesto la mortalità CV assume un valore ancora più importante rispetto alla mortalità totale e non-CV.

In conclusione qual è il messaggio che dobbiamo cogliere dallo studio ISCHEMIA prendendo in considerazione anche i dati del follow up a 7 anni?

Il rapporto provvisorio del-

lo studio ISCHEMIA-EXTEND mostra l'assenza di differenze in termini di mortalità totale fino a 7 anni tra le due strategie terapeutiche studiate, sebbene con un più basso rischio di eventi fatali cardiovascolari e un maggior rischio di quelli non cardiovascolari nel gruppo di pazienti sottoposti a trattamento invasivo precoce.

La maggior incidenza di eventi non cardiovascolari nel gruppo invasivo è stata inaspettata e rimane ingiustificata, necessitando di future indagini. Globalmente il follow-up esteso dello studio fornisce prove molto più robuste sull'effetto neutrale delle due strategie sulla sopravvivenza.

In realtà, quando lo studio ISCHEMIA venne disegnato, l'obiettivo era di valutare se una strategia invasiva potesse definitivamente ridurre gli eventi cardiovascolari, quali la mortalità CV e l'infarto miocardico. I risultati sembrano soddisfare questa aspettativa: una strategia invasiva riduce l'incidenza dell'IM spontaneo precocemente e la morte CV a lungo termine.

Questi risultati potrebbero essere di ausilio nella pratica clinica nel prendere decisioni condivise sull'opportunità di aggiungere, in pazienti selezionati, l'opzione invasiva precoce alla terapia medica ottimale.

Grazie Dottore.

DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2023



Filippo Brandimarte Intervista **Enrico Natale**

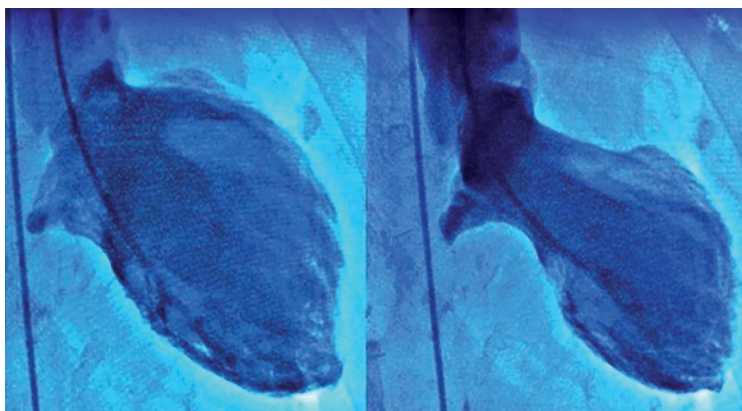


Sindrome di Tako-Tsubo: caratteristiche cliniche e prognostiche nei due sessi

Brandimarte: Dott. Natale oggi la sindrome di Tako-Tsubo è spesso argomento di discussione in molti congressi, segno che è un tema “caldo” e con aspetti controversi. Ma in cosa consiste esattamente?

Natale: Nel corso degli ultimi anni, la sindrome di Takotsubo è emersa

come un'importante causa di danno miocardico acuto reversibile determinata da una transitoria disfunzione ventricolare sinistra con distribuzione segmentaria. Questa sindrome deriva il suo nome dalla parola giapponese che significa letteralmente “trappola per polipi”, in quanto la caratteristica forma che assume il ventricolo sinistro in telesistole ricorda le anfore usate in Giappone per intrappolare i polipi. Negli anni è stata descritta con nomi diversi in letteratura, tra cui “sindrome del



Forma che assume il ventricolo sinistro in telesistole. Ricorda le anfore utilizzate in Giappone per intrappolare i polipi

cuore spezzato”, “cardiomiopatia da stress” e “sindrome del palloncino apicale”, tuttavia nessun termine descrive con precisione l'aspetto ventricolare eterogeneo con cui questa sindrome può manifestarsi. Ad oggi, non è stato raggiunto un consenso unanime sulla nomenclatura, però il termine “takotsubo” è ampiamente utilizzato in riconoscimento ai medici giapponesi che l'hanno descritta per la prima volta. La sua prevalen-

za è attualmente stimata intorno al 1-3% di tutte le sindromi coronariche acute con le quali condivide caratteristiche comuni come i sintomi iniziali di presentazione, le alterazioni elettrocardiografiche e il rialzo degli enzimi di miocardioneccrosi. A differenza delle sindromi coronariche acute e delle cardiomiopatie, la s. di Tako-Tsubo è generalmente caratterizzata da un'alterazione temporanea della funzione sistolica del ventricolo sinistro con un recupero completo entro tre settimane. L'iperattivazione adrenergica ha un ruolo centrale nella fisiopatologia

scolare al picco di catecolamine.

Come varia la prevalenza di questa sindrome nei due sessi?

Dai dati di letteratura circa il 90% dei pazienti affetti sono donne e l'80% ha un'età superiore ai 50 anni. Le donne di età superiore ai 55 anni hanno un rischio 10 volte maggiore di sviluppare la sindrome rispetto agli uomini. Ciononostante, la s. di Tako-Tsubo non è da considerarsi una malattia di genere, tanto che negli ultimi anni si è registrato un incremento dei casi nel sesso maschile, nel quale più spesso l'esordio è associato ad un trigger fisico. Infatti, un tratto distintivo della s. di Tako-Tsubo è la sua associazione con un evento stressante precedente. Inizialmente, la maggior parte dei fattori scatenanti segnalati riguardava un trauma emotivo; in seguito, è emersa anche un'associazione con stress fisici (soprattutto negli uomini), mentre in un terzo dei casi si verifica in assenza di un fattore di stress riconoscibile. I fattori scatenanti sono rappresentati per lo più da eventi emotivi traumatici, tra cui il lutto, i conflitti interpersonali, la paura e il panico. Talora, tuttavia le emozio-

ni scatenanti possono dipendere da eventi felici. I fattori di stress fisico possono essere legati a patologie mediche, come l'insufficienza respiratoria acuta, l'emorragia subaracnoidea, l'ictus cerebri, la pancreatite, la colecistite, il feocromocitoma, la tireotossicosi, le neoplasie o alle terapie ad esse correlate (chemioterapia e radioterapia). L'utilizzo dei farmaci simpaticomimetici come la dobutamina nei test provocativi o l'iso-



Trappola per polpi

di questa sindrome. È determinante l'interazione tra asse ipotalamo-ipofisi-surreni, che può rilasciare quantità cospicue di adrenalina e noradrenalina in seguito a stress, e la risposta del sistema cardiovas-

proterenolo nelle alterazioni elettrofisiologiche può essere un trigger scatenante. Da non sottovalutare che anche l'occlusione coronarica acuta può avere un ruolo causale nello sviluppo di questa sindrome.

Esiste una forma primaria ed una secondaria. Cosa caratterizza le due forme e quale distribuzione hanno nei due sessi?

La s. di Tako-Tsubo può essere distinta in una forma primaria in cui la sintomatologia cardiaca acuta è il motivo principale del consulto medico e una forma secondaria in cui l'evento patologico si verifica in pazienti ospedalizzati per altre condizioni di natura medica, chirurgica o psichiatrica. Nel primo caso le comorbidità possono coesistere, ma non sono la causa della tempesta catecolaminergica; nel secondo caso l'attivazione improvvisa del sistema nervoso simpatico e/o l'incremento delle catecolamine circolanti è la conseguenza delle patologie primarie o del loro trattamento. A tal proposito è stato riportato che i pazienti con s. di Tako-Tsubo secondaria sono più frequentemente maschi e hanno una maggiore prevalenza di morte intraospedaliera, rispetto ai pazienti con la forma primaria. I sintomi più comuni della s. di Tako-Tsubo sono il dolore toracico acuto, la dispnea o la sincope e quindi sono difficilmente distinguibili da una sindrome coronarica acuta. Nei pazienti con esordio intraospedaliero di Tako-Tsubo, quest'ultima può essere diagnosticata incidentalmente per la comparsa

di nuove alterazioni dell'ECG o per un aumento dei markers di miocardionecrosi. In relazione a quanto esposto prima, gli uomini hanno solitamente dei sintomi atipici (tachicardia, ipotensione), nascosti dalla condizione morbosa di base. Le alterazioni elettrocardiografiche tipiche di questa sindrome, come il sopraslivellamento del tratto ST (44% dei casi), il sottoslivellamento del tratto ST (8%), blocco di branca sinistro (5%) o l'inversione dell'onda T (41%), non presentano distribuzioni differenti nei due sessi. Come nella sindrome coronarica acuta, l'ECG mostra un'evoluzione temporale con una risoluzione dell'iniziale sopraslivellamento del tratto ST (laddove presente), seguito da una progressiva inversione delle onde T e prolungamento dell'intervallo QT. Nell'arco di giorni o settimane l'ECG dovrebbe tornare nella normalità. Anche i biomarcatori hanno un ruolo importante ai fini diagnostici, infatti la troponina è generalmente elevata, ma il suo incremento è basso in relazione all'entità della disfunzione ventricolare sinistra; al contrario i valori di BNP e NT-proBNP sono sproporzionatamente

elevati e il picco si osserva 24-48 ore dopo la presentazione acuta con normalizzazione nell'arco di mesi. Queste alterazioni non mostrano significative differenze in relazione al genere o all'età di presentazione clinica, sebbene un valore di troponina più basso all'esordio possa indicare una prognosi più favorevole.

Anche il pattern ecocardiografico tipico differisce nei due sessi?

