

Cuore e Salute

N. 7-9 Luglio-Settembre 2024

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

Ricomincio da qui

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



La nostra ricerca ha bisogno del tuo aiuto!

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

> IN EVIDENZA <



TOP NEWS

09 Luglio 2024

ABLAZIONE DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE NELLO SCOMPENSO A FUNZIONE SISTOLICA RIDOTTA E PRESERVATA FRA DUBBI E CERTEZZE.

La fibrillazione atriale e lo scompenso cardiaco sono un binomio purtroppo abbastanza frequente e, insieme, comportano un aumento dei ricoveri...



Filippo Brandimarte



FOCUS ON

09 Luglio 2024

IMPIEGIO DEI DOAC PER IL TRATTAMENTO DELLA TROMBOSI VENTRICOLARE SINISTRA. FACCIAMO IL PUNTO!

La trombosi ventricolare sinistra (LVT) è una condizione relativamente frequente, con una prevalenza variabile dal 2 al 15% a seconda...



Laura Gatto



FOCUS ON

02 Luglio 2024

NELLE CALDE NOTTI D'ESTATE...IL RISCHIO DI ICTUS È PIÙ ALTO!!!!

Che il caldo aumenti il rischio di mortalità totale è ben noto e ogni estate i media riportano numerosi casi...

Centro Medico
Prevenzione e Cura Polispecialistica

CLICO

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

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

**Piattaforma di Formazione a Distanza,
accreditata Agenas per corsi ECM**



**Conoscere e Curare il Cuore: focus su
fibrillazione atriale ed aritmie**

Intervista Dott. Filippo Stazi al Dott. Gennaro Cice al CCC 2024

Tabù in cardiologia: gli antagonisti del RAAS aggravano l'insufficienza renale



> ALTRI ARTICOLI <

RISCHIO ARITMICO AD ALTITUDINI ESTREME

TOP NEWS



Filippo Brandimarte

Sebbene sia noto che l'ipossiemia, le alterazioni elettrolitiche e il respiro periodico aumentano la suscettibilità ad aritmie



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

RICERCA SCIENTIFICA

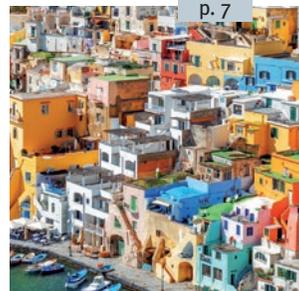
Il CLI ha avviato un innovativo programma di ricerche sperimentali rivolte a prevenire ed individuare le cause e i meccanismi dell'infarto. Il programma, che comprende tre filoni: la prevenzione, il riconoscimento delle cause ed il miglioramento delle cure, prevede l'applicazione di strumentazioni d'avanguardia 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. 7-9/2024

- 4 • **Il Pil di Bob Kennedy e la pressione** Filippo Stazi
- 7 • **Ricomincio da qui?** Alessandro Fontanelli
- 9 • **Fumo di Londra 2** Eligio Piccolo
- 11 • **Poesia ricreativa [E.P.]**
- 12 • **Il papà della statina** Filippo Stazi
- 16 • **Qualche secondo di buon umore**
- 17 • **Quaderno a Quadretti** Franco Fontanini
- 21 • **Diabetico attento al quel che bevi [F.S.]**
- 22 • **Occhio agli annessi del volto. È nata la visomanzia** Eligio Piccolo
- 25 • **Lettere a Cuore e Salute**
 - Il dentista e l'aspirina, *Filippo Stazi*
 - Vitamina K sì, vitamina K no, *Paola Battisti*
- 28 • **Rachel Louise Carson, pioniera nella lotta contro l'avvelenamento del pianeta** Alberto Dolara
- 31 • **Medicina Medievale. Regimen Sanitatis Salerni [F.S.]**
- 32 • **La guarigione ed il suo desiderio** Giorgio Bottero



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

Direttore Responsabile
Filippo Stazi

Vice Direttori
Elegio 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 XLI
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



- 35 • **L'aeroporto di Fiumicino città cardio protetta**
Carlo Racani e Sonila Kalemi
- 38 • **Dal sito del CLI**
Integrazione con olio di pesce e rischio cardiovascolare
Rosa Maria Manfredi
Rischio aritmico ad altitudini estreme
Filippo Brandimarte
- 45 • *Nun sai c'a lo spedale ce se more? [F.S.]*
- 46 • **Quadri e Salute** Filippo Stazi
- 49 • **Perché il medico non va più a domicilio** Eligio Piccolo
- 51 • **CCC 2024**
Crioablazione contro terapia antiaritmica nella fibrillazione atriale: una sfida ancora aperta?
Filippo Brandimarte intervista Riccardo Cappato
Controversia in cardiologia: clopidogrel o acido acetilsalicilico nel trattamento delle sindromi coronariche croniche?
Filippo Stazi intervista Laura Gatto
- 61 • **Il cuore in cucina**
- 62 • **Aforismi**



Preghiera di Sir Robert Hutchinson

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

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

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



di Filippo Stazi

Il PIL di Bob Kennedy e la pressione

Nel pomeriggio del 18 marzo del 1968 Robert Kennedy, senatore dello Stato di New York, in corsa per le primarie del partito democratico, è in tour elettorale presso l'Università del Kansas. Prende la parola e, dopo i rituali saluti alle autorità locali, esordisce con "a dire il vero non sono venuto qui per fare un discorso". Pochi istanti dopo, invece, ne pronuncia uno dei più famosi della storia.

Non troveremo mai un fine per la nazione né una nostra personale soddisfazione nel mero perseguimento del benessere economico, nell'ammassare senza fine beni terreni. Non possiamo misurare lo spirito nazionale sulla base dell'indice Dow-Jones, né i successi del paese sulla base del pro-



Robert Kennedy

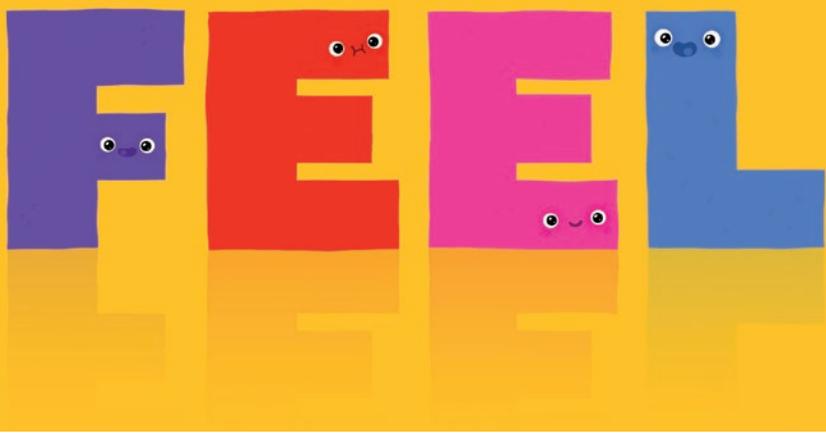
dotto interno lordo. Il PIL comprende anche l'inquinamento dell'aria e la pubblicità delle sigarette, e le ambulanze per sgombrare le nostre autostrade dalle carnicine dei fine-settimana. Il PIL mette nel conto le serrature speciali per le nostre porte di casa, e le prigioni per coloro che cercano di forzarle. Comprende programmi televisivi che valorizzano la violenza per vendere prodotti violenti ai nostri bambini. Cresce con la produzione di napalm, missili e testate nucleari, comprende anche la ricerca per migliorare la disseminazione della peste bubbonica, si accresce con gli equipaggiamenti che la polizia usa per sedare le rivolte e non fa che aumentare quando sulle loro ceneri si ricostruiscono i bassifondi popolari. Il PIL non tiene conto della salute delle nostre famiglie, della qualità della loro educazione o della gioia dei loro momenti di svago. Non comprende la bellezza della nostra poesia o la solidità dei valori familiari, l'intelligenza del nostro dibattere o l'onestà dei nostri pubblici dipendenti. Non tiene conto né della giustizia nei nostri tribunali, né dell'equità nei rapporti fra di noi. Il PIL non misura né la nostra arguzia né il nostro



coraggio, né la nostra saggezza né la nostra conoscenza, né la nostra compassione né la devozione al nostro paese. Misura tutto, in breve, eccetto ciò che rende la vita veramente degna di essere vissuta. Può dirci tutto sull'America ma non se possiamo essere orgogliosi di essere americani.

Questo parole, il loro forte richiamo ai valori fondanti della vita, a quello che realmente promuove il benessere di una nazione come di un singolo, a ciò che “rende la vita degna di essere vissuta”, mi sono immediatamente tornate in mente dopo aver letto i risultati di un piccolo studio brasiliano presentato nell'ultima sessione dell'American College of Cardiology.

Lo studio FEEL ha incluso 100 pazienti brasiliani affetti da ipertensione, con un'età media di 57 anni, che sono stati randomizzati a un intervento di tipo “spirituale” o ad un gruppo di controllo. L'intervento consisteva in messaggi quotidiani inviati tramite Whats App basati su quattro temi: perdono, gratitudine, scopo della vita e ottimismo. I messaggi contenevano un video correlato al tema, uno spunto di autoriflessione o un compito connesso al contenuto del video. Per quanto riguarda il tema del perdono, i partecipanti ne hanno imparato il significato, hanno ricevuto informazioni su come esso può aiutare la salute cardiovascolare e un compito su cui lavo-



(da 129,0 a 121,4 mmHg), simile se non superiore a quello che si ottiene riducendo l'assunzione giornaliera di sale (circa 5 o 5,4 mmHg) o svolgendo una regolare attività fisica (circa 5 o 5,6 mmHg). Il gruppo di intervento ha avuto anche un aumento di 4,1 punti percentuali, dal 10,2% al 14,3%, della dilatazione flusso-media-ta che valuta la funzione

rare, quale, ad esempio, scrivere un messaggio a qualcuno necessitante di perdono. Per quanto riguarda l'argomento dello scopo, invece, ai soggetti è stato chiesto di contemplare i propri obiettivi, i programmi immediati e quelli futuri, cosa li fa svegliare ogni mattina.

I pazienti hanno parallelamente continuato ad assumere i loro farmaci antipertensivi e a seguire le loro normali abitudini di vita. Alla fine delle 12 settimane dello studio il gruppo di intervento ha presentato un calo statisticamente significativo della pressione arteriosa sistolica di 7,6 mmHg

endoteliale ed è considerato il migliore indice per valutare i risultati di interventi antiipertensivi non farmacologici.

Un intervento volto a migliorare la spiritualità ha quindi ridotto la pressione arteriosa e migliorato la funzione endoteliale. Il meccanismo di tale effetto è al momento sconosciuto ma probabilmente si esplica coinvolgendo la riduzione dello stress, la disattivazione del sistema nervoso simpatico e la modulazione dei processi immunitario, infiammatorio ed endocrino. Ulteriori studi potranno dare future informazioni in merito. Ciò che costituisce però il messaggio principale dello studio è che dobbiamo imparare a valutare la spiritualità nelle nostre pratiche mediche perché essa fa parte dell'essere umano, è parte di tutti noi e può avere un effetto sulla nostra salute. I "buoni sentimenti", cioè, possono avere effetti positivi così come i "cattivi sentimenti" possono averne negativi. È quindi importante, per ognuno di noi, esercitare un controllo su sé stesso e su ciò di cui si circonda e svolgere una costante azione di filtro tra ciò che è "stimolazione positiva" e può farci bene e ciò che è invece "stimolazione negativa" e può farci male.



di **Alessandro Fontanelli**

da *“Sillabario a matita”*

Ricomincio da qui?