Per quanto riguarda gli aspetti ecocardiografici, la prevalenza descritta in letteratura dei quattro sottotipi riscontrati comunemente non cambia tra i due sessi. Infatti, la forma apicale con a-discinesia dei segmenti medio-apicali e ipercontrattilità basale resta quella più frequente (80% dei casi), la variante medio-ventricolare ha una prevalenza del 15%, quella con acinesia basale resta un riscontro eccezionale (<5%). Sono descritte inoltre forme con un interessamento focale, per lo più della parete anterolaterale, che rendono difficile differenziarla dalla sindrome coronarica acuta e dalla miocardite senza ricorrere alla risonanza magnetica cardiaca. In circa un terzo dei pazienti la disfun-



A NOVEL CLINICAL SCORE (INTERTAK SCORE) TO DISTINGUISH TAKOTSUBO SYNDROME FROM ACUTE CORONARY SYNDROME

Annahita Sarcon, Christian Templin, Thomas F. Luscher, Jelena Ghadri and Milosz Jaguszewski

zione è biventricolare con interessamento anche del ventricolo destro. Nella maggior parte delle varianti, la disfunzione del ventricolo sinistro interessa più di un territorio di distribuzione di un vaso coronarico, generalmente con andamento circonfrenziale in assenza di lesioni “culprit” all’angiografia.

Come dobbiamo comportarci quindi quando ci troviamo di fronte ad un quadro suggestivo per s. di Tako-Tsubo?

Il modello operativo proposto nel documento di consenso internazionale prevede che i pazienti con sopraslivellamento del segmento ST debbano essere sottoposti a coronarografia urgente con ventricolografia sinistra per escludere un infarto miocardico acuto. Nei pazienti che non presentano sopraslivellamento del segmento ST si può prendere in considerazione l’utilizzo del punteggio diagnostico InterTAK. Lo score diagnostico InterTAK è stato sviluppato dal registro internazionale Tako-Tsubo ed essendo prevalente il genere femminile, questo è il componente dello “score” che conferisce il maggior punteggio fra tutti (25 punti). Un punteggio InterTAK ≤ 70 punti suggerisce una probabilità da bassa a intermedia di s. di Tako-Tsubo, mentre un punteggio > 70 indica un’alta probabilità. I pazienti con bassa probabilità dovrebbero essere sottoposti a coronarografia con ventricolografia sinistra, mentre nei pazienti con alta probabilità si dovrebbe decidere in relazione al risultato dell’ecocardiografia transtoracica. In assenza del pattern apicale circonfrenziale all’ecocardiogramma, si raccomanda di eseguire comunque la coronarografia. In linea generale, nei pazienti stabili con pattern apicale, la tomografia assiale com-

puterizzata coronarica è preferibile per escludere la coronaropatia. Nei pazienti instabili, le complicanze tipiche della s. di Tako-Tsubo, come l’ostruzione del tratto di efflusso del ventricolo sinistro, devono essere indagate e diventa essenziale effettuare sia ecocardiografia che coronarografia per escludere con sicurezza l’infarto miocardico. L’associazione tra coronarie indenni e pattern apicale, in assenza di marker suggestivi per miocardite acuta (segni o sintomi di infezione virale, aumento della proteina C reattiva o della velocità di eritrosedimentazione o presenza di versamento pericardico), indica come diagnosi più probabile la s. di Tako-Tsubo; il recupero cinetico al follow-up ecocardiografico confermerà la diagnosi. In presenza di marker di miocardite acuta, si raccomanda di eseguire la risonanza magnetica cardiaca per confermare o escludere la diagnosi.

La S. di Tako-Tsubo ha davvero una prognosi benigna?

Sebbene sia una condizione reversibile con una prognosi a medio e lungo termine benigna, la fase acuta intraospedaliera è associata, in

un quinto dei casi, a complicanze maggiori anche mortali come scompenso cardiaco acuto, ostacolo all'efflusso ventricolare sinistro, shock cardiogeno, tachicardie ventricolari e trombosi intraventricolare sinistra. Pertanto, è importante una stratificazione precoce del rischio al momento della diagnosi, che consenta una gestione clinica adeguata del paziente. I parametri che predicono un esito sfavorevole sono: trigger fisico, malattie neurologiche o psichiatriche acute, troponina iniziale superiore a 10 volte il limite massimo di riferimento e frazione d'ieiezione del ventricolo sinistro alla diagnosi < 45%. Inoltre, gli uomini hanno un tasso di morte, di eventi avversi cardiaci e cerebrovascolari maggiori fino a tre volte superiore, rispetto alle donne (8.4% vs 3.6%, $P < .0001$) e più spesso hanno una malattia critica sottostante che contribuisce ad aumentarne la mortalità. Da uno studio prospettico che ha arruolato 82 pazienti ricoverati per s. di Tako-Tsubo da gennaio 2008 a dicembre 2015, il genere maschile e il trigger fisico come causa scatenante, sono risulta-

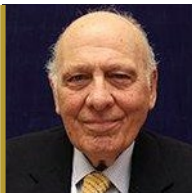
ti fattori di rischio indipendenti di mortalità intraospedaliera. Il genere potrebbe avere un ruolo anche nel follow-up: infatti nello studio di Stiermaier il genere maschile, la classe Killip 3 o 4 al momento del ricovero e il diabete mellito sono stati identificati come predittori indipendenti di mortalità a lungo termine. A tal proposito dall'analisi dei pazienti arruolati nel registro multicentrico internazionale GERman Italian Spanish Tako-Tsubo, gli uomini con tale sindrome erano più giovani ma con maggiore prevalenza di comorbidità e di cause scatenanti fisiche rispetto alle donne. Inoltre, l'analisi di sopravvivenza ha mostrato un tasso di mortalità più elevato negli uomini, sia durante la fase acuta, che dopo 60 giorni. Tra i pazienti che sopravvivono all'evento iniziale è stata descritta una recidiva in circa il 5% dei casi; il secondo evento si può manifestare per lo più a una distanza compresa tra 3 settimane e 3.8 anni dal primo. La forma ricorrente colpisce sia uomini che donne e può verificarsi in qualsiasi fascia d'età. Sebbene siano riferite recidive in diver-

se varianti, una revisione dettagliata dei casi pubblicati e l'esperienza clinica, suggeriscono che generalmente le recidive si manifestano secondo il pattern apicale.

Quale trattamento oggi?

Per quanto riguarda la terapia, non ci sono studi clinici randomizzati che supportino uno specifico trattamento della s. di Tako-Tsubo, sia nella fase acuta che nel follow-up. Le strategie terapeutiche si basano sull'esperienza clinica e sulla gestione delle possibili complicanze come l'insufficienza cardiaca, le aritmie e lo shock cardiogeno. In presenza di disfunzione ventricolare, ACE inibitori o sartani e beta bloccanti dovrebbero essere indicati. Nei casi più severi con shock cardiogeno, l'utilizzo delle catecolamine dovrebbe esser evitato ma si può ricorrere al levosimendan ed eventualmente ai supporti meccanici.

Grazie Dott. Natale per questo puntuale excursus su una sindrome che apparentemente sembra benigna ma che nasconde non poche insidie specie nel sesso maschile.



di **Eligio Piccolo**

Il fumo dopo gli off limits

Charles-Maurice de Talleyrand Périgord, Principe di Benevento e Cardinale, fu Ministro francese “plenipotenziario” prima, durante e dopo Napoleone, realizzando quindi quel “n’importe qui n’importe qua” (a prescindere da tutti e da tutto), tanto caro ai francesi di larghe vedute, e visse fino agli 84 anni. La sua abilità politica fu eccezionale e a volte ritenuta più abile che giusta, da cui il nomignolo di “diavolo zoppo”, per un difetto fisico che corregeva con uno stivaletto speciale.

Da noi gli fu paragonato Giulio Andreotti, il fidatissimo sottosegretario di Alcide De Gasperi, più volte ministro e Presidente del Consiglio durante la sua militanza nella Democrazia Cristiana, fino ai 94 anni; anche lui cattolico e con un difetto fisico, la gobba, che solo i malintenzionati consideravano un malaugurio. Quanto ai pettegolezzi personali, mentre il francese con il galero non disdegnava le grazie femminili, il romano fu sposo e padre felice, senza ombra alcuna. Entrambi non fumavano, però vissero e governarono



Charles-Maurice de Talleyrand Périgord

in lunghi periodi durante i quali il vizio tabagico stava paurosamente dilagando in tutto il mondo, purtroppo senza allarmi per la salute. O meglio, mentre al tempo di Talleyrand la scienza medica era muta e il ministro francese, sollecitato a promulgare una legge proibizionistica, rispose che l'avrebbe fatto solo se in cambio qualcuno gli avesse suggerito un altro negozio che fruttasse tanto denaro allo stato; nel periodo andreottiano, invece, c'erano già alcuni studi epidemiologici e osservazionali allarmanti, in particolare il rapporto Terry del 1964, che la politica del profitto tendeva tuttavia a sottostimare. Si sa che la medicina preventiva è lenta nel dare i suoi frutti a causa dell'ignoranza che ci viene dalla scuola e dai molti no-vax che finiscono per non fidarsi delle rinunce più o meno sgradite.



Che gli scopritori della nicotina, gli indios precolombiani, la usassero solo in rare evenienze come una specie di rito che non decadde mai a vizio, non ha rilevanza scientifica, ma forse fu il segno di un'intuizione; che alcuni ecclesiasti cattolici siano stati tentati dal proibizionismo aveva probabilmente una valenza religiosa contro i preti tabacconi; ma "all'apparir del vero", con la documentazione di infarti, di ictus e di ostruzioni nella circolazione delle gambe, la medicina ha dovuto essere più decisa. La resistenza dell'industria tabagica dei numerosi prodotti legati al fumo ha dovuto serrare i ranghi. Il primo segnale è stato la scomparsa nella pubblicità del maschio che affronta le rapide dei torrenti sotto l'egida delle Marlboro, dopo che lui stesso morì di cancro; il secondo segnale è stato l'invenzione della sigaretta elettronica, la e-sigarette, con la quale si è sperato di ottenere sia un rischio minore per la salute

licci siano stati tentati dal proibizionismo aveva probabilmente una valenza religiosa contro i preti tabacconi; ma "all'apparir del vero", con la documentazione di infarti, di ictus e di ostruzioni nella circolazione delle gambe, la medicina ha dovuto essere più decisa. La resistenza dell'industria tabagica dei numerosi prodotti legati al fumo ha dovuto serrare i ranghi. Il primo segnale è stato la scomparsa nella pubblicità del maschio che affronta le rapide dei torrenti sotto l'egida delle Marlboro, dopo che lui stesso morì di cancro; il secondo segnale è stato l'invenzione della sigaretta elettronica, la e-sigarette, con la quale si è sperato di ottenere sia un rischio minore per la salute

che un modo per smettere definitivamente il vizio. I risultati fino ad ora sono stati insoddisfacenti, sia per la presenza in quei fornelli delle e-sigarette del veleno nicotinic e sia per l'irritazione delle vie bronchiali. Un parziale successo lo si è ottenuto sul fumo passivo, l'inquinamento dell'aria che anche gli altri respirano.

Mitridate VI, re del Ponto, era riuscito a immunizzarsi dai veleni, raggiungendo così i 70, che a quei tempi, per chi scansava gli attentati, era un'età di tutto rispetto. Oggi, non essendo in grado di neutralizzare la nicotina, neanche quella passiva, sui vasi sanguigni né il suo veicolo sui polmoni, si è dovuti giungere alla conclusione che solo una dimostrazione scien-

tifica e una legge protezionistica avrebbero potuto convincere i riluttanti a ridurre l'abitudine al fumo. In effetti già dieci anni fa si era calcolato che negli ultimi 33 anni il consumo mondiale di tabacco era calato del 25% negli uomini e del 42% nelle donne, più negli anziani che nei giovani. Ma, mentre nei paesi più evoluti, compreso il nostro, dal 1980 al 2012 i fumatori uomini erano scesi dal 41% al 31% e le donne dal 10.6% al 6.2%, nei paesi dove la legislazione non si è fatta sentire i fumatori uomini erano aumentati del 41% e le donne del 7%. In Italia gli effetti della legge Sirchia si sono avuti, ma con maggiore lentezza rispetto ad altri paesi più attenti ai costi che alla Provvidenza. In parti-

colare al costo di tutto quanto si lega al fumo, compresa l'assistenza sanitaria, che per chi beneficia della mutua non appare nei propri conteggi. Negli USA invece il dottor Warner della Mayo Clinic aveva calcolato anni fa che il fumo gravava nella sanità per cento miliardi di dollari l'anno a causa delle malattie conseguenti al tabagismo. Addirittura quei pignoli anglosassoni hanno conteggiato che il costo sanitario dopo un anno dai ricoveri per le malattie legate al fumo è di 400 dollari per chi continua a fumare e di 273 per chi smette. Tutto ciò riguarda il consuntivo fino a 10 anni fa, ma la lotta legislativa è continuata e oggi su JAMA di luglio 2023 appare una rivalutazione della lotta al fumo, capeggiata da Shamima Akter, mediante una metanalisi su 144 popolazioni mondiali. Purtroppo una lotta non ancora vinta, ma che, anche se solamente a piccoli passi, comunque procede sulla strada di indurre l'homo sapiens a divenire anche homo scientificus. Come sta scritto nel sigillo dell'Istituto di Cardiologia di Città del Messico: "Amor scientia-que inserviant cordis", l'amore e la scienza al servizio del cuore.



Giulio Andreotti

Quaderno a Quadretti

di Franco Fontanini

OZIO

Disprezziamo l'ozio. Anche se sprechiamo sempre più tempo inutilmente, nessuno sa oziare. È una capacità che abbiamo perduto, invasi dalla smania di essere iperattivi e produttivi. Solo i vecchi romani sostengono ancora che non si può vivere saggiamente disprezzando l'ozio.

Cicerone detestava le persone zelanti e considerava prezioso l'ozio che per Seneca era una necessità del corpo e dello spirito.

NARCISI

Gli italiani hanno il terrore di invecchiare, la paura principale non è più quella della malattia, delle carenze assistenziali, bensì del declino estetico: lo rivela un sondaggio fatto su un campione di 985 maschi fra 35 e 55 anni. Non mancano le sorprese. Uno su due è terrorizzato soprattutto dalle rughe e, uno su tre confessa di applicare creme e maschere sul viso la sera prima di coricarsi. C'è poi chi ride il meno possibile per evitare che il volto si segni e ben il sedici per cento frequenta periodicamente centri di estetica per cure mirate contro il doppio mento, la cellulite e soprattutto i mortificanti rotoli di grasso all'altezza della cintola, considerati un vero attentato alla virilità. Pochi invece si preoccupano della perdita dei capelli. Nella classifica dei più assillati dalle rughe, al primo posto figurano i liberi professionisti: temono più le rughe (47 per cento) dell'impotenza (23 per cento). La classifica del narcisismo vede al primo posto sempre i liberi professionisti che passano davanti allo specchio 38 minuti al giorno. Centro classifica gli statali con 19 minuti, indietro i medici con 12 minuti. Solo gli operai, con 9 minuti, si specchiano meno.



L'OZIO E' IL
PADRE DEI VIZI.
E COME PADRE
DEVE ESSERE
RISPETTATO!



MAMME

Catherine Spaak racconta che la sua nonna paterna fu la prima donna senatore in Belgio.

Suo figlio Paul Henry, zio di Catherine, Primo Ministro, quando andava in senato cominciava i suoi discorsi: “Mamma, signori..... Lei si arrabbiava: “Non chiamarmi mamma in Senato!”

REPUTAZIONE

Vedo periodicamente un piccolo imprenditore che ha fatto fortuna, un brav'uomo di sessant'anni, gran lavoratore, molto depresso dopo la morte della moglie. La poveretta si è suicidata un anno fa.

In un momento di sconforto mi confida che non sta bene, non ha più voglia di niente, neppure di lavorare. “Non riesco a perdonarla, dice, una cosa simile non doveva farmela.

Mi ha rovinato la reputazione.”

CERTIFICATI

Diceva Cechov che nei certificati di nascita è scritto dove e quando un uomo viene al mondo, ma non vi è specificato il motivo e scopo.



Anton Cechov

AMORE PER GLI ANIMALI

I cristiani in generale e i cattolici in particolare sono fra coloro che amano meno gli animali.

Gli italiani, in questo, sono buoni cristiani, meno dei francesi che nel Medio Evo e nel Rinascimento bruciarono migliaia di gatti perché si riteneva che fossero incarnazioni del maligno. Oggi gli animali sono più rispettati, ma gli animalisti si occupano soprattutto delle specie in via di estinzione e la società protettrice degli animali fa quello che può.

Fa tristezza pensare alla miriade di cagnetti che la moda più dell'amore per gli animali ha portato nelle nostre case, che in questi mesi sono stati abbandonati nelle strade. Un vecchio collega è del parere che non tutti coloro che hanno un cane siano stupidi ma è convinto che tutti gli stupidi abbiano un cane. A molti non gli dovrebbe essere consentito.

L'amore degli animali non fa parte della nostra cultura. Il cane, animale che richiede affetto, è prezioso per i ciechi e

per chi ha problemi cardiocircolatori: è disponibile, conciliante, comprensivo, il miglior compagno per le passeggiate quotidiane.

Non dovremmo dimenticare gli altri popoli e le altre religioni molto migliori di noi con le bestie.

I giainisti, che in India sono parecchi milioni, andrebbero collocati al primo posto: la loro antica religione ha solamente cinque comandamenti, il terzo dei quali impone di essere vegetariani e di aver cura degli animali.

Sacerdoti e fedeli, quando camminano nei sentieri, pongono grande cura nel non calpestare formiche o altri animalletti e, verso il tramonto, quando l'aria è piena di moscerini, portano mascherine per non ispirarli.

Un sorprendente esempio di amore per gli animali ci è venuto qualche anno fa da un villaggio israeliano alla morte del macellatore; il nuovo destava qualche perplessità.

Gli venne chiesto se trattava bene gli animali che gli veni-

vano affidati per essere uccisi, se prima di ucciderli recitava le preghiere, se affilava bene le lame dei suoi strumenti, se le inumidiva prima dell'uso. A tutte le domande rispose sì, ma molti abitanti rimanevano titubanti. "Che cosa c'è che non va?" chiese perplesso.

Un anziano rispose per tutti: "Il nostro vecchio macellatore inumidiva sempre la lama con le sue lacrime".

CONSIGLI

Raccontava Arturo Toscanini che a vent'anni, nella stessa giornata, aveva baciato la prima ragazza e fumato la prima sigaretta.



Arturo Toscanini

Da allora, diceva, non ho più perso tempo con il fumo.



di **Aldo Di Giulio**

Caldo e mortalità

Le crescenti emissioni antropiche contribuiscono a un aumento del riscaldamento globale e della frequenza delle ondate di calore che hanno investito l'Europa nel 2022. Le ondate di calore sono eventi meteorologici della durata di 3/5 giorni e oltre, che si manifestano con temperature inusuali al di sopra della media, tassi elevati di umidità, forte irraggiamento solare e assenza di ventilazione.