Il catamarano si fermò nel porto colorato di Corricella e, calato il tender, il gruppo si dette alla scoperta di Procida, ma qualcosa esplose in Riccardo. In sostanza aveva bisogno di stare coi suoi ricordi. Quaranta anni prima, a Houston, tutti quei pazienti, molti cardiopatici, per i quali era la “Mecca medica” coi suoi ospedali e cure con pochi eguali. Riccardo incamerava nozioni e ricordi. Uno di questi su tutti, quando in laboratorio il capo aveva studiato un paziente, apparso speciale. “Tra poco portano giù un attore italiano, lo conosci? Mi dicono che un suo film si inti-

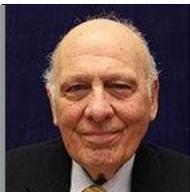


Procida

toli *Ricomincio da tre*". Riccardo si finse aggiornato, ma era ben più interessato allo studio di sondaggio del suo cuore attraverso una valvola artificiale, impiantata sei anni prima. L'attore, moro e volto affilato, si nascondeva col lenzuolo ed era assorto, quasi rassegnato e silenzioso. Riccardo prese visione della cartella clinica e fu colpito da una data, apparentemente insignificante, 19 Febbraio, che indicava la nascita del paziente, ma anche la sua. La contemporaneità lo fece simpatizzare ma anche sentire inesperto della vita a suo confronto: Napoli, intervento cardiocirurgico e film, a trenta anni... Guardò sul monitor il catetere sfiorare il piccolo disco della valvola aortica ed entrare in un cuore, gonfio, sfiancato e stanco. Forse da lì nasceva quello sguardo che era un abisso oscuro, rimasto al di là dell'oceano. Più tardi il capo e Riccardo salirono dal paziente le cui risposte furono monosillabi ma accompagnati da una sola frase e da uno sguardo che non concedeva vie di fuga. "Dottò, ricomin-



cio da qui?" Il gelo si espanse tra i grattacieli e colse alle spalle i due medici e il loro mentire pietosamente. Riccardo scese dalla barca e salì le strade di Corricella sentendo il cuore gonfio, com'era quello dell'attore di Houston, mentre leggeva le iscrizioni che testimoniavano che lì si era girato il film "Il postino di Neruda" e lì l'attore aveva speso le sue ultime forze. Le scritte, il paesaggio, i ricordi, tutto era struggente. Si sedette su un paracarro a meditare, riflettendo sul motivo che gli aveva negato, perché lui stesso lo aveva rimandato, il trapianto di cuore. Aveva voluto fortemente recapitare anche l'ultima lettera al poeta cileno e voleva che fosse ancora il suo cuore malato a fornirgli l'energia necessaria ma quella volontà aveva trasformato la sua vita in un "film nel film", proponendo lo stesso tragico finale. Riccardo pensò che la sorte insegue e talora azzanna. Si alzò e con occhi umidi vide sulla strada quella lenta e faticosa pedalata con la borsa sul manubrio: si promise che, ad ogni loro compleanno, gli avrebbe fatto gli auguri con chissà quanti suoi ammiratori.



di **Eligio Piccolo**

Fumo di Londra 2

Tre anni fa con lo stesso titolo affrontai il problema dello smog, quale fattore di rischio. Allora sottolineai la concomitante pandemia virale del covid 19 e citai uno studio cinese, piuttosto corposo, che includeva, oltre all'inquinamento dell'aria, l'attività fisica e la pressione arteriosa. I cinesi concludevano che era più determinante la scarsa attività fisica che lo smog nel provocare una pressione alta; dando la stura al malizioso che ci vedeva un loro impegno politico meno utile nel modificare l'aria respirabile che attivare il popolo nel darsi una mossa più fattiva. Oggi gli inglesi si sono buttati con un coraggio da leoni contro lo smog individuale, il fumo di sigarette e affini, compresa la e-cigarette, sfidando oltre alla libertà del cittadino gli interessi dei produttori del vizio e quelli che il ministro francese de Talleyrand un secolo prima calcolava nelle royalties per lo stato. La decisione che è stata varata dal Parlamento di Westminster, ri-



Dipinto di Claude Monet, 1868

spetto ai tempi di Napoleone, ha dovuto tener conto di due importanti cambiamenti: 1) gli utili per l'erario sono divenuti insignificanti rispetto ai 20 miliardi di sterline annuali di spese sanitarie per le malattie da fumo; 2) fortunatamente la percentuale di fumatori, dopo le campagne degli ultimi decenni, è scesa al 13%, analogamente ad altri paesi.

La legge britannica proposta e fatta approvare dal premier laburista Rishi Sunak stabilisce che i nati dopo il 2008, ossia dal 1° gennaio 2009, non potranno comperare sigarette e sigari, quindi neanche fumarli. Il meccanismo di questo dispositivo prefissa che tali nati dal 2009 continueranno il divieto, che si rinnoverà ogni 12 mesi, di modo che la loro generazione sarà la prima di non fumatori e così le successive. Ne consegue che, se tutto andrà come previsto, fra 50 anni solo gli ultra 65enni potranno fumare. Non è stata una delibera senza le prevedibili obiezioni, che si possono sintetiz-

zare nel giudizio degli ex presidenti Boris Johnson e Liz Truss: “è una misura assolutamente folle”. È quindi possibile che nell'iter applicativo tale legge possa venire modificata. Ma, molti si domandano, perché una legge così restrittiva e non facile da applicare? La pragmatica Albione, con un ragionamento analogo a quello di de Talleyrand, ha valutato che in nessun altro modo si sarebbe potuto risparmiare tanto denaro alla nazione.

Tutto il mondo, dopo questo clamoroso annuncio, si sta ponendo gli stessi problemi di spesa sanitaria e dell'obsoleto profitto commerciale del vizio rispetto a come correre ai ripari contro le inevitabili reazioni dei molti che si sentono offesi nella loro libertà. Penso che per il momento tutti preferiranno star a vedere come andrà nel Regno Unito, se andrà, o se ci sarà qualche battuta d'arresto. Ma personalmente mi chiedo, in Italia dove la legge Sirchia, cui contribuì molto anche il compianto Umberto Veronesi,

ha ridotto il fumo più per imitazione degli altri che per iniziative nostrane, come reagirà il nuovo esecutivo? Pare che un'iniziativa di Schillaci, ministro della sanità, per rivedere in modo restrittivo la legge Sirchia sia stata frettolosamente interrotta per non turbare lo status quo, nonostante siamo il paese con il maggior numero di adolescenti fumatori.

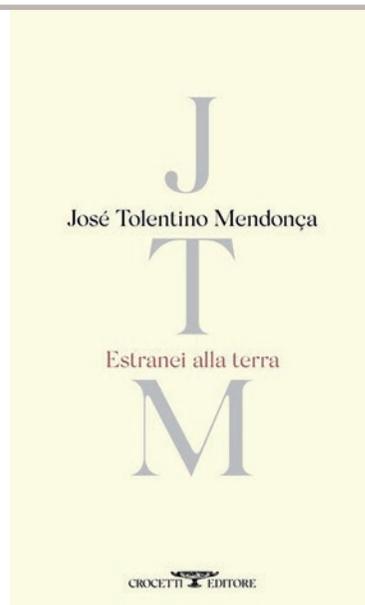
Come dice il pneumologo Roberto Boffi di Milano, “la verità è che noi di fumo in Italia non ne parliamo più e non si rilevi che le grandi multinazionali del tabacco, quali la Philip Morris a Bologna e la British American Tobacco a Trieste, siano molto attive”. E a proposito delle sigarette elettroniche, propagate come un buon surrogato, Boffi afferma che, mentre è dimostrata la loro dannosità, si continua ad affermare che “sono il minore dei mali rispetto a quelle di tabacco, e si parla di riduzione del rischio anziché del danno”. Mentre, sottolinea qualcuno, svapare non è come respirare l'aria del Cervino.

“

POESIA RICREATIVA

JOSÈ TOLENTINO MENDOÇA

Premetto che non sono un poeta e nemmeno un letterato, tale da giudicare, ma, come si dice in musica, un uditore o se preferite un dilettante, quasi superficiale. In poesia cerco soprattutto il canto, come i grandi hanno intitolato la loro raccolta; poi il ritmo, la rima o l'assonanza, quella specie di eco che invita a leggere e naturalmente un contenuto filosofico, che sia il meno possibile le proprie pene d'amore. Il poeta José Tolentino è un prete portoghese, originario dell'isola di Madeira, che percorse un'eccellente carriera ecclesiastica fino al galero, impostogli da Papa Francesco. Ho letto la sua raccolta "Estranei alla terra" (Crocetti Editore, 2023), e mi sono immerso nella ricerca di quanto ho premesso. Mi scuso con il Cardinale, non vorrei mancargli di rispetto ma non sono riuscito a leggere molte composizioni che avessero una facile correlazione tra una premessa e una coda, come in Quasimodo "Ognuno sta solo...ed è subito sera". Spesso mi sono trovato con l'originale portoghese più espressivo del testo tradotto. Riporto volentieri la poesia:



Partire senza arrivare

“Avrai bisogno di tempo per raggiungere la riva
 Il ramo del tamarindo là dove ti aspetta
 Il fischio del barcaiolo
 Non è il primo
 Dovrai esplorare a tentoni l'oscurità del fogliame
 E ingannarti ogni volta
 Fino a convincerti di non sapere

Un'angusta corrente invisibile ci trasporta
 Attraverso corridoi, barriere, cateratte
 Fino a quel momento forse involontario
 In cui la parola detta e la parola taciuta
 Si toccano”

E.P.

”

Il papà della statina

Da quando fu isolato per la prima volta dai calcoli biliari nel 1784, il colesterolo ha affascinato ricercatori di molti settori della scienza e della medicina. Tredici premi Nobel sono stati assegnati a scienziati che hanno dedicato la loro carriera alla ricerca sul colesterolo. Il medico e chimico francese François Poulletier è stato il primo a ottenere il colesterolo puro dai calcoli biliari. Una trentina d'anni dopo, il chimico francese Michel E. Chevreul lo chiamò colesterina (bile solida in greco: chole per bile e stereos per solido). L'esatta formula molecolare del colesterolo fu stabilita con precisione solo nel 1888 dal botanico austriaco Friedrich Reinitzer mentre la delucidazione della sua struttura impegnò gli scienziati per buona parte del primo quarto del XX secolo. La prova della struttura del colesterolo è stata ottenuta principalmente attraverso il brillante lavoro di Heinrich O. Wieland e Adolf Windaus che per tale ricerca vinsero il Premio Nobel per la Chimica rispettivamente nel 1927 e nel 1928. Man mano che crescevano le prove che alti livelli di colesterolo nel sangue erano collegati a malattie cardiache, gli scienziati sia del mondo accademico che dell'industria iniziarono a cercare farmaci per abbassarne il livello nel sangue. Negli anni '50 e '60 molte aziende erano perciò alla ricerca di molecole che bloccassero uno dei 30 passaggi coinvolti nella sintesi del colesterolo a partire dall'acetil-coenzima A (CoA).



Akira Endo



Yurihonjo

Yurihonjo è una città di una zona montuosa del nord del Giappone. Il 14 novembre del 1933 a Yurihonjo è già freddo, il vento che viene dalle montagne porta le prime avvisaglie dell'inverno che sta per arrivare e si sente che non manca molto alla neve. Il Giappone dell'Imperatore Hiroito ha invaso da due anni la Cina, conquistando rapidamente l'intera Manciuria dove ha istituito lo stato fantoccio del Manciukuò. L'armata nipponica del Kwantung, sorta di stato semiautonoma all'interno dell'Impero del Sol Levante, è incerta se continuare ad occupare territori cinesi o se rivolgere le sue attenzioni all'immensa Mongolia ed al suo protettore sovietico. Il 14 novembre del 1933 in una fattoria di Yurihonjo nasce Akira Endo. La maggior parte del tempo Akira lo trascorre con i nonni, dormendo nella loro stanza e ascoltando le

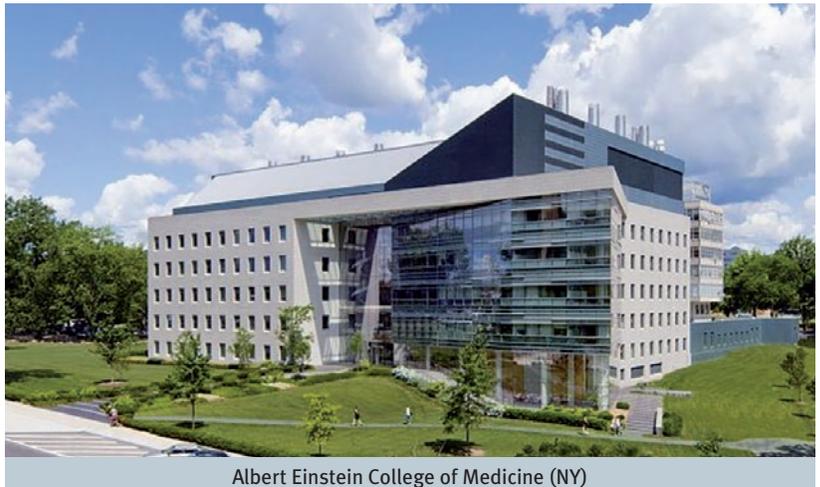
loro storie. Suo nonno era ben voluto nella comunità e poiché nella zona non esisteva un medico locale, dispensava farmaci e cure per ferite e malattie minori. Nell'autunno dell'anno in cui Akira era in quarta elementare sua nonna si ammalò. Di notte lei gli prese la mano e gli disse: "La malattia della nonna non si può curare" e gli fece toccare la pancia. Il bambino appoggiò con cautela la punta delle dita sulla sua pancia e sentì una piccola cosa croccante. Suo nonno non poteva curarla, né poteva farlo il medico professionista che nel frattempo era stato chiamato. Giorno dopo giorno la cosa croccante diventò più grande mentre la nonna diventava sempre più magra. A maggio il ciliegio nel cortile sbocciò e sua nonna morì di cancro. Akira decise quel giorno di diventare un medico per aiutare le persone ammalate. Qualche tempo

dopo, però, lesse una biografia di Alexander Fleming, il biologo scozzese scopritore della penicillina negli anni '20, e questi divenne immediatamente il suo eroe. Attraverso questa lettura Akira realizzò che anche i non medici possono salvare la vita delle persone e contribuire al progresso della società. Il suo destino sarebbe stato quello dello scienziato. Di giorno lavorava nelle risaie e di notte frequentava la scuola superiore, contro il volere dei suoi genitori. Al liceo ama in particolare la chimica, è bravo e il preside lo incoraggia a sostenere gli esami di ammissione all'Università di Tohoku. I suoi genitori, sapendo che non avrebbero potuto permettersi di mandarlo al college, mandarono suo fratello maggiore a dissuaderlo dal sognare così in grande. Tomiko, la moglie di tale fratello, ricorda che i suoceri diedero al marito 20.000 yen



(circa 55 dollari) con cui comprare ad Akira, in cambio della rinuncia all'università, un vestito nuovo. Akira però non si fa corrompere e grazie ad una borsa di studio fornitagli dal preside si iscrive ad Agraria. Nel 1957 subito dopo essersi laureato, inizia a lavorare come ricercatore presso la Sankyo, un'azienda farmaceutica giapponese. Il suo primo incarico fu la produzione di enzimi per succhi di frutta e vini in una fabbrica di Tokyo. In quel periodo sviluppò un nuovo e più efficiente modo per coltivare la muffa applicando un metodo che aveva usato da bambino per preparare il miso (condimento ottenuto dalla fermentazione di un legume, in genere la soia, e un cereale, tradizionalmente il riso o l'orzo) e le verdure in salamoia. Negli anni '60 conseguì un dottorato in biochimica presso l'Università di Tohoku e ottenne, nel 1966, di trasferirsi a New York, dove trascorse due anni presso l'Albert Einstein

College of Medicine. All'inizio Akira voleva trovare una cura per l'ictus, all'epoca la principale causa di morte in Giappone nonché motivo della scomparsa di suo padre e di suo nonno. Durante la permanenza in America però rimase colpito dalla grande quantità di persone così in sovrappeso da sembrare "grandi lottatori di sumo" mentre nei ristoranti osservava con stupore la gente che ordinava una bistecca "grande come un sandalo". A New York fu anche impressionato dalla frequenza con cui le ambulanze portavano in ospedale persone anziane con attacco di cuore. Tutto ciò gli fece capire l'importanza di sviluppare un farmaco capace di abbassare il colesterolo. All'epoca per ottenere questo obiettivo erano stati tentati due metodi. Il primo era cercare di impedire al corpo di assorbire il colesterolo dal cibo, ma aveva funzionato male. Il secondo cercava di modificare la capacità del fegato di sintetizzare il colesterolo inibendo l'idrossimetilglutaril-CoA (HMG-CoA) reduttasi, l'enzima cruciale nel percorso di sintesi del colesterolo. Anche questa soluzione, però, non stava avendo successo. Akira scelse comunque la via della sintesi epatica perché era convinto di sapere dove avrebbe potuto trovare una sostanza capace di prendere di mira l'enzima. Ispirato da Alexander Fleming, che aveva scoperto la penicillina nella muffa *Penicillium*, decise di cercare nello stesso posto, anche perché l'unica cosa che conosceva veramente bene erano proprio le muffe. Tornato in Giappone alla Sankyo, all'inizio degli anni '70, coltivò più di 6.000 funghi e alla fine trovò quello che stava cercando: la citrinina, che inibiva fortemente l'HMG-CoA reduttasi e abbassava i livelli di colesterolo nel siero nei ratti. La ricerca su quella so-



Albert Einstein College of Medicine (NY)

stanza venne però poi interrotta a causa della sua tossicità renale. Nell'estate del 1972, però, Endo scoprì un secondo brodo di coltura attivo, il *Penicillium citrinum* Pen-51, che fu isolato da un campione di riso raccolto in un deposito di cereali a Kyoto. L'anno successivo da questa muffa vennero prodotti tre metaboliti attivi, uno dei quali era la compactina, che aveva somiglianze strutturali con l'HMG-CoA, il substrato della reazione dell'HMG-CoA reduttasi. Nel 1976 Akira pubblicò due articoli che riportavano la scoperta e la caratterizzazione della compactina che ribattezzò mevastatina. Era nata la prima statina i cui effetti ipocolesterolemici furono poi dimostrati nei cani e nelle scimmie. Nell'agosto 1980 lo sviluppo clinico della compactina fu però interrotto, poiché si sospettava che il farmaco causasse linfomi nei cani a dosi molto elevate. Questo sospetto portò anche all'interruzione degli studi su un'altra statina, la lovastatina, strettamente correlata, trovata nella muffa di *Aspergillus* simultaneamente dal laboratorio Merck e da Endo nel febbraio 1979. Fortunatamente, però, gli studi successivi condotti da Merck confermarono che il farmaco ridu-



ceva significativamente i livelli di colesterolo, era ben tollerata e, soprattutto, non era cancerogena. La lovastatina, quindi, ricevette l'approvazione dalla Food and Drug Administration statunitense e diventò, nel settembre 1987, la prima statina commercializzata. La mevastatina invece non ottenne mai il via libera dalle agenzie regolatorie anche se un suo derivato, la pravastatina, fu approvato nel 1989. Alla fine degli anni '70 Endo divenne professore associato e successivamente professore ordinario presso l'Università di Agricoltura e Tecnologia di Tokyo. Dopo il suo pensionamento divenne presidente dei Biopharm Research Laboratories, un'azienda farmaceutica giapponese. Durante la sua carriera, ha ricevuto numerosi riconoscimenti, tra cui il Premio per la ricerca medica clinica Lasker-DeBakey (conosciuto come il Premio Nobel degli Stati Uniti) nel 2008 e la Medaglia

d'oro della Società Europea di Cardiologia nel 2021. Fu un forte candidato al Premio Nobel, ma non lo vinse mai.

Le statine stanno alle malattie cardiovascolari come la penicillina sta alle malattie infettive e l'individuazione della prima di esse, la compactina, è stata senza dubbio una delle più grandi scoperte della medicina moderna.

Oggi il 10% della popolazione adulta degli Stati Uniti assume una statina, percentuale che sale al 27% nelle persone di età superiore ai 65 anni. Nel mondo più di 200 milioni di individui ingoia quotidianamente una di queste preziose pillole, con un mercato globale che nel 2023 valeva 15 miliardi di dollari.

Akira Endo è morto all'età di 90 anni lo scorso 5 giugno.

Non è dato sapere se a tanta longevità abbia contribuito l'assunzione delle sue magnifiche pillole.

Qualche secondo di buonumore

I baci più appassionati li ho dati al mestolo del sugo.

Le zanzare muoiono con gli applausi.

Muore un cardiologo. Al suo funerale viene consegnata una corona di fiori a forma di cuore.

Una signora inizia a ridere, e l'amica: Perché ridi?

E l'altra: Penso a quando muore il ginecologo!!

Nessun "ti amo" sarà mai paragonabile ad un "Ti vedo dimagrita".



Quaderno a Quadretti

di **Franco Fontanini**

Cuore di Babbo

Si è sempre parlato del cuore della mamma, mai di quello del padre, come se l'amore per i figli fosse un'esclusiva materna. Una commedia americana, dalla quale è stato tratto un film di successo con protagonista un padre divorziato che si trasforma in governante per stare vicino ai suoi figli, ha richiamato l'attenzione sull'amore paterno.

Gian Luigi Bonelli, il padre di Tex Willer è uno straordinario personaggio che ha raccontato con i fumetti migliaia di storie

del west, senza averlo mai visto, proprio come Salgari con il Bengala.

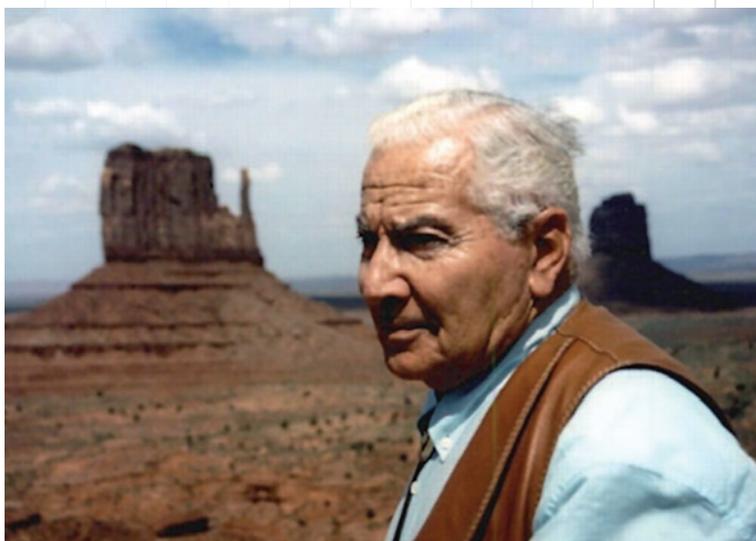
In vecchiaia i suoi due figli decisero di fargli conoscere l'America e organizzarono un viaggio coast to coast.