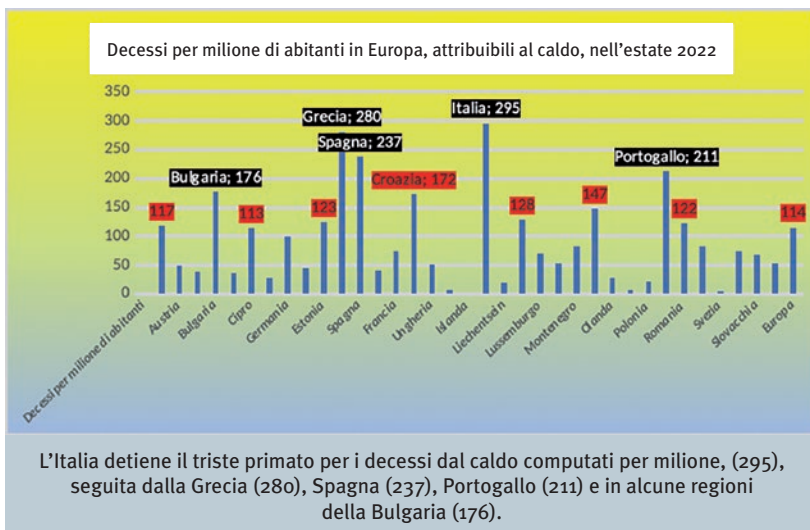
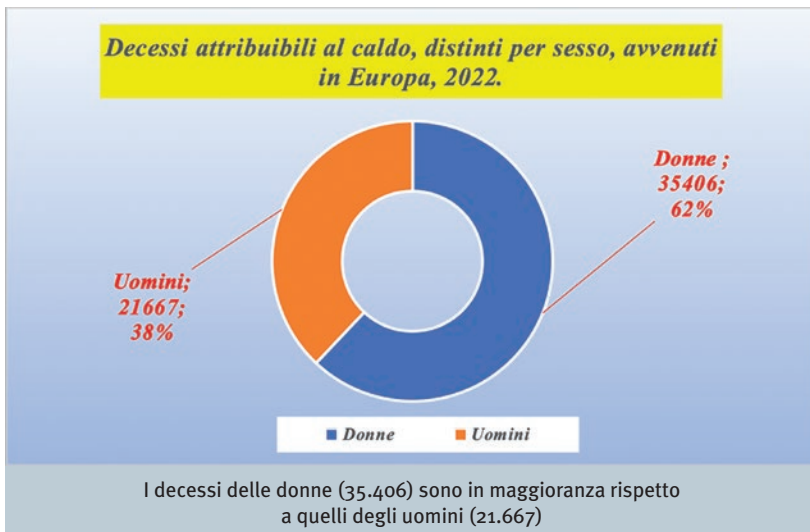
Il caldo rappresenta un'insidia per la salute umana e concorre all'aumento della mortalità e della morbilità, in particolare nei centri urbani, vere e proprie isole di calore, dove la presenza di una densità edilizia elevata, la minore ventilazione dell'aria, il traffico urbano congestionato con gas caldi di scarico autoveicolari, le emissioni civili e delle attività produttive, portano a una maggiore temperatura rispetto alle aree suburbane e agricole.

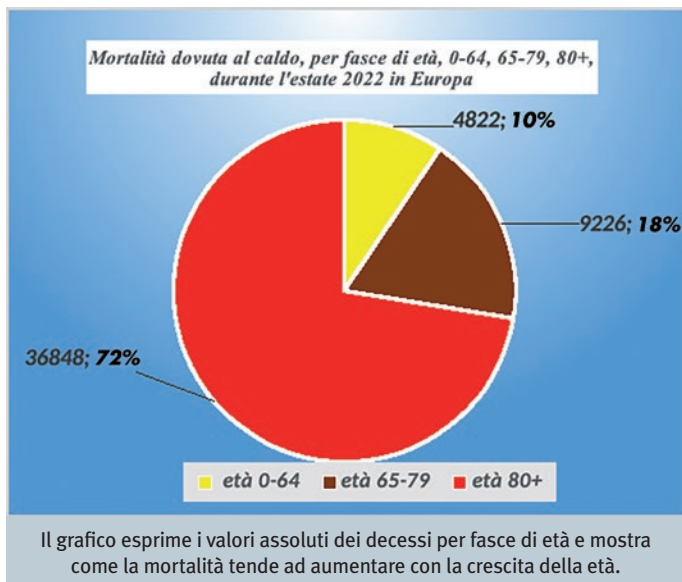
Gli otto anni dal 2015 al 2022 sono stati gli anni più caldi mai registrati e l'Europa è ormai considerata un hotspot climatico. Le temperature medie europee del 2022, hanno regolarmente superato i valori climatologici del 1991-2020. Il 2022 è stato il secondo anno più caldo mai registrato in Europa, con 0,9° C sopra la media. L'estate 2022 è stata la più calda mai registrata, con 1,4° C sopra la media e 0,3-0,4° C sopra la precedente estate più calda, quella del 2021. Per l'intero anno temperature superiori alla media si sono verificate nella Scandinavia nord-orientale e nei paesi che si affacciano sul Mar Mediterraneo nord-occidentale.

Uno studio svolto dall'Istituto di Barcellona per la Salute globale (IS Global) ha messo a fuoco i decessi avvenuti durante l'estate del 2022 in relazione al parametro della temperatura. È stato indagato il data base di Eurostat sui 45.184.044 decessi avvenuti nel 2022 in 823 regioni di 35 paesi europei che rappresentano 543 milioni della popolazione. L'analisi ha sti-

mato in Europa 62.862 decessi attribuiti al caldo, 61.672 di questi decessi sono stati ascritti alla calura nel periodo dal 30 maggio al 4 settembre 2022. I valori stimati hanno una forchetta, margine di incertezza con indice di confidenza (IC) 95%, che potrebbe abbassare il numero dei decessi da 61.672 a 37.643 o alzarlo a 86.807. I decessi osservati tra l'11 luglio e il 14 agosto sono stati 38.881 (IC 95% = 25.051-53.699). La mortalità legata al caldo durante queste cinque settimane ha rappresentato quasi i due terzi della mortalità complessiva dell'estate (61.672; IC 95%= 37.643-86.807). L'ondata di caldo più intensa è stata osservata durante la settimana dal 18 al 24 luglio in cui si sono verificati 11.637 decessi (intervallo di confidenza al 95% (CI)= 7.639-15.970) in particolare nell'Europa centrale e meridionale. La ricerca ha studiato i riscontri di mortalità per tutte le cause in quanto non erano disponibili dati specifici per causa e a ciò si aggiunge che non erano fruibili i valori relativi a Regno Unito, Irlanda e Germania. Questo handicap è importante perché alcune delle differenze nei rischi e nei nume-

ri legati al caldo potrebbero essere interpretate meglio nel quadro di una analisi approfondita delle cause di morte.





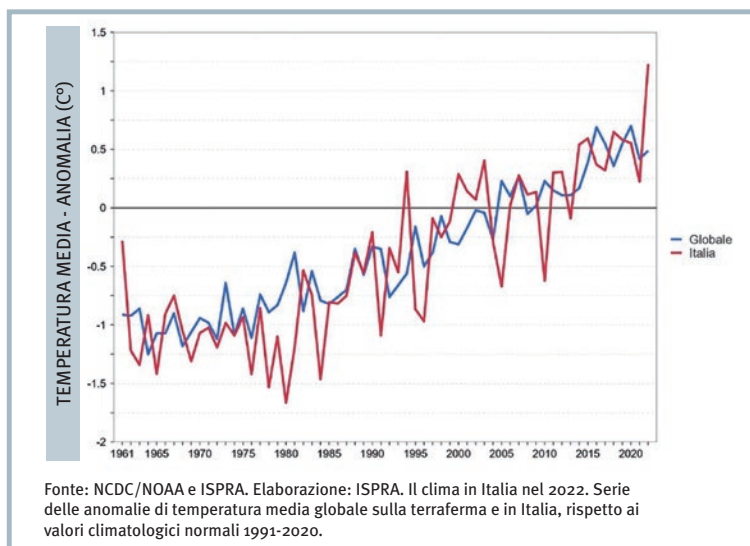
La temperatura in Italia nel 2022.

Il 2022 sulla terra è stato il quinto anno più caldo della serie storica, con un'anomalia di 0,49°C rispetto alla media 1991-2000, in Italia invece rispetto allo stesso periodo di riferimento si è registrato un'anomalia media di 2,23°C. Il 2022 è risultato l'anno più caldo della serie dal 1961, superando di 0,58°C il precedente record assoluto del 2018 e di 1,0° C il valore del precedente 2021.

Per il numero medio di notti tropicali e numero medio di giorni estivi, il 2022 si colloca al primo posto della serie dal 1961, rispettivamente con +22 giorni e con +23 giorni rispetto alla nor-

ma, mentre per il numero di giorni torridi si colloca al secondo posto dopo il 2003.

La ricerca dell'IS Global ha messo a nudo la fragilità delle popolazioni europee rispetto al caldo, in particolare nei Paesi del Mediterraneo che sono esposti alle ondate di calore con maggiore rischio. La temperatura media dell'Europa rapportata alla media globale, se trova conferma di un'ulteriore crescita nel tempo, impone alla Comunità Europea adeguati piani di prevenzione per fronteggiare questo flagello. Dopo l'estate del 2003 con 71.449 decessi dal caldo in Europa, le 62.862 morti associate alla calura del 2022, risuonano come un sinistro campanello di allarme che impone una protezione adeguata da adottare il prima possibile.

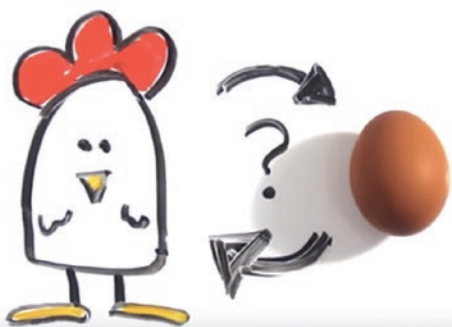


“

Ipertensione ed epistassi: uovo o gallina?

L'epistassi, termine medico che indica la comparsa di un sanguinamento dal naso, si verifica nel 60% delle persone almeno una volta nella vita. La maggior parte degli episodi sono lievi e di breve durata, ma circa il 6% delle persone con epistassi necessita invece di un intervento medico. Le possibili cause dell'epistassi sono molte, tra queste eccessiva secchezza dell'aria, infezioni, allergie, traumi, abuso di alcol e uso di anticoagulanti. Il verificarsi di un'epistassi viene però in prima ipotesi sempre attribuita ad elevati valori di pressione. In realtà la relazione tra i due fenomeni è stata finora ipotizzata più sulla base dell'impressione clinica che di dati scientificamente provati ed il dubbio se venga prima l'uovo o la gallina non è ancora stato definitivamente fugato. È difficile, infatti, mantenere la calma quando un copioso flusso di sangue fuoriesce dalle narici e quindi gli elevati valori tensivi spesso rilevati in tali circostanze

possono essere la conseguenza e non la causa dell'emorragia. Per tale motivo negli ultimi anni diverse revisioni sistematiche hanno esaminato il legame tra ipertensione ed epistassi. Esse hanno purtroppo fornito risultati molto eterogenei e così l'associazione tra queste due condizioni rimane tuttora controversa. Uno studio retrospettivo condotto in ambito ospedaliero su pazienti ricoverati per un episodio di grave epistassi spontanea, ad esempio, ha evidenziato che l'ipertensione di per sé non sembra rivestire un ruolo statisticamente significativo nella comparsa o nella severità delle epistassi spontanee gravi,



sebbene queste ultime possano essere il segno di presentazione di un' ipertensione, fino ad allora misconosciuta, in circa il 43% dei pazienti.

D'altro canto i risultati di un altro studio retrospettivo, più recente, suggeriscono invece che l'ipertensione è associata ad un aumento del rischio e della gravità dell'epistassi. In un campione di oltre 35.000 persone ipertese, infatti, il tasso di incidenza dell'epistassi è stato di 32,97 per 10.000 persone, rispetto a 22,76 per 10.000 persone nel gruppo di controllo. Negli ipertesi era aumentato anche il rischio di recidiva di sanguinamento con un tasso di incidenza di 1,96 per 10.000 persone contro 1,59 dei normotesi. Inoltre gli ipertesi con epistassi avevano maggiori probabilità di ricorrere al pronto soccorso e di ricevere un tamponamento nasale posteriore.

Alla luce della discordanza di tali dati il dubbio iniziale rimane quindi insoluto così come è anche da definire se una gestione efficace dell'ipertensione sia in grado di ridurre l'incidenza e la gravità dell'epistassi. Di certo, che sia uovo o sia gallina, il verificarsi di emorragia nasale deve comunque essere inteso come un campanello d'allarme ed indurre quantomeno a misurazioni frequenti della pressione.

Filippo Stazi

”



Filippo Brandimarte

Nuove frontiere dell'elettrostimolazione: il pacemaker bicamerale senza fili



I due grandi talloni di Achille dell'impianto di pacemaker transvenoso tradizionale sono state e continuano ad essere le complicanze legate alla procedura in sé (fra cui il pneumotorace, quando viene utilizzata come via d'accesso la succlavia, e gli ematomi) e **quelle infettive** (legate all'infezione della tasca e/o degli elettrocatteteri). Gli sforzi della tecnologia per ridurre tali complicanze hanno portato recentemente allo sviluppo di pacemaker monocamerale senza fili che però hanno la grande limitazione di non avere la possibilità di pacing atriale e, ovviamente, di garantire un'efficace sincronia atrio-ventricolare, di fatto dando la possibilità solo al 20% di tutti i pazienti che necessitano di un impianto di pacemaker di accedere a tale device, escludendo quindi i pazienti con malattia del nodo del seno o blocchi atrio-ventricolari (che rappresentano peraltro l'indicazione più comune ad impianto) per i quali è necessaria appunto la presenza di un pacing anche atriale. **La Abbott Medical però ha recentemente introdotto il primo pacemaker bicamerale (Aveir) senza fili che teoricamente supera queste limitazioni.** A tal proposito in un recente numero della prestigiosa rivista *New England Journal of Medicine* sono stati pubblicati i risultati del trial prospettico, internazionale e multicentrico Aveir DR i2i che ha arruolato da febbraio ad agosto 2022 circa 300 pazienti con indicazione ad impianto di pacemaker bicamerale ed età di almeno 18 anni, escludendo i soggetti portatori di protesi meccaniche tricuspидali, filtri cavali, già portatori di elettrocatteteri o di altri dispositivi medici elettronici. I 2 device senza



Statua di Achille

fili vengono rilasciati tramite apposito catetere sotto guida fluoroscopica nelle due rispettive camere cardiache (atrio e ventricolo destro) per via percutanea transfemorale venosa ed ancorati tramite una vite direttamente montata sul dispositivo. Il corretto posizionamento poi è verificato tramite ecocardiografia intracardiaca anche se questo non è stato reso obbligatorio dal protocollo dello studio. Una volta rilasciati i due device comunicano tra di loro via wireless ad ogni singolo battito cardiaco. L'endpoint primario di sicurezza è stato privo di complicanze

nei successivi 90 giorni dall'impianto. L'endpoint primario di efficacia è stato un combinato di soglia di cattura atriale adeguata (≤ 3 V con 0.4 msec) e ampiezza di sensing ≥ 1.0 mV a 3 mesi. L'endpoint secondario di efficacia è stato un'adeguata sincronia atrioventricolare a 3 mesi, definita come battito ventricolare spontaneo o elettro indotto entro massimo 300 msec dalla presenza di un battito atriale spontaneo o elettro indotto in almeno il 70% di cicli cardiaci che possono essere verificati in un'osservazione di 5 minuti. Le indicazioni più comuni all'impianto di pacemaker bicamerale sono state malattia del nodo del seno (190 pazienti pari al 63.3% della popolazione) e blocco atrioventricolare (100 pazienti, 33.3% della intera coorte). Circa il 20% dei soggetti era stato precedentemente sottoposto a procedure ablativistiche e l'8.7% a estrazione di elettrocatetere o pacemaker senza fili. **La procedura di impianto di pacemaker bicamerale senza fili è stata effettuata con successo in 295 (98.3%) dei 300 pazienti** oggetto di studio con 2 casi di mancato impianto del pacemaker atriale e 3 casi di comunicazione inadeguata dei due pacemaker una volta rilasciati. Il tempo medio dell'intera procedura è stato di 86.3 ± 36.5 minuti con 18.3 ± 10.7 minuti di tempo di fluoroscopia. Un riposizionamento del device atriale è stato necessario in 72 casi (24.2%) e in 31 (10.4%) ci sono voluti più tentativi di riposizionamento. Il riposizionamento del device ventricolare, invece, è stato necessario in 40 soggetti (13.4%) e in 6 pazienti (2.0%) con più di un tentativo. **Si sono registrate 35 complicazioni (legate al device o alla procedura) in 29 pazienti nei 90 giorni successivi all'impianto (28 delle quali nei primi 2 giorni post impianto), mentre 271 pazienti (90.3%) non hanno avute.** In 8 casi si sono sviluppate fibrillazioni atriali post impianto, specie in chi ne aveva già sofferto in precedenza. 2 danni cardiaci maggiori (versamento pericardico correlato al device atriale) si sono verificati in 2 pazienti. 6 disloca-

zioni di un device si sono verificati in 5 pazienti per lo più a causa di una fissazione non ottimale alla parete. L'impianto nell'auricola distale o media è stato associato ad un più alto rischio di dislocamento con un risultato migliore ottenuto con impianto all'ostio auricolare. Al termine del *follow-up* si sono verificati 4 decessi ma nessuno correlato al dispositivo o alla procedura. Nel periodo di *follow-up* si sono verificati 8 revisioni di procedura:

dia è stata 0.82 ± 0.70 V con 0.4 msec e l'ampiezza media della P è stata 3.58 ± 1.88 mV con un endpoint primario di efficacia che si è verificato nel 90.2% dei casi. Infine, almeno il 70% della sincronia atrio-ventricolare è stata registrata nel 97.3% dei pazienti. Il trial dimostra come la procedura si possa effettuare con successo in quasi la totalità dei casi (98.3%) e che a 3 mesi i risultati di sicurezza ed efficacia di gran lunga hanno superato le soglie attese. **Oltre il 90% dei pazienti è stato libero da complicanze al termine del *follow-up*, infatti, e con ottime soglie e sensing atriali. Una buona sincronizzazione atrio-ventricolare, poi, si è verificata in oltre il 97% dei casi.** L'evento avverso più comune è stato il versamento pericardico verificatosi nello 0.7% dei casi e mai ad esito fatale. Le complicanze più frequenti sono state il dislocamento del dispositivo atriale (specie quando non fissato all'ostio dell'auricola) e

la fibrillazione atriale, quest'ultima verificatasi nel 3% dei casi (9 pazienti) probabilmente a causa dell'effetto pro-aritmico meccanico del device atriale. **Sebbene la procedura e anche i dispositivi vadano migliorati per aumentare ulteriormente il tasso di successo delle procedure e minimizzare gli eventi avversi, questa tecnologia costituisce un buon passo avanti per l'abbattimento delle complicanze infettive considerando la popolazione fragile ed anziana che più spesso necessita dell'impianto.** Punti deboli o comunque motivo di ulteriori studi con casistiche più ampie e *follow-up* più lunghi al momento sembrano essere soprattutto

in tutti i casi il device è stato rimosso con successo e riposizionato correttamente in 6 e la causa della revisione è stata sostanzialmente una dislocazione. **La soglia atriale me-**

il meccanismo di fissaggio dei dispositivi (con percentuali di dislocamento ancora un po' alte), la relativa tecnica di impianto (specie del dispositivo atriale) e la durata della batteria, altro parametro da non sottovalutare per ridurre il più possibile i reimpianti visto l'aumentare progressivo dell'aspettativa di vita media dei pazienti.