Bonelli accettò con entusiasmo ma ben presto i figli si accorsero che il padre non era granchè interessato a ciò che vedeva. Il figlio Sergio lo portò nella Monument Valley pensando così di risvegliare qualche emozione, ma neppure nel Grand Canyon notò nel padre il minimo entusiasmo. Sembrava Kit Carson che si diverte a fare il brontolone. Quando passarono sotto la Mesa Verde, il padre gli chiese: "Ci dobbiamo proprio andare? Andiamo piuttosto in un bar a bere una birra".

A tavola stava delle ore a chiacchierare felice.

I figli si accorsero così che del suo west non gli importava niente; sentendosi avvicinare la fine voleva stare con i figli e aveva accettato di fare il viaggio, solo per stare con loro.

Commovente è il padre di Jack La Motta, che era così povero che la sera di



Gian Luigi Bonelli

una vigilia di Natale, per la vergogna di non aver fatto regali ai figli, impugnò la pistola, uscì fuori di casa e sparò due o tre colpi. Al rientro, con le lacrime agli occhi disse: “Babbo Natale si è suicidato”.

Calorie 2

Da quando in America è in atto la guerra al sovrappeso gli statunitensi sono ingrassati senza soluzione di continuità. Cardiologi, dietologi, sociologi, psicologi, stilisti, cercano di capire le cause del fenomeno, giungendo a ipotesi e scoperte le più di-



verse e sconcertanti, spesso riportate anche da autorevoli riviste mediche.

L'ultima indagine, apparsa sul Journal of American Medical Association rivela che la porzione media servita nei fast food da trent'anni è progressivamente aumentata ed è quasi raddoppiata rispetto agli anni settanta.

Poiché gran parte degli statunitensi mangia almeno una volta al giorno fuori casa, in queste persone, secondo i ricercatori, il senso di sazietà si manifesta sempre più tardivamente e di conseguenza anche la quantità di cibo consumata a casa è andata sempre più aumentando. In dieci anni, dal 1970 al 1980, il peso medio di un cheeseburger è passato da 170 a 210 grammi, vale a dire che le calorie sono salite da 400 a 530. Cento calorie quotidiane in più significano aumentare, in media, di cinque chili l'anno.



Cravatta

Era considerato il pezzo meno utile e il più importante dell'abbigliamento maschile.

Conferiva o toglieva eleganza. Le cravatte italiane erano considerate le più belle al mondo. Anche per la cravatta è arrivata la crisi, secondo gli esperti è iniziato il crepuscolo.

Non è lontano il tempo in cui per dare l'esame di anatomia o di patologia medica bisognava avere la cravatta ben annodata. In ospedale si vedevano pochissimi medici senza la cravatta, quasi sempre i meno affidabili.

Il declino cominciò con i detective alla Micky Spillane che tenevano i piedi sulla scrivania, avevano il bicchiere di Bourbon sempre in mano, il colletto della camicia sbottonato e il nodo della cravatta allentato.

James Dean la rifiutò, Robert

de Niro la mette qualche volta per esigenze di copione.

Stallone probabilmente non sa neppure come si fa il nodo. Il petto deve essere scoperto, da qualche anno ben glabro, con pettorali gonfi e la collanina di plastica colorata.

Non è che sia bello ma così è e non si può che prenderne atto. Fortunatamente c'è sempre chi trova il lato positivo di ogni cosa. Il British Journal of Ophthalmology ha pubblicato recentemente uno studio in cui afferma che stringere troppo il nodo della cravatta aumenterebbe il rischio di glaucoma. I ricercatori sospettano che la causa sia da ricercare nella costrizione della vena giugulare che aumenta la pressione del sangue e quella endoculare.

Cesarini

C'era una volta la "zona Cesarini", ripresa anche dai vocabolari. Voleva dire cosa fatta

in extremis, all'ultimo minuto. Dai campi di calcio era passato al linguaggio corrente.

Manlio Cancogni l'aveva messa come titolo ad un suo racconto. La zona Cesarini nacque per opera di un fantasioso calciatore della Juventus venuto dall'Argentina, che nel 1931 segnò il terzo gol, quello della vittoria per 3 a 2 all'Ungheria a quel tempo maestra di calcio, al 90° minuto di gioco, esattamente al momento del fischio finale dell'arbitro.

Il caso volle che una settimana dopo un altro attaccante fece un gol anche lui al 90° e da allora per i giornali nacque il gol in "zona Cesarini", così immancabilmente chiamato fino ad alcuni anni fa, quando arrivarono le tabelle luminose indicanti i recuperi e le partite non finirono più allo scoccare dei novanta minuti, come al tempo di Cesarini ma vari minuti dopo.



Lo strano è che Cesarini di gol nella zona che porta il suo nome segnò solamente quello all'Ungheria, grazie al quale è passato alla storia.

Cesarini non era argentino come tutti credevano ma era nato a Senigallia.

In Sud America era emigrato ancora in fasce. Alla nazionale italiana era arrivato suscitando vive polemiche perché molti esponenti del regime erano contrari agli immigrati, in particolare Arpinati che minacciò di dimettersi dal partito ma la Juventus l'aveva ingaggiato e intendeva chiamare altri campioni.

Agnelli evidentemente aveva più peso di un sottosegretario per cui di calciatori stranieri, con o senza lontana origine italiana ne arrivarono molti anche perché sotto al regime facevano comodo per potenziare la nazionale.

Figlio di un ciabattino-muratore, in Sud America, ricco di fantasia com'era nel calcio e nella vita, fece un'infinità di mestieri, calzolaio, acrobata di circo equestre, cronista radiofonico, pugile finché trovò la strada del successo nel gioco del pallo-

ne. A sedici anni era già in nazionale esaltando i tifosi.

La Juventus lo ingaggiò nel 29 con lo stipendio di quattromila lire al mese e vinse i famosi cinque scudetti consecutivi.

Non era un atleta esemplare, fumava un pacchetto di sigarette al giorno, imparò l'italiano dalle signorine delle case di tolleranza, aprì in Piazza Castello una "casa del tango" con due orchestre e suonatori vestiti da gauchos.

Tornò in Argentina a fare l'allenatore e scoprì Sivori, che tanto gli somigliava portandolo alla Juventus.

Poiché Sivori non dava retta a nessuno e s'inclinava solo a Cesarini che chiamava Maestro, anche lui dovette venire sulla panchina della Juventus. Possedeva una grande fattoria vicino a Buenos Aires dove pensava di invecchiare serenamente nonostante la pressione molto alta che curava con l'incostanza con cui fece tutto nella vita.

Morì di ictus nel 1969, sopravvisse alla storia per un minuto, il novantesimo, che porta il suo nome.

Nuovi sport

In Finlandia è nato un nuovo sport che non ha l'aria di diventare popolare ma potrebbe egualmente fare proseliti, acquistare il significato di una protesta purtroppo velleitaria, divenire simbolico di una ribellione senza speranza.

Il campionato mondiale è giunto alla sua XIII edizione ed ha ottenuto un grosso successo di pubblico.

Stiamo parlando del lancio del telefonino.

Il campionato si svolge nella cittadina finlandese di Savonlinna.

Il record del mondo è detenuto dal tedesco Tom Philipp Reinhardt. Ha scagliato il suo cellulare a ben 136,75 metri.



“ Diabetico attento a quel che bevi!

L'associazione tra consumo individuale di bevande zuccherate, rischio di malattie cardiovascolari e mortalità nei diabetici è in gran parte sconosciuta. Partendo da questo presupposto i ricercatori della Harvard TH Chan School of Public Health di Boston, coordinati dal professor Qi Sun hanno analizzato i dati degli operatori sanitari con diabete di tipo 2 arruolati



dal Nurses' Health Study (1980-2018) e dall'Health Professionals Follow-Up Study (1986-2018), per un totale rispettivamente di 11.399 e 4.087 persone (74% donne; età media 61). Ai partecipanti è stato chiesto quanto spesso consumavano bevande zuccherate, bevande dolcificate artificialmente, succhi di frutta, caffè, tè, latte magro, latte intero o acqua naturale in dosi prespecificate. Il consumo di bevande veniva valutato con un questionario sulla frequenza alimentare, convalidato e aggiornato ogni 2-4 anni. L'endpoint primario analizzato era la mortalità per tutte le cause e gli esiti secondari includevano l'incidenza e la mortalità per malattie cardiovascolari.

Le analisi hanno mostrato che negli adulti con diabete di tipo 2 che assumono bevande zuccherate non solo aumenta del 20% il rischio di morte per qualsiasi causa, ma crescono anche morbilità e mortalità per malattie cardiovascolari. Viceversa, esiste una correlazione inversa tra mortalità per tutte le cause e consumo di bevande non zuccherate come caffè, tè, acqua naturale o latte magro, con una riduzione del rischio rispettivamente del 26%, 21%, 23% e 12%. Questi risultati ribadiscono quindi l'importanza della scelta delle bevande nel mantenimento della salute generale tra gli adulti con diabete.

F.S.

”

Occhio agli annessi del volto. È nata la visomanzia

Il naso di Cleopatra e le orecchie aguzze di Kafka hanno fatto molto pensare e anche liberare la fantasia. Molti hanno cercato di capire se esiste una relazione tra la conformazione delle sporgenze dal nostro viso, i padiglioni auricolari, che sovrintendono al senso dell'udito, ma che con questo non avrebbero un rapporto determinante, o il naso nelle sue varie forme, anch'esse indipendenti dal senso dell'odorato e le differenti personalità dei soggetti. Anche le labbra, sia quelle sporgenti delle donne, ma non solo, spesso aiutate da accorgimenti artificiali, o quelle appena delineate, una spaccatura, avrebbero diversi significati; nonché il mento più o meno sporgente, oppure la fronte ampia o angusta con le sue differenti rughe che compaiono prima o poi con gli anni. Ma andiamo per ordine. Di padiglioni auricolari ve ne sono di grandi o piccoli, ovali o rotondi, aguzzi o deformi. Forse la prima osservazione è stata la loro



Uma Thurman

grandezza perché, a differenza della statura e della conformazione fisica del corpo maturate, con lo sviluppo giovanile e poi modificabili solo dall'adipe e dai muscoli più o meno allenati, la dimensione è sembrata aumentare durante tutta la vita. Il vecchio, rispetto alle sue foto e ai ricordi giovanili, appare con orecchie e naso più vistosi. È una realtà o un'impressione? Non conosco studi antropometrici che lo precisino valutando i curricula fotografici o quelli dei ritratti storici. Alcuni hanno fatto presente i cambiamenti dovuti all'età nelle proporzioni fra le varie componenti facciali, nonché la deformazione delle cartilagini auricolari e nasali, che tendono ad allungarsi, quasi per la forza di gravità. Non conosco nemmeno studi che rapportino questa prima grossolana valutazione con i caratteri delle persone; si dice orecchio grande-tendenza alla estroversione, alla chiacchiera sciolta, tipiche degli avvocati, e orecchio piccolo-riservatezza.