Camilla Cavallaro

Nuove frontiere per il trapianto cardiaco: l'utilizzo di cuori provenienti da donatori deceduti per arresto cardiocircolatorio



L'outcome dei pazienti che ricevono un cuore da un donatore deceduto dopo arresto cardiocircolatorio sembrerebbe essere sovrapponibile a quello di coloro che hanno ricevuto l'organo da donatori convenzionali (ovvero soggetti deceduti per morte cerebrale), queste sono le importanti considerazioni emerse da un nuovo trial randomizzato recentemente pubblicato su NEJM.

Con l'avanzare della scienza e della tecnologia, si è verificato un aumento della richiesta di cuori per il trapianto rispetto al passato. Il trapianto cardiaco viene tradizionalmente eseguito utilizzando cuori prelevati da donatori deceduti per morte cerebrale, questo consente infatti una valutazione in situ della funzionalità cardiaca e delle caratteristiche necessarie per il trapianto. Negli ultimi anni è stata presa però in considerazione un'ulteriore opzione, ovvero il prelievo da donatori deceduti per arresto cardiocircolatorio; dal 2019 negli Stati Uniti diversi centri hanno sperimentato questo tipo di trapianto, garantendo mediante utilizzo di macchinari per la circolazione extracorporea la conservazione dell'organo e la possibilità di eseguire valutazioni specifiche pre-trapianto. Schroder e colleghi per verificare questa possibilità hanno elaborato un trial randomiz-



ricevente da donatori post morte cardiocircolatoria e 90 hanno ricevuto un cuore da donatore deceduto per cause cerebrali. Sono stati quindi analizzati 166 soggetti sottoposti a trapianto (80 provenienti dal circulatory-death group e 86 provenienti dal brain-death group).

La sopravvivenza a 6 mesi è stata del 94% (95% confidence interval [CI], 88 to 99) nel circulatory

death group e del 90% (95% CI, 84 to 97) nel brain death group (P<0.001 per non inferiorità).

zato di non inferiorità condotto su 180 soggetti adulti, candidati a trapianto cardiaco assegnati in rapporto 3:1 a ricevere un cuore proveniente da un donatore con arresto cardiocircolatorio (circulatory-death group) o un cuore conservato a basse temperature prelevato da donatore deceduto per morte cerebrale (brain-death group).

L'endpoint primario valutato è stata la sopravvivenza a 6 mesi (corretta in base al rischio) nei due gruppi di trattamento (circulatory-death group vs brain-death group). L'endpoint di sicurezza è stato la valutazione dell'incidenza di eventi avversi riguardanti il graft nei primi 30 giorni dopo il trapianto.

Risultati dello studio:

Dei 180 pazienti arruolati e sottoposti a trapianto cardiaco, 90 sono stati assegnati al gruppo

death group e del 90% (95% CI, 84 to 97) nel brain death group (P<0.001 per non inferiorità).

Gli autori del trial hanno quindi dimostrato che non ci sono sostanziali differenze nei due gruppi in termini di eventi avversi maggiori a 30 giorni dal trapianto.

In conclusione a 6 mesi di distanza, ***l'outcome dei pazienti che hanno ricevuto un cuore, preservato con circolazione extracorporea, di un deceduto post arresto cardiocircolatorio è risultato essere non inferiore in termini di sopravvivenza e sicurezza rispetto a quello di chi ha ricevuto il trapianto convenzionale di un cuore conservato a basse temperature dopo morte cerebrale.***

Negli ultimi decenni è aumentata l'incidenza dei pazienti cronici affetti da scompenso cardiaco, ogni anno migliaia di persone vengono sottoposte a trapianto ma nonostante questo circa il 10% muore aspettando in lista d'attesa. I risultati di questo studio, sebbene necessitino di conferme con follow up più lungo, sono molto incoraggianti in questo campo, poiché aprono le porte ad un maggior numero di persone affette da insufficienza cardiaca, per avvalersi di questa terapia salvavita.

Questo trial è innovativo in quanto è il primo studio randomizzato, controllato, pubblicato sull'argomento ed ha suscitato grande interesse data la crescente necessità di incremento del numero dei trapianti. I risultati del follow-up ad un anno ci forniranno sicuramente maggiori dettagli sul profilo di sicurezza di questa nuova opzione.

Ciao Vito

Un altro dei collaboratori storici di Cuore e Salute non c'è più. Vito Cagli, il Professor Vito Cagli, è infatti scomparso lo scorso agosto.

Mancherà alla sua famiglia, agli amici, ai pazienti e mancherà molto anche alla nostra rivista. I suoi articoli, infatti, hanno arricchito per anni Cuore e Salute di forma e sostanza.

Dalle sue pagine traspariva la sobria eleganza e l'autorevole compostezza di chi conosce approfonditamente l'argomento di cui tratta e anche il modo di scriverne, qualità ormai sempre più rare.

Ipertensivologo di fama, ma non solo, era il punto di riferimento, anche per questa rivista, di tutte le tematiche legate all'ipertensione.

Ricordo un suo articolo di qualche anno fa: "Il risveglio dell'iperteso" che ho a lungo distribuito ai miei pazienti ritenendolo il modo migliore per soddisfare tutte le loro domande sulla pressione alta.

Negli ultimi anni alcuni problemi di salute lo avevano purtroppo costretto a ridurre la sua collaborazione a Cuore e Salute ed ora la sua parabola terrena si è interrotta.

Gli auguro di trovare, anche lassù, una bella biblioteca in legno, piena dei volumi che tanto amava e di continuare a scrivere le sue pagine, belle e mai banali.

Filippo Stazi



”

Lettere a Cuore e Salute

DOMANDA

Le diete che proteggono il cuore

Spettabile Redazione di Cuore e Salute, sono consapevole che le domande che sto per porvi sono probabilmente troppo semplicistiche ma sono ormai perso tra le mille nuove diete che vengono proposte di continuo. Sono tutte effettivamente salutari? Ce n'è qualcuna che è sicuramente migliore delle altre?

Roberto L., Caserta



RISPOSTA

Gentile Sig. Roberto, il ruolo centrale svolto da una corretta alimentazione nel preservare il benessere del cuore è ormai compreso da molto tempo. Già Feuerbach, nell'ottocento, affermava che "l'uomo è ciò che mangia", anche se il suo pensiero, in realtà, si elevava ben oltre la semplice prevenzione cardiovascolare. Concordo con lei che, parallelamente al diffondersi di tale consapevolezza, si è anche moltiplicato il numero dei regimi dietetici che vengono proposti e che, quindi, è ormai molto difficile orientarsi in tale ambito. Ad aumentare la complessità dell'argomento è anche il recente intendimento che gli effetti dell'alimentazione sulla salute, a causa della sinergia tra nutrienti e fonti alimentari, dipendono più dai modelli dietetici nel loro complesso che dai singoli alimenti considerati individualmente. Nella ricerca di un Virgilio che ci guidi in mezzo alla disinformazione nutrizionale e l'enfasi fuori luogo tipici della nostra epoca, è quindi saggio rivolgersi a fonti autorevoli quali le linee guida dietetiche 2021 dell'American Heart Association. Queste promuovono la dieta mediterranea, la DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension traducibile con Approcci dietetici per contrastare l'ipertensione) che permette di scegliere tra una vasta gamma di alimenti a patto che siano a basso contenuto di sodio, la dieta vegetariana e anche quella pescetariana. Bocciano invece alcune delle diete più seguite, in particolare la paleolitica, basata sul consumo di cibi come selvaggina, uova, pesce, rettili, vermi, bachi, insetti, consumati in epoca preistorica, e la chetogenica, basata sulla riduzione dei carboidrati alimentari che obbliga ad aumentare il consumo energetico dei grassi contenuti nel tessuto adiposo.

Il buon senso, poi, dovrebbe ricordarci che la scelta del tipo di dieta non può prescindere dal paese dove si vive ed alle nostre latitudini, perciò, per noi italiani, non vi è motivo per non prediligere il regime alimentare mediterraneo.

Cordiali saluti.

Filippo Stazi

“

POESIE IN CAMICE

In camice

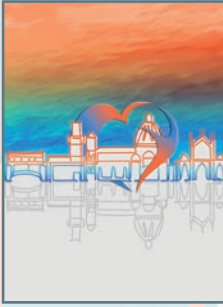
Indosso l'abito bianco,
come eredità simbolica
di un padre attento
all'umana debolezza
e conoscitore
dell'amore senza condizioni.
Mi auguro sia accaduto
l'olismo dei sentimenti
da quel che da lui ho appreso
e da quel che nell'animo ho elaborato:
il bilancio del mio impegno
ne esalta il ricordo.
Gli confiderei che
al pari suo
la visita all' esistenza
di quanti mi si sono affidati
è stato il privilegio
della mia vita in camice.
Che per loro ho frugato
nel mio confinato sapere
ed ho usato le mani
come una finestra della mente
evitando gesti ripetuti,
da insetto laborioso e
trovandone rispetto per me stesso.