Più espressive sono alcune morfologie particolari del padiglione auricolare, quelle della sua parte superiore o della inferiore, il lobulo o lobo. La



Lopez Obrador

zona alta, che si eleva negli asini e in Pinocchio credulone, sarebbe invece indicativa di maggiore razionalità e intelligenza, specie se è appuntita, come nella volpe. E come appunto nello scrittore Franz Kafka, nel Nobel Albert Einstein e in altri superdotati. La zona inferiore invece acquista un particolare significato solo se vi compare con l'età una plica, una specie di ruga verticale od obliqua, in uno o in entrambi i lobi. Un'anomalia quindi non congenita ma acquisita, descritta dal pneumologo americano Sanders Frank nel 1973 quale segno di probabile coronaropatia negli ultra 40enni, più frequente nei maschi. Un segno già richiamato in questa rivista e fatto ri-

salire addirittura all'imperatore Adriano, morto di scompenso cardiaco ed esibito nel busto conservato a Roma. Lo ricordiamo oggi perché quel segno non sembra ancora entrato nella semeiologia clinica, come ho scoperto dalle foto del presidente messicano Obrador, recentemente decaduto, il quale prima dell'infarto occorso nel 2013 aveva già quella plica, ma che non fu rilevata per la prevenzione, proprio nel paese della famosa Cardiologia di Chavez.

Il naso, che si sappia, non tradisce segni correlabili con patologie in altri organi, ma le sue varie forme avrebbero pure loro riferimenti con la personalità di chi le esibisce e con il loro vissuto, spe-



Matteo Renzi

cie dopo i 40-50 anni. Il naso un po' all'insù, detto alla francese, tende a rivelare carattere allegro, talora sbarazzino e conviviale; quello dritto, alla greca, che ricorda Maria Callas, l'eccezionale soprano di Norma, si combinerebbe con la riservatezza, la timidezza, ma anche con la lealtà e la gelosia; il naso ad arco, aquilino, spesso adunco, indicherebbe capacità di analisi, fedeltà ai principi, volitività e creatività, e tutti pensano al sommo Dante. Se però l'arco è corto, riguarderebbe persone intra-

prendenti, curiose, talora ficanaso, a qualcuno potrebbe far pensare ai politici, come Matteo Renzi; infine il naso concavo sarebbe di persone sensibili, suscettibili se colpite dall'ingiustizia umana, ma che con il tempo imparano a difendersi perché il loro cuore è grande, empatico. Lo si ricorda nell'attrice Uma Thurman e in Lorenzo il Magnifico.

Altre zone del viso, come le labbra, il mento e la fronte vengono riferite a connotati particolari dell'uomo e della donna. La bocca femminile, che

è spesso difficile da leggere al naturale, ha subito l'ironia del maschio, che si è inventato il labbro sensuale, magnificato da Totò. Il mento prominente nell'uomo avrebbe lo stesso significato di quel labbro, ma non lo si è valutato nella donna, così come il mento minuto, sfuggente. Della fronte ampia o angusta tutti conoscono la sua correlazione con l'intelligenza, ma penalizzano le numerose eccezioni. Sulle rughe della fronte, a parte il rapporto con l'età, se non sono ben lineari tradiscono mancanza di fiducia in sé stessi, mentre quando sono dritte e simmetriche, come in Enrico Berlinguer, possono indicare visione lontana dei problemi.

Insomma psicologi e dilettanti si sono divertiti a darci queste curiosità, spesso troppo legate ad esperienze personali, che ancorché prive di una rigorosa metodologia, ci avvicinano sempre più a una VISOMANZIA scientifica.

Lettere a Cuore e Salute

DOMANDA

Il dentista e l'aspirina

Spettabile Redazione di Cuore e Salute, alcuni anni fa ho avuto un piccolo infarto, sono stato sottoposto ad una procedura di angioplastica e in una delle mie coronarie è stato impiantato uno stent. Da allora, fortunatamente, sono stato sempre bene. Ultimamente sto però avendo problemi con i denti: alcuni di essi mi sono già stati tolti ed un altro paio di estrazioni è in programma a breve termine. Poiché tra le varie medicine che assumo vi è anche la cardioaspirina ogni volta mi trovo in mezzo ad uno spiacevole balletto tra odontoiatra e cardiologo, con il primo che vorrebbe che io la sospendessi per qualche giorno ed il secondo che, invece, me lo sconsiglia caldamente. Chi ha ragione?

Paolo S., Trieste

RISPOSTA

Gentile Sig. Paolo, le estrazioni dentali sono procedure odontoiatriche frequenti e possono essere accompagnate da complicazioni perioperatorie o postoperatorie di cui la più frequente è il sanguinamento. Questo di solito viene gestito con metodi convenzionali, come la compressione con garza o cotone o l'applicazione di punti di sutura. Queste misure potrebbero però non essere sufficienti quando un paziente assume terapia antiaggregante che come è noto, ha un effetto anticoagulante. La decisione se sospendere la terapia antiplastrica prima dell'estrazione richiede però di bilanciare il rischio di sanguinamento postoperatorio con il possibile evento tromboembolico derivante dall'interruzione della terapia.

Una recente meta-analisi sull'argomento ha mostrato che:

- i pazienti in terapia con sola aspirina non presentavano una differenza significativa nel rischio di sanguinamento rispetto ai controlli sani;
- i pazienti in terapia con un singolo antiaggregante, diverso dall'aspirina, avevano un rischio più elevato di sanguinamento immediato rispetto ai controlli sani ma comunque accettabile;
- i pazienti in doppia terapia antiplastrica, quella che viene assunta per un periodo di durata variabile a seconda del quadro clinico, dopo una procedura di angioplastica con posizionamento di stent, avevano un rischio molto elevato di sanguinamento rispetto ai controlli sani;
- i pazienti, infine, che continuavano la doppia terapia antiplastrica hanno mostrato un rischio più elevato di sanguinamento immediato rispetto a quelli che l'hanno interrotta, ma la differenza non era significativa.

Tali dati, quindi, danno ragione al suo cardiologo mostrando che non sussiste alcun motivo per sospendere l'aspirina, o qualsiasi altro singolo antiaggregante, prima dell'estrazione di un dente. Nel caso dell'assunzione di due farmaci antiaggreganti il discorso è invece più complesso e andrebbe valutato caso per caso, rivalutando l'effettiva necessità della doppia terapia e prendendo in considerazione la possibilità di posticipare la procedura odontoiatrica fino allo scadere del periodo in cui è necessaria l'assunzione dei due farmaci antiaggreganti. Gli stessi dati, però, suggeriscono anche che se l'estrazione è assolutamente necessaria e non rimandabile può comunque essere eseguita anche in duplice terapia purché si sia consapevoli dell'aumentato rischio di sanguinamento ed i pazienti siano conseguentemente trattati con protocolli appropriati.

Cordiali saluti.

Filippo Stazi



DOMANDA

Vitamina K si, vitamina K no

Buongiorno,
vi scrivo poiché vorrei chiedere un'informazione riguardo la vitamina K₂.

Molti medici sostengono l'importanza di questa vitamina che andrebbe somministrata in concomitanza della vitamina D per evitare gli accumuli di calcio nei tessuti molli causati dall'aumento del calcio ad opera della stessa vitamina D.

Questo eviterebbe la formazione di placche arteriosclerotiche e malattie anche cardiache.

Vorrei sapere cosa ne pensate e se di solito si consiglia ai pazienti.
Cordiali saluti.

Luigi R., Livorno

RISPOSTA

Gentile Sig. Luigi,

la vitamina K più conosciuta è il fillochinone (vitamina K₁), ed è essenziale per l'attivazione di diversi fattori della coagulazione. Il menachinone-7 (MK-7), noto anche come vitamina K₂, è un'altra variante di vitamina K con effetti per lo più extra-epatici dovuti alle concentrazioni più elevate all'esterno del fegato. Si ritiene che la vitamina K₂ sia l'attivatore primario delle proteine che inibiscono la calcificazione arteriosa. L'attivazione di queste importanti proteine dipende tuttavia dalla loro sintesi, che viene stimolata invece dalla vitamina D₃. Senza la sintesi e l'attivazione di queste proteine l'equilibrio tra l'assorbimento cellulare del calcio e il processo di mineralizzazione nelle ossa e nei vasi sanguigni viene compromesso, oltre ad altre importanti funzioni metaboliche. Pertanto, la vitamina K potrebbe svolgere un ruolo nei meccanismi patogenetici di diverse malattie non trasmissibili legate all'età, come le malattie cardiovascolari (CVD), l'osteoporosi e il diabete di tipo 2.



Un basso livello combinato di vitamine K e D è stato associato ad un aumento del rischio di mortalità per tutte le cause, pertanto è stato suggerito un effetto sinergico delle due vitamine sulla salute delle ossa e del sistema cardiovascolare. Inoltre studi osservazionali suggeriscono che l'uso a

lungo termine di antagonisti della vitamina K è associato ad un aumento della calcificazione vascolare.

Recenti studi clinici randomizzati hanno valutato l'effetto dell'integrazione di vitamina K₂ in soggetti a rischio di eventi cardiovascolari riscontrando solo una modesta riduzione delle calcificazioni delle arterie coronariche (CAC). È stato inoltre osservato che un'integrazione di vitamina K₂ (180 µg/giorno, 360 µg/giorno o placebo), induce una diminuzione dose-dipendente delle concentrazioni delle proteine inibitrici della calcificazione arteriosa (MGP non carbossilato).

Un recentissimo studio danese ha valutato l'effetto dell'integrazione con alte dosi di vitamina K₂ (720 µg/giorno) e vitamina D (25 µg/giorno) per 2 anni sulla progressione della calcificazione della valvola aortica, ma non è stata osservata una riduzione significativa. Lo studio ha evidenziato comunque una riduzione della progressione delle calcificazioni coronariche e della progressione del volume della placca coronarica non calcificata. Si osservava inoltre una riduzione degli eventi cardiovascolari maggiori e della mortalità per tutte le cause ma i dati non sono stati pubblicati ed è stato richiesto uno studio di conferma che arriverà nel 2026.

Sappiamo che l'assunzione giornaliera di queste vitamine nel mondo occidentale non è sufficiente a soddisfare la richiesta di una completa attivazione delle proteine inibitrici (MPG), e quindi della calcificazione vascolare. Attualmente non sono disponibili raccomandazioni sull'integrazione di vitamina K₂, anche se non esiste alcuna tossicità documentata per la vitamina K₁ o la vitamina K₂ e l'OMS non ha stabilito un livello di tolleranza superiore per l'assunzione di vitamina K.

I risultati degli studi randomizzati e controllati sono stati contrastanti e condotti principalmente in popolazioni ad alto rischio, ad esempio pazienti con malattia renale cronica o stenosi aortica. In mancanza di studi conclusivi non possiamo esprimere indicazioni certe all'assunzione di supplementi di vitamina K₂ e D riguardo la prevenzione del rischio cardiovascolare.

Paola Battisti



di Alberto Dolara

Rachel Louise Carson, pioniera nella lotta contro l'avvelenamento del pianeta

Rachel Louise Carson, nasce il 27 maggio 1907 a Springdale, Pennsylvania (USA), ha iniziato nel secolo scorso la lotta contro l'avvelenamento del pianeta da parte delle industrie chimiche. Un contributo pionieristico decisivo per l'affermarsi di una coscienza ecologica.