Così ho “ fatto arte”,
senza averne le qualità,
coniugando la perizia del fare
alla simpatia del condividere:
così ho espresso quanto potevo
eppure ancor mi chiedo
se ho offerto il conforto.
Ora nella mia memoria
sfila una galleria di ritratti
con vivaci didascalie,
incancellabili.



Alessandro Fontanelli

”



CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2024

Programma preliminare

41° Congresso di Cardiologia

del Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus
Firenze, Fortezza da Basso, 29 febbraio -1-2-3 marzo 2024

Coordinamento: Francesco Prati

GIOVEDÌ 29 FEBBRAIO

14.15 **Cerimonia di apertura**
Saluto ai partecipanti

I Sessione Moderatori: Francesco Bovenzi, *Lucca*
Italo Porto, *Genova*

14.30 **L'emorragia cerebrale nel paziente fibrillante:
impieghiamo i NAO senza attendere troppo?**
Giuseppe Di Pasquale, *Bologna*

14.45 **Controversia in cardiologia: clopidogrel o acido
acetilsalicilico nel trattamento delle sindromi
coronariche croniche?**
Laura Gatto, *Roma*

15.00 **La golden hour nella gestione dello shock: fare
tanto, fare in fretta**
Marco Marini, *Ancona*

15.15 **Discussione**

II Sessione Moderatori: Domenico Gabrielli, *Roma*
Francesco Maisano, *Milano*

15.30 **Impiego delle glicozine nell'infarto miocardico
acuto: lo studio DAPA-MI**
Fabrizio Oliva, *Milano*

15.45 **La stenosi aortica di grado moderato nel
ventricolo disfunzionante. Va forse trattata?**
Michele Senni, *Bergamo*

16.00 **Il monitoraggio in remoto dello scompenso
cardiaco grave**
Angela Beatrice Scardovi, *Roma*

16.15 **Discussione**

16.30 **Intervallo**

17.00 - 18.00 **LIVE IN THE BOX**

**QUANDO LA DIAGNOSI POGGIA SU DI UN
ECO-TRANSESOFAGEO**

TBD

VENERDÌ 1 MARZO

SIMPOSIO FOCUS sull'interventistica: parola ai nuovi trials

Moderatori: Corrado Tamburino, *Catania*
Ottavio Alfieri, *Milano*

9.00 **Trattamento riparativo percutaneo
dell'insufficienza tricuspudica**
Antonio Colombo, *Milano*

9.10 **Rivascolarizzazione multivasale immediata
nell'infarto: cambio di strategia?**
Piera Capranzano, *Catania*

9.20 **In questi casi preferisco la MitraClip: i dati del
COAPT a 5 anni**
Antonio Bartorelli, *Milano*

9.30 **L'imaging intravascolare per l'angioplastica
complessa entra nelle linee guida**
Flavio Biccirè, *Roma*

9.40 **Discussione**

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

10.00 **Eliminare il colesterolo LDL dopo l'infarto.....ma
solo per un po'**
Francesco Prati, *Roma*

10.15 **La sindrome di Brugada: identificazione dei
soggetti a rischio e terapia**
Fiorenzo Gaita, *Torino*

10.30 **Intolleranza alle statine: molte armi a disposizione**
Alberto Corsini, *Milano*

10.45 **Ruolo dei GLP1 agonisti nell'obesità e scompenso
a frazione di eiezione preservata**
Pierluigi Temporelli, *Veruno - NO*

11.00 **Discussione**

VENERDÌ 1 MARZO

11.20 – 11.50 **LETTURA**

COME E QUANDO IMPIEGARE L'ECOGRAFIA TRIDIMENSIONALE

Mauro Pepi, *Milano*

Introduzione: Matteo Cameli, *Siena*

11.40 **Discussione**

11.50 **Intervallo**

14.00 - 15.00 **LIVE IN THE BOX**

APPLICAZIONE DELLA RISONANZA MAGNETICA IN CARDIOLOGIA

TBD

15.00 - 15.30 **LECTURE**

Optimal Revascularization Strategy in Heart Failure with Reduced Ejection Fraction (HFrEF)

Edward T. A. Fry, *Indianapolis, IN – USA*

Introduction by: Francesco Prati, *Roma*

15.20 **Discussion**

15.30 - 16.00 **LETTURA**

TBD

16.00 - 17.00 **3 MINI CORSI:**

- LONGITUDINAL STRAIN TECNICHE E APPLICAZIONI CLINICHE

Matteo Cameli, *Siena*

- VENTILAZIONE POLMONARE IN UNITA' CORONARICA

Marco Marini, *Ancona* - Luca Angelini, *Ancona*

- TAC IN CARDIOLOGIA

Gianluca Pontone, *Milano*

SABATO 2 MARZO

IV Sessione **Moderatori:** Giancarlo Piovaccari, *Rimini*
Francesco Versaci, *Roma*

8.45 **Prevenzione della tromboembolia dopo una frattura: basta l'acido acetilsalicilico?**

Stefano Savonitto, *Lecco*

9.00 **Processo alla ricerca della vitalità del miocardio**

Leonardo Bolognese, *Arezzo*

9.15 **L'inibizione del fattore XI nei pazienti con sindrome coronarica acuta**

Davide Capodanno, *Catania*

9.30 **Discussione**

SIMPOSIO PROBLEMI DA RISOLVERE NELLE CARDIOMIOPATIE

Moderatori: Claudio Cavallini, *Perugia*
Gian Franco Pasini, *Gavardo - BS*

10.00 **Il punto sul trattamento dello storm aritmico**

Giovanni Carreras, *Terni*

10.15 **L'avevi visto? Novità dalle Linee Guida ESC sulle cardiomiopatie**

Eloisa Arbustini, *Pavia*

10.30 **Nuovi concetti: le cardiomiopatie da disturbo di conduzione (BBSX, pre-eccitazione, sindrome da PMK)**

Gianfranco Sinagra, *Trieste*

10.45 **Discussione**

11.00 **Intervallo**

SIMPOSIO NUOVI SPUNTI IN ARITMOLOGIA

Moderatori: Claudio Ferri, *L'Aquila*
Pierfranco Terrosu, *Sassari*

11.15 **L'ablazione del QT lungo nei pazienti con fibrillazione ventricolare ricorrente**

Carlo Pappone, *Milano*

11.30 **Gestione delle aritmie atriali identificate da cardiac devices**

Filippo Stazi, *Roma*

11.45 **Efficacia della crioablazione nella fibrillazione atriale: confronto con la terapia antiaritmica**

Riccardo Cappato, *Sesto San Giovanni - MI*

12.00 **Discussione**

12.20 **Intervallo**

SABATO 2 MARZO

14.00 - 14.30 **LETTURA**

LA MEDICINA CHE CAMBIA: L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE

Luigi Tavazzi, *Cotignola - RA*

Introduzione di: Francesco Prati, *Roma*

14.20 **Discussione**

14.30 **Premio Pier Luigi Prati**

14.35 - 15.30 **LIVE IN THE BOX**

RIVASCOLARIZZAZIONE NEL PAZIENTE CON SCA: IL PROBLEMA DELLA LESIONE NON CULPRIT

TBD

15.30 - 16.00 **LECTURE**

TREATMENT OF AMYLOIDOSIS: PRESENT AND FUTURE

Angela Dispenziers, *Rochester, MN - USA*

Introduction by: Eloisa Arbustini, *Pavia*

15.50 **Discussion**

16.00 - 17.00 **MINI CORSI:**

- **ECOGRAFIA TRANSESOFOGEEA BIDIMENSIONALE E TRIDIMENSIONALE**

Maria Teresa Mallus, *Roma* - Vittoria Rizzello, *Roma*

- **RMN IN CARDIOLOGIA**

Gianluca Pontone, *Milano*

- **TAVI**

Carmelo Sgroi, *Catania*

DOMENICA 3 MARZO

9.15 **Premiazione "Comunicazioni Scientifiche"**

V Sessione **Moderatori:** Raffaele De Caterina, *Pisa*
Carlo Di Mario, *Firenze*

9.30 **La risposta ai farmaci antipertensivi è eterogenea?**

Razionale per percorsi personalizzati

Giovambattista Desideri, *L'Aquila*

9.45 **C'è chi vorrebbe il colesterolo LDL a zero**

Claudio Borghi, *Bologna*

10.00 **Interpretare le extrasistoli per arrivare ad una diagnosi**

Leonardo Calò, *Roma*

10.15 **Tabù in cardiologia: i sartani aggravano l'insufficienza renale**

Gennaro Cice, *Napoli*

10.30 **Screening della cardiomiopatia dilatativa nei familiari**

stretti: a chi, come e quando

Maurizio Pieroni, *Arezzo*

10.45 **Discussione**

SCHEDA ISCRIZIONE AL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2024

Da compilare in stampatello ed inviare a: **Centro per la Lotta contro l'Infarto S.r.l.** • Via Pontremoli 26 - 00182 Roma • Fax 06 3221068 • e-mail: info@centrolottainfarto.it

COGNOME NOME

DATA E LUOGO DI NASCITA

CODICE FISCALE/P.IVA

CODICE UNIVOCO INDIRIZZO PEC

VIA CAP CITTÀ Prov ()

TEL () CELL. E-MAIL
(obbligatorio per ricevere conferma iscrizione)

ISCRIZIONI INDIVIDUALI AL CONGRESSO (inclusa IVA 22%) (farà fede la data in cui viene effettuato il pagamento)	Entro il 10/01/2024	Dal 11/01/2024
• Iscritti alla Fondazione (in regola con la quota 2024 € 75,00)	<input type="checkbox"/> € 300,00	<input type="checkbox"/> € 350,00
• Non iscritti alla Fondazione	<input type="checkbox"/> € 400,00	<input type="checkbox"/> € 450,00
• Giovani Medici, iscritti e non alla Fondazione nati dopo il 01.01.1989 (allegare fotocopia documento)		€ 200,00
• One day: <input type="checkbox"/> venerdì o <input type="checkbox"/> sabato		€ 150,00

Tutte le informazioni ed i dettagli sono riportati nelle informazioni generali del programma, pag. 18, alla voce "Quote di iscrizione"
La presente scheda non verrà considerata se non accompagnata dal relativo pagamento (a seguire le modalità di pagamento)

MODALITÀ DI PAGAMENTO

(Valide esclusivamente per l'iscrizione al Congresso)

- bonifico bancario **IBAN IT910030690331510000006286**, intestato al Centro per la Lotta contro l'Infarto S.r.l.
c/o Intesa San Paolo sede di Roma, Via E. Q. Visconti, 22 - Roma
- assegno allegato non trasferibile intestato al Centro per la Lotta contro l'Infarto S.r.l.
- carta di credito circuito VISA.

Carta N° Scadenza /

Nome e Cognome del titolare della carta.

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

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

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

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

Data

Firma



Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

SCHEDA ISCRIZIONE ALLA FONDAZIONE (ANNO 2024)

Da compilare in stampatello ed inviare a:

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

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

• QUOTA DI ISCRIZIONE ALLA FONDAZIONE PER L'ANNO 2024

€ 75,00

La presente scheda non verrà considerata se non accompagnata dal relativo pagamento (a seguire le modalità di pagamento)

MODALITÀ DI PAGAMENTO

(Valide esclusivamente per l'iscrizione alla Fondazione)

- versamento su c/c postale n. 64284003, intestato al **Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus**;
- bonifico bancario **IBAN IT56Y010050321300000012506**, intestato al Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus, c/o BNL Ag. 13
- assegno allegato non trasferibile intestato al Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus
- carta di credito circuito VISA.

Carta N° Scadenza /

Nome e Cognome del titolare della carta

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

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

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

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

Data

Firma

aforismi

L'amore più coltivato è l'amor proprio.

> *Alessandro Morandotti*

Sin da Adamo i cretini sono stati in maggioranza.

> *Casimir Delavigne*

Pertini ha commesso tanti errori ma non sbagliò una lacrima né un funerale.

> *Indro Montanelli*

Spesso sostengo lunghe conversazioni con me stesso e sono così intelligente che a volte non capisco nemmeno una parola di quello che mi dico.

> *Oscar Wilde*

Dagli amici si vogliono critiche impietose, che poi non si perdonano.

> *Dino Basili*

Buoni a nulla, ma capaci di tutto.

> *Leo Longanesi*

Il segreto più grande di un attore è la sincerità: una volta che hai imparato a fingerla, puoi ottenere tutto.

> *Vittorio De Sica*

Non fidarti degli altri: mentono meglio di te.

> *Ambrose Bierce*

Basta un'ora di ottimismo per incasinarti mesi di vita.

> *Gianni Monduzzi*

La più buona persona di questo mondo non può vivere in pace se non piace al vicino cattivo.

> *Freidrich von Schiller*

Non c'è niente di così umiliante come vedere gli sciocchi riuscire nelle imprese in cui noi siamo falliti.

> *Gustave Flaubert*

**Quando si dice che si è d'accordo su una linea di principio,
significa che non si ha la minima intenzione di metterla in pratica.**

> *Otto von Bismark*

**Dormiamo in camere separate, ognuno cena per i fatti suoi,
facciamo vacanze ognuno per conto suo: insomma, facciamo di
tutto per tenere unito il matrimonio.**

> *Rodney Dangerfield*

**I problemi degli uomini hanno tre cause: le donne, i soldi ed
entrambe.**

> *Johnny Carson*

**È raro che gli uomini che nutrono il massimo rispetto per le donne
godano di qualche popolarità fra loro.**

> *Joseph Addison*

Mi raccomando, caro amico, curi di più la sua toeletta

Ma io faccio il bagno tutti i giorni.

Allora cambi l'acqua

> *Georges Feydeau*

**È seccante che le mogli si accorgano dei difetti dei loro mariti
soltanto quando hanno già un amante.**

> *Ardengo Soffici*

**È duro non essere più amati quando si ama, ma niente al confronto
di essere ancora amati quando non si ama più.**

> *Gorges Courteline*

**Raramente le donne sono amate come vorrebbero, cioè da un Dio
onnipotente che dia loro tutto e non domandi nulla.**

> *Henri de Régnier*

In diplomazia mentire è utile, in amore necessario.

> *Henry Miller*

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 31/12/2022

STATO PATRIMONIALE

ATTIVO	31-12-2022	31-12-2021
B) Immobilizzazioni		
I - Immobilizzazioni immateriali	36.898	38.398
II - Immobilizzazioni materiali	276.055	321.313
II - Immobilizzazioni finanziarie	3.230	-
TOTALE IMMOBILIZZAZIONI (B)	316.183	359.711
C) Attivo circolante		
II - Crediti		
- esigibili entro l'esercizio successivo	692.519	616.381
- esigibili oltre l'esercizio successivo	88.298	98.476
Totale crediti	780.817	714.857
IV - Disponibilità liquide	147.167	97.236
TOTALE ATTIVO CIRCOLANTE (C)	927.984	812.093
D) Ratei e risconti	31.559	26.643
Totale attivo	1.275.726	1.198.447

PASSIVO	31-12-2022	31-12-2021
A) Patrimonio netto		
I - Capitale	102.775	102.775
IV - Riserva legale	4.577	4.577
VII - Altre riserve	348.000	337.000
VIII - Utili (perdite) portati a nuovo	(235.564)	(41.260)
IX - Utile (perdita) dell'esercizio	(111.116)	(194.304)
TOTALE PATRIMONIO NETTO	108.672	208.788
C) Trattamento di fine rapporto di lavoro subordinato	75.540	74.565
D) Debiti		
esigibili entro l'esercizio successivo	744.699	741.579
esigibili oltre l'esercizio successivo	346.815	173.515
TOTALE DEBITI	1.091.514	915.094
Totale passivo	1.275.726	1.198.447

CONTO ECONOMICO
31-12-2022
31-12-2021
A) Valore della produzione:

1) ricavi delle vendite e delle prestazioni	1.858.587	1.735.698
5) altri ricavi e proventi		
altri	44.274	49.005
Totale altri ricavi e proventi	44.274	49.005
TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE	1.902.861	1.784.703

B) Costi della produzione:

6) per materie prime, sussidiarie, di consumo e di merci	43	468
7) per servizi	1.360.802	1.254.502
8) per godimento di beni di terzi	231.551	209.389
9) per il personale:		
salari e stipendi	252.515	323.549
oneri sociali	74.184	95.130
c), d), e) trattamento di fine rapporto, trattamento di quiescenza, altri costi del personale	25.728	26.576
c) trattamento di fine rapporto	23.566	24.068
e) altri costi	2.162	2.508
Totale costi per il personale	352.427	445.255
10) ammortamenti e svalutazioni:		
a), b), c) ammortamento delle immobilizzazioni immateriali e materiali, altre svalutazioni delle immobilizzazioni	48.279	48.627
a) ammortamento delle immobilizzazioni immateriali	1.500	1.500
b) ammortamento delle immobilizzazioni materiali	46.779	47.127
Totale ammortamenti e svalutazioni	48.279	48.627
14) oneri diversi di gestione	15.085	15.731
TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE	2.008.907	1.973.972
DIFFERENZA TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A - B)	(106.046)	(189.269)

C) Proventi e oneri finanziari:




16) altri proventi finanziari:		
d) proventi diversi dai precedenti		
altri	401	400
Totale proventi diversi dai precedenti	401	400
Totale altri proventi finanziari	401	400
17) interessi e altri oneri finanziari		
altri	2.992	3.102
Totale interessi e altri oneri finanziari	2.992	3.102
17bis) interessi e altri oneri finanziari	(971)	(2.333)
Totale proventi e oneri finanziari (15 + 16 - 17 + - 17-bis)	(3.562)	(5.035)

Risultato prima delle imposte (A - B + - C + - D)	(106.608)	(194.304)
22) imposte sul reddito dell'esercizio, correnti, differite e anticipate imposte correnti	1.508	-
Totale delle imposte sul reddito dell'esercizio, correnti, differite e anticipate	1.508	-
23) Utile (perdita) dell'esercizio	(111.116)	(194.304)

Sostenete e diffondete

Cuore e Salute

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

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



MODULO PER ISCRIVERSI ALLA FONDAZIONE O PER ISCRIVERE UN AMICO

DESIDERO: ISCRIVERMI RINNOVARE L'ISCRIZIONE ISCRIVERE UN AMICO AL

CENTRO PER LA LOTTA CONTRO L'INFARTO - FONDAZIONE ONLUS

COGNOME NOME

CODICE FISCALE

VIA CAP CITTÀ

PROV. NATO A. IL

E-MAIL CELL

(*) nominativo di chi offre Cuore e Salute

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

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

AI NOSTRI LETTORI

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

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

Conoscere e Curare il Cuore 2024

29 febbraio - 1/2/3 marzo



Firenze
Fortezza Da Basso

Per Natale dona con il cuore
REGALA:



- un abbonamento alla rivista *Cuore e Salute*
- l'iscrizione al *CLL* ad un amico
- un contributo alla *Ricerca*



Centro per la Lotta contro
l'Infarto - Fondazione Onlus

Capire per prevenire