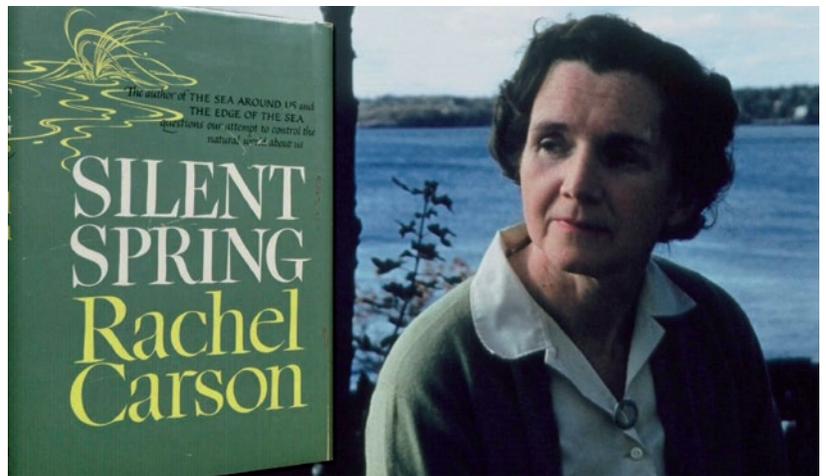
Rachel mostra fin dall'infanzia interesse per la natura e notevoli doti di scrittura. Nel 1932 si laurea in zoologia alla Johns Hopkins University, dove insegna per molti anni. È la prima donna ad essere assunta come biologa marina al Dipartimento Statunitense per la Pesca; scrive articoli scientifici divulgativi di alto livello pubblicati da famose riviste; sugli oceani pubblica tre splendidi libri, *Al vento del mare* (1941), *Il mare intorno a noi* (1951), *La vita che brilla sul mare* (1955).

Nel 1957, risolti i problemi finanziari e libera da impegni familiari, si ritira nella sua proprietà rurale nel Maryland e si dedica allo studio dei pesticidi.

La produzione di antiparassitari sintetici era passata negli Stati Uniti da 56 milioni di chilogrammi circa del 1947 ai 290 milioni del 1960. *“Più cose imparo sull'uso dei pesticidi, più divento preoccupata”* spiega così la decisione di cominciare a fare ricerche per quello che divenne il suo libro più famoso, *Silent Spring*, prima-



vera silenziosa, pubblicato nel 1962, l'ultima edizione italiana è di Feltrinelli nel 2016. Il titolo allude ad un ambiente nel quale la primavera non è allietata dal canto degli esseri viventi sterminati dai veleni immessi nell'ambiente. L'incipit è quello di una favola, una visione poetica della natura che pervade tutti i suoi scritti: *C'era una volta una città nel cuore dell'America dove tutta la vita sembrava vivere in armonia con quello che la circondava*. Il libro, attraversato da enfasi lirica e passione, riporta un impressionante elenco dei disastri ambientali provocati dall'uso massivo e indiscriminato di prodotti chimici di nuova sintesi, sia insetticidi che erbicidi. Particolare attenzione è dedicata al DDT (paradiclorodifeniltricloroetano) le cui proprietà insetticide erano state scoperte da un chimico svizzero, Paul Hermann Muller, premio Nobel nel 1948. Impiegato con successo contro la zanzara anofele, responsabile della diffusione della malaria, sebbene altamente tossico per gli insetti, era ritenuto innocuo per l'uomo. Dopo il secondo conflitto mondiale l'uso del DDT si diffuse in tutto il mondo e fu riscontrato addirittura nel latte delle donne Inuit.



La Carson faceva continuamente presente che gli effetti di un biocida, pur finalizzato all'eliminazione di un organismo, si risentono attraverso la catena alimentare, e ciò che era inteso per avvelenare un insetto finisce per avvelenare altri animali e uomini, persistendo ed accumulandosi nell'organismo. Un imponente attacco al libro ed alla sua autrice venne organizzato e guidato dalla Monsanto, dall'American Cyanamid, e da tutta l'industria chimica supportata dal Dipartimento dell'Agricoltura degli Stati Uniti. White Stevens, scienziato dell'American Cyanamid, dichiarò: "se l'uomo dovesse seguire gli insegnamenti di Miss Carson, si tornerebbe al Medioevo e gli insetti e le malattie erediterebbero ancora una volta la terra". Alcuni attaccarono le sue credenziali scientifiche perché specializzata in biologia marina

e zoologia e non in biochimica. Fu definita addirittura una semplice **birdwatcher** con più tempo libero per l'osservazione degli uccelli che conoscenza scientifica e anche di essere comunista. In realtà la Carson si rendeva perfettamente conto che molte specie d'insetti erano portatrici di malattie nell'uomo ma auspicava metodi di lotta biologica evitando l'uso indiscriminato e massivo di prodotti chimici con pesanti ricadute sull'ambiente e la comparsa di specie resistenti. La possibilità di effetti cancerogeni del DDT fu successivamente riconosciuta e ne fu vietato l'uso agricolo nel 1972 negli USA e nel 1978 in Italia. Nell'Unione Europea è classificato nella fase di rischio R40: "Possibilità di effetti cancerogeni". L'Agenzia Internazionale per il Cancro IARC lo ha inserito nella categoria 2B: sostanze "possibili cancerogene".



Nello stesso anno uno studio del consorzio Human Biomonitoring for Europe ha trovato che sono almeno due i pesticidi trovati nell'organismo

Rachel Louise Carson non visse abbastanza a lungo per vedere la messa al bando del DDT negli USA; morì il 14 aprile 1964 all'età di 56 anni. Il suo libro è riconosciuto come una pietra miliare dell'ambientalismo.

Il problema della diffusione dell'uso dei pesticidi è ancora grave. Secondo il WWF, in occasione della Giornata Mondiale della Salute, fissata per il 7 Aprile 2022, circa un terzo dei prodotti agricoli è prodotto nel mondo con l'utilizzo dei pesticidi e il loro uso continua a crescere. Nel 2019 ne sono state utilizzate circa 4,2 milioni di tonnellate (0,6 kg a persona), ed è previsto un incremento di circa 3,5 milioni di tonnellate. Nelle aziende agricole di tutto il mondo si registrano ogni anno quasi quattrocento milioni di avvelenamenti gravi da pesticidi nei lavoratori addetti al loro uso. In Europa nel 2023 ne sono state usate 355mila tonnellate.

dei soggetti esaminati; i limiti di legge sono rispettati, ma il loro effetto cumulato e combinato è ignoto.

Quanto sia difficile abolire o ridurre il loro uso lo dimostrano



le difficoltà incontrate dal progetto "Farm to fork", un piano decennale elaborato dalla Commissione europea nel 2020 con l'obiettivo di dimezzarlo entro dieci anni. Nel dicembre 2024 sono iniziate le proteste degli agricoltori, soprattutto

proprietari di grandi aziende, con sfilate di trattori e violente manifestazioni. La presidente della Commissione UE, **Ursula von der Leyen**, ha annunciato che proporrà al collegio dei commissari il ritiro della bozza di regolamento.

I problemi della produzione agricola sono certamente complessi: vi è necessità di produrre cibo a sufficienza per la crescente popolazione del globo ma anche un eccessivo spreco degli alimenti, è presente uno sfruttamento intensivo del suolo e si assiste alla scomparsa delle biodiversità con le monoculture. "Non possiamo fingere di essere sani in un mondo che è malato" afferma Papa Francesco per richiamarci alla necessità di un cambiamento radicale nell'approccio alla natura, agli ecosistemi, al Pianeta nostra casa comune. L'attività nel settore agroalimentare è troppo importante per essere governata dal solo profitto e da regole esclusivamente commerciali.

“

MEDICINA MEDIEVALE

Regimen Sanitatis Salerni



DELLE QUALITÀ DEL BUON VINO

Fan palese il vin sapore,
limpidezza, odor, colore.
Se il buon vin conoscer brami,
cinque cose ei ti richiami:
sia formoso, sia fragrante,
forte sia, fresco e frizzante.

DEL VINO DOLCE E BIANCO

Più del grosso e colorato
Nutre il vin bianco e melato,

DEL VINO ROSSO

Il vin rosso, a chi sovente
Lo bève troppo allegramente,
stringe il ventre ed anche nuoce
al metallo della voce.

F.S.

”



di **Giorgio Bottero**

La guarigione ed il suo desiderio

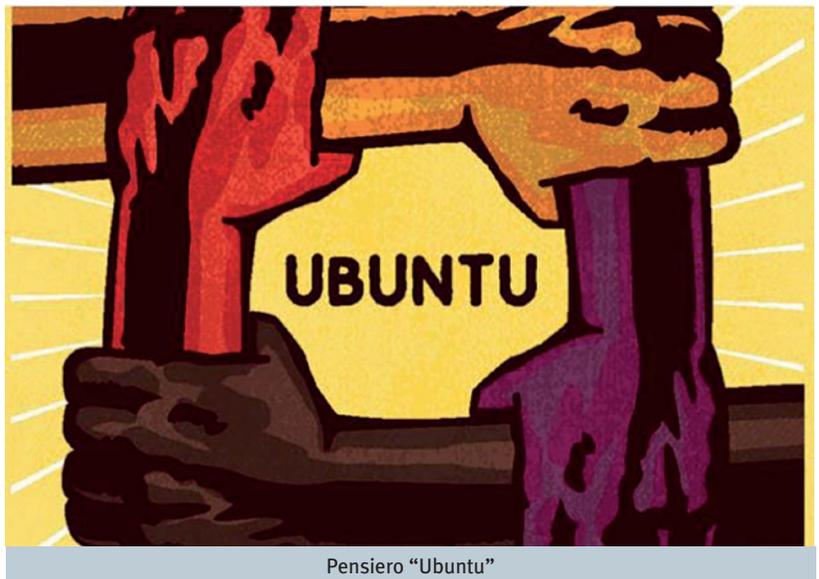
Qual è il confine tra salute e malattia, anzi tra sani e malati? Dopo una vita passata a fare il medico e spesso anche il malato, ti domandi se la famosa empatia tra medico e malato, tra il malato e le persone che lo assistono riesce a tenere i due corni del dilemma nello stesso quadro. Quando la solitudine della sofferenza, che anticipa la solitudine finale, riesce a farti sentire in comunicazione solo con te stesso, e la lingua che sai e puoi parlare non è più quella di quanti ti circondano, allora inizia il vero processo morboso. È la lingua che crea la comunicazione, che costruisce anche il mondo che ti circonda ed il legame con cui fai parte della tribù cui appartieni anzi forse appartenevi. Facciamo un esempio che è forse il più emblematico della condizione in cui il malato precipita: l'ischemia cerebrale che danneggia e poi impedisce di parlare.

Non è solo il racconto che poi fai della tua malattia a non essere spesso capito, è la gamma delle sensazioni con cui “diventi un altro”, cioè un malato che viene isolato e nei casi estremi viene chiuso al di là di un muro: tu di qua, gli altri di là. Alla fine la sfida è con te stesso, il desiderio di guarire mette in moto energie psichiche che se sei solo in



La solitudine e la sofferenza

bilico e non completamente perduto ti spingono a rientrare nel mondo che stava sparendo. La filosofia e la religione hanno a lungo affrontato questo problema e sotto tutti i cieli e nelle culture più diverse. Tradizionalmente la cultura occidentale con la sua impostazione strettamente individualistica, nel solco del pensiero aristotelico-tomistico, ha avuto difficoltà ad immaginare la relazione con l'altro come base della costruzione della personalità. Ma culture orientali ed africane e citiamo tra le altre quella Ubuntu tipica dell'Africa subsahariana e quella Ebraico-cabalistica tipica del vicino Oriente, hanno invece considerato il gruppo, la collettività come il luogo dove l'individuo non solo si realizza pienamente ma addirittura si costruisce.



E questi indirizzi si collegano sorprendentemente ad alcuni recenti sviluppi della psicologia relazionale e del femminismo; è il cosiddetto "approccio transindividuale" per cui tutti gli esseri viventi come "res singulares" esistono solo come conseguenza dell'esistenza di altre cose e di altri individui con cui interagiscono in continuazione. Viene così abolita quella "scala vitae" per cui secondo Aristotele esiste una serie di esseri che partendo dal sommo della scala, "il maschio adulto", paradigma della perfezione, scende fino agli esseri inanimati come le pietre che

non hanno facoltà razionali e relazionali. Ma la Biologia moderna ci ha fatto comprendere che persino gli esseri unicellulari sentono, vibrano ed entrano in relazione tra loro. Qua-

continua in una mescolanza che parte dalla conoscenza per arrivare a condividere gioie e dolori. La personalità del singolo, può in alcuni villaggi africani, essere posta in secondo piano rispetto ad una identità sociale più ampia che deriva dall'appartenenza alla tribù. Con Spinoza, filosofo ebreo di origine portoghese, vissuto nell'Olanda del '600, si ha un'interpreta-

zione razionale della radice cabalistica della sua cultura. Egli afferma che gli individui sono il risultato di continui processi di associazione e dissociazione con gli altri senza una radicale distanza/differenza tra conoscente e conosciuto. Ma il motore di questo processo è il desiderio, la "cupiditas" che "ipsa est hominis essentia", senza di essa la vita si spegne e la guarigione è impossibile.

Secondo Spinoza l'altro braccio dell'attaccamento alla vita è il continuo tentativo di perseverare in "se' stessi", il cosiddetto "conatus", il filosofo anticipa di alcuni secoli il concetto biologico della scienza moderna per



Statua di Spinoza ad Amsterdam

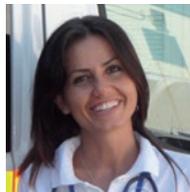
le stupore nell'apprendere che forme di pensiero da noi considerate a lungo inferiori alla cultura europea, avevano già in passato maturato concezioni molto affini a queste verità. Nel pensiero Ubuntu tipico della cultura Bantù, ad esempio l'individuo deve sempre sapere che "Io sono quello che sono per quello che siamo tutti", quindi interconnessione

cui la sopravvivenza è il risultato del mantenimento dell'equilibrio cioè dello "status quo" tra forze che costruiscono e forze che distruggono.

Tornando quindi al punto di partenza, la radice della malattia, senza nulla togliere a germi ed agenti patogeni vari, trova in questa perdita di collegamento con l'altro una maniera di agire che è al contempo "modus operandi" e fine ultimo; con questo progressivo allontanamento dagli altri, la malattia porta a termine il suo compito. Nella comunicazione legata al desiderio di conoscere e sopravvivere sta invece la speranza e la possibilità di guarire, trasformando anzi la malattia in un'occasione di arricchire la propria personalità.



Prof. **Carlo Racani**, Responsabile sanitario Aeroporti di Roma SpA



Dott.ssa **Sonila Kalemi**

L'Aeroporto di Fiumicino città cardioprotetta

Ognuno di noi è stato almeno una volta in aeroporto a Fiumicino, per partire, tornare o semplicemente accompagnare qualcuno, ma oltre agli aerei l'Aeroporto Leonardo da Vinci, è anche una città “Cardioprotetta”. Nel cuore dell'aeroporto di Fiumicino, la vita pulsa non solo in atterraggio e decollo, ma anche nei defibrillatori semiautomatici distribuiti strategicamente in tutto l'aeroporto.

Un Hub intercontinentale che continua a ricevere premi ogni anno, mantenendo alti gli standard di qualità ed a stare nel gotha dell'eccellenza. L'aeroporto ha davvero creduto in questo progetto ponendo un'attenzione verso i passeggeri e soprattutto verso i dipendenti stessi, tanto da investire con un grande numero di defibrillatori posizionati in diversi punti dell'aerostazione, in teche facilmente accessibili al pubblico 24 ore su 24 e con l'apposita segnaletica indicando la posizione del dispositivo in caso di necessità. Un altro elemento chiave di questa iniziativa è la rapida risposta alle chiamate di emergenza.

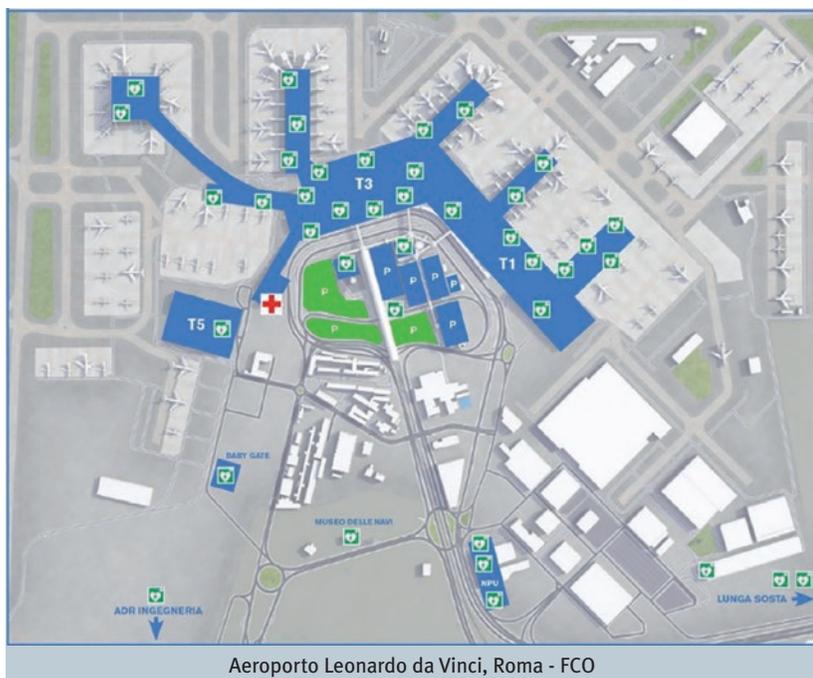




Il Pronto soccorso ADR organizza continuamente dei corsi di formazione e refresh per istruire e aggiornare sia i dipendenti che il personale laico all'utilizzo tempestivo del defibrillatore al fine di abilitare sempre più persone alla corretta pratica di primo soccorso, intervenendo e salvando le vite delle persone, poiché ciò può fare veramente la differenza.

I DAE - (Defibrillatori Automatici Esterni) - sono presidi salvavita utilizzabili anche da personale laico (non sanitario) specificamente addestrato, in quanto analizzano autonomamente il ritmo ECG (elettrocardiogramma) e determinano, con autonomia ed assoluta sicurezza, se la defibrillazione è necessaria. Attualmente l'aeroporto conta un totale di 43 defibrillatori installati in tutto l'aerostazione, oltre a quelli già predisposti nelle ambulanze e nel pronto soccorso per un totale di 54 DAE.

I DAE sono posizionati sia in "Land-side" che "Air-side", nei luoghi più affollati e frequentati sia da parte dei passeggeri ma anche dei dipendenti stessi, come le aree "Partenze", "Arrivi" nei vari terminal, nelle zone di transito merci come "Cargo-city", o anche "ADR Ingegneria", "Polmone taxi", "Museo delle Navi", "Torre di controllo", "Uffici dirigenziali", "Polizia", "Stazione ferroviaria", "Palestra", Innovation Hub, Asilo nido "Baby Gate" ma anche nelle zone ristoro e aree giochi per i più piccoli.



Aeroporto Leonardo da Vinci, Roma - FCO

Ogni defibrillatore è posizionato in una teca di protezione con un allarme sonoro e un Gps che in tempo reale invia il segnale tramite mail, sms e notifica sia alla piattaforma sia alle persone deputate al controllo.

Attraverso la piattaforma “Avia” possiamo altresì controllare la temperatura, lo stato di batteria del DAE, la scadenza delle piastre, ma anche controllare tutto lo storico delle comunicazioni, operazioni effettuato su quel singolo DAE in ordine cronologico da quando sono stati installati ad oggi. Aivia GO fornisce il monitoraggio da remoto

del DAE, tutti gli eventi vengono registrati e recuperati tramite un programma software ed una connessione Internet wireless (4G), garantendo che il defibrillatore rimanga pienamente operativo e pronto per l’uso. Aivia GO fornisce una comunicazione vocale diretta con i servizi di emergenza e un sistema di localizzazione GPS.

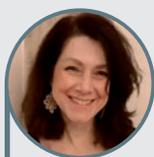
Un controllo capillare e dettagliato che ci permette di monitorare controllare e soprattutto intervenire in tempo reale per qualsiasi evenienza, trovando una soluzione rapida a qualsiasi minimo problema segnalato, garantendo la sua

funzionalità e la sua completa efficienza in caso di necessità. Oltre al monitoraggio attraverso la piattaforma, il personale sanitario infermieristico effettua controlli e test sia giornalieri che settimanali, per verificare il corretto funzionamento della piattaforma.

In una città cardioprotetta come questa, la sicurezza dei cuori è una priorità che si riflette nei dettagli, e nelle scelte prioritarie di questa azienda. Questa iniziativa dimostra come una comunità possa lavorare insieme per creare un ambiente più sicuro e prevenire le tragiche conseguenze degli arresti cardiaci

Questo è un sistema all’avanguardia che è diventato il nostro fiore all’occhiello e che con orgoglio diciamo di avere perché crediamo in questo progetto, ma soprattutto crediamo al valore aggiunto che esso può fare e dare nella vita di ognuno di noi.

Con tale progetto speriamo di diventare un modello per altre realtà, l’ispirazione a dare la giusta importanza alle cose e soprattutto alla vita delle persone, la quale non ha prezzo, e come tale va tutelata sempre e comunque, sia in volo che in terra.



Rosa Maria Manfredi

Integrazione con Olio di Pesce e Rischio Cardiovascolare: una panoramica dal sano al malato, mito o realtà?



Introduzione: le malattie cardiovascolari sono la principale causa di morte in tutto il mondo. **L'olio di pesce**, una ricca fonte di acidi grassi omega 3 (contenente acido eicosapentaenoico e acido docosaesaenoico) è **stato raccomandato** nel passato **come misura dietetica di prevenzione cardiovascolare**.

Scopo dello Studio: questo studio, analizza gli eventuali effetti benefici, nulli o dannosi, degli integratori di olio di pesce (IOP), sui sani e su differenti patologie cardiovascolari, all'interno di uno studio di coorte longitudinale di prevenzione primaria e secondaria.

Materiali e Metodi: sono stati inclusi, tra il 1 marzo 2006 e il 31 luglio 2010, **415.737 partecipanti**, (età media **55,9±8.1 anni**; **55% donne**), provenienti dalla UK Biobank (studio di coorte di comunità) di età compresa tra i 40-69 anni.

Sono state chieste ai partecipanti informazioni circa l'uso regolare di IOP, tramite un

questionario touchscreen, e/o di altra terapia farmacologica. Sulla base di queste notizie, i partecipanti sono stati classificati come consumatori abituali di integratori di olio di pesce (COP: 31,4%, n=130.365) e non consumatori (NCOP: 65,9%, n=285.372).

I partecipanti sono stati seguiti dal momento del reclutamento fino al decesso, alla perdita al follow-up o alla data di fine del follow-up (31 marzo 2021; **follow-up mediano di 11,9 anni**). Gli eventi, definiti da un codice ICD-10, sono stati ottenuti dai registri di morte, dalle cartelle cliniche ospedaliere e/o del medico di base. Sono stati raccolti dati relativi all'età (<65 anni e ≥65 anni), al sesso, all'etnia, alle condizioni socioeconomiche (misurate mediante l'indice di deprivazione di Townsend, maggiore il punteggio, maggiore la deprivazione), al consumo di alcool e tabacco e alle abitudini dietetiche.

Sono stati inoltre considerati diverse evoluzioni cliniche dello stato di salute: transizione A: da sano, alla fibrillazione atriale; transizione B: da sano, agli eventi avversi cardiovascolari maggiori; transizione C: da sano, alla morte;



transizione D: dalla fibrillazione atriale a eventi cardiovascolari; transizione E: dalla fibrillazione atriale alla morte; transizione F: da eventi cardiovascolari, alla morte.

Risultati: nel gruppo COP vi era una prevalenza più elevata di partecipanti anziani (22,6% v 13,9%), bianchi (95,1% contro 94,2%) e donne (57,6% contro 53,9%) e un maggiore consumo di alcool (93,1% contro 92,0%), pesce azzurro (22,1% contro 15,4%) e alimentazione ittica in generale (18,0% contro 15,4%) rispetto ai non utilizzatori. L'indice di deprivazione di Townsend (media -1,5 (SD 3,0) v -1,3 (3,0)) e la percentuale dei fumatori (8,1% contro 11,4%) erano inferiori tra i consumatori abituali di olio di pesce.

Nel corso del follow-up, 18.367 partecipanti avevano fibrillazione atriale (FA) (transizione A); e 17.826 partecipanti hanno avuto gravi eventi cardiovascolari avversi (transizione B); 14.902 partecipanti sono deceduti senza avere fibrillazione atriale o eventi cardiovascolari (transizione C). Tra i partecipanti con FA, 4.810 hanno sviluppato eventi avversi cardiovascolari maggiori (transizione D) e 1.653 sono morti (transizione E). Per contro tra i partecipanti con eventi cardiovascolari, 5.585 sono morti durante il follow-up (transizione F).

Soggetti sani... Negli individui sani, l'uso degli IOP ha favorito l'insorgenza di FA, con un hazard ratio di 1,13 (IC al 95% da 1,10 a 1,17, transizione A).

Se considerati, in particolare, i principali eventi avversi car-

diovascolari (HF, ictus e IMA), **l'uso regolare di IOP era lievemente associato ad un aumento del rischio di ictus** (hazard ratio 1,05, IC 95% da 1,00 a 1,11), mentre un effetto protettivo è stato riscontrato nello sviluppo di HF (0,92, 0,86 a 0,98). Inoltre l'associazione tra l'uso regolare di IOP e il rischio di modificare lo stato di salute era maggiore nelle donne e nei non fumatori, mentre l'effetto protettivo era maggiore negli uomini e negli anziani.

Nei soggetti con FA all'inizio dello Studio... **l'uso di integratori di olio di pesce ha ridotto il rischio di eventi avversi cardiovascolari maggiori** (transizione D, hazard ratio 0,92, IC 95% da 0,87 a 0,98) e aveva un effetto protettivo sullo sviluppo di infarto miocardico (0,85, 0,76-0,96) e sulla morte (0,88, da 0,81 a 0,95).

Soggetti con pregressi eventi cardiovascolari avversi... nei partecipanti **con insufficienza cardiaca, si è rilevato un effetto protettivo dell'uso regolare di integratori di olio di pesce sul rischio di mortalità** (0,91, da 0,84 a 0,99).

Discussione: in questa analisi prospettica di più di 400.000 adulti nel Regno Unito, si evidenziava che **un uso regolare degli integratori di olio di pesce potrebbe avere un ruolo differenziale nella progressione delle malattie cardiovascolari**. Infatti, per persone sane, un regolare uso di IOP, in prevenzione primaria, era associato ad un aumento del rischio della fibrillazione atriale.

Per i partecipanti con FA o insufficienza cardiaca, tuttavia, l'uso regolare di integratori di olio di pesce, come prevenzione secondaria, ha avuto effetto protettivo o nessun effetto sullo sviluppo di eventi cardiovascolari.

Tali risultati sono in linea con la letteratura. Infatti, in prevenzione primaria, una meta-analisi di sette studi randomizzati e controllati ha dimostrato che l'uso di IOP presentava maggior rischio di sviluppare FA; mentre in prevenzione secondaria lo Studio GISSI metteva in evidenza l'associazione tra la

somministrazione di basse dosi di IOP e la riduzione degli eventi cardiovascolari nei pazienti con recente infarto mio-

per tutte le cause del 9%.

Considerazioni e Conclusioni: Gli Omega 3 hanno un forte impatto sulle proprietà fisiche della membrana cellulare, sulla sua fluidità, permeabilità ed elasticità, nonché essi hanno

proprietà antinfiammatorie, di miglioramento della funzione endoteliale e del potenziale redox cellulare. Come questi effetti benefici impattino su i sani o i malati è però differente.

Nei sani, infatti, l'assunzione di IOP aumenta il rischio di FA e di ictus. Ciò è maggiormente evidente nelle donne e nei non fumatori, probabilmente per le condizioni già ottimali di partenza. Pertanto, in tale contesto, ridurre ulteriormente il potenziale redox cellulare e aumentare la fluidità



cardico. Sulla stessa linea si collocava lo Studio GISSI sullo scompenso cardiaco (GISSI-HF), condotto su 6.975 pazienti con insufficienza cardiaca cronica, che ha dimostrato che un supplemento dietetico con acidi grassi omega 3 riduceva il rischio di mortalità

di membrana non porta benefici e tale pratica andrebbe scoraggiata bastando perciò, una dieta sana ed equilibrata.

Per contro nelle patologie cardiovascolari, quando già vi è un danno cellulare, la supplementazione di Omega 3 si traduce in un effetto protettivo sugli eventi avversi, come anche dimostrato dalla letteratura.

Da quanto detto: Omega 3 sì o Omega 3 no, dipende da quanto un individuo sia portatore di patologie cardiovascolari e non dalle proprietà benefiche dell'integratore.



Filippo Brandimarte

Rischio aritmico ad altitudini estreme



Sebbene sia noto che l'ipossiemia, le alterazioni elettrolitiche e il respiro periodico aumentino la suscettibilità ad aritmie cardiache al di sopra dei 6000 metri di altitudine, le evidenze scientifiche sul verificarsi di disturbi del ritmo in ambienti ipossici e ipobarici in soggetti ovviamente sani sono scarse. Comprendere il comportamento del cuore umano in queste condizioni estreme può fornire importanti indicazioni agli scalatori e potrebbe aiutare a spiegare la mortalità in tali circostanze al di là della difficoltà della scalata o delle condizioni metereologiche.

A tal proposito è stato recentemente pubblicato sulla rivista JAMA Cardiology lo studio prospettico SUMMIT che ha valutato il rischio aritmico in soggetti sani che hanno scalato l'EVEREST, la vetta più alta del mondo che raggiunge gli 8849 metri. Tutti i soggetti sono stati sottoposti entro 12 settimane prima della spedizione ad un elettrocardiogramma a 12 derivazioni, un ecocardiogramma transtoracico, un test ergometrico ed un ECG Holter di almeno 4 giorni. La registrazione del ritmo è stata poi ripetuta al campo base a 5300 metri e al raggiungimento della vetta. L'endpoint primario è stato l'incidenza di un composito di tachiaritmie sopraventricolari (> di 30 secondi), ventricolari (> 3 battiti), bradiaritmie (arresto seno atriale, blocchi atrio ventricolari di secondo e terzo grado). Endpoint secondari sono stati morte, edema polmonare, edema cerebrale e mal di montagna acuto.

Tra il 25 gennaio e il 9 maggio 2023 sono stati arruolati un totale di 41 individui (età

media 33 anni). Lo studio è stato poi condotto su 34 soggetti in quanto 3 scalatori non hanno raggiunto il campo base e pertanto non sono stati sottoposti a ECG Holter, 1 partecipante non ha accettato l'applicazione della patch per la registrazione del ritmo durante la scalata, 1 partecipante ha perso la patch di registrazione e in 2 casi il sistema di registrazione non ha funzionato. Dei 34 scalatori studiati, 32 hanno raggiunto un'altitudine di almeno 7900 metri, 23 sono arrivati a quota 8500 metri e 14 hanno raggiunto la vetta. Il supplemento di ossigeno è stato usato da 32 soggetti (94%) a partire dai 6500 metri (n=2), 7300 metri (n=28) e 7900 metri (n=2). Due scalatori hanno usato ace-

tazolamide per combattere il mal di montagna acuto. La durata media della registrazione Holter è stata di circa 7 giorni. Sono stati registrati un totale di 45 endpoint primari in 13 scalatori (38%): 7 soggetti hanno avuto 23 episodi bradiaritmici a riposo, 10 scalatori hanno avuto 19 eventi bradiaritmici durante esercizio, 1 atleta ha avuto 2

episodi di Blocco atrio-ventricolare di 3 grado a 6500 metri ed infine due scalatori hanno avuto 2 eventi tachiaritmici (1 episodio di TVNS di 9 battiti a 240 battiti/min durante la discesa da 7900m e un episodio di TV lenta sostenuta a 137 bpm durante l'ascesa dai 6500 metri ai 7300 metri). La proporzione degli individui che hanno avuto aritmie è stata stabile a tutti i livelli di altitudine ma gli eventi sono numericamente aumentati dai 5300 metri ai 7300 metri per diminuire sopra i 7300 metri, altitudine alla quale praticamente tutti gli scalatori hanno utilizzato la supplementazione di ossigeno. Nonostante gli eventi aritmici registrati nessuno scalatore ha avvertito sintomi (un solo caso sintomatico di mal di montagna acuto, non legato quindi agli eventi aritmici).

Lo studio ha dimostrato come gli eventi aritmici siano più frequenti di quanto immaginato sia a riposo che durante sforzo





conflitto tra il sistema parasimpatico e simpatico mediato dai chemorecettori periferici determinando in ultima analisi bradiaritmie in maniera non dissimile da quanto accade nei soggetti con sindrome da apnee ostruttive. Gli eventi tachiaritmici, invece, sembrano essere più rari e potrebbero essere secondari a

ad altitudini elevate ed in cuori sani. Una significativa diminuzione della pressione atmosferica sopra i 7000 metri determina ipossia ipobarica e ipossiemia arteriosa come dimostrato anche dalla Caudwell Xtreme Everest Research Expedition, durante la quale sono stati analizzati i dati emogasanalitici dei partecipanti che hanno rivelato una saturazione di ossigeno media del 54% a 8400 metri. In questo contesto il sistema nervoso autonomo sembra avere un ruolo importante nel determinare eventi bradiaritmici: il respiro periodico, di comune riscontro negli scalatori durante il sonno sopra i 6000 metri, sembra promuovere un

disturbi elettrolitici legati all'iperventilazione: l'alcalosi respiratoria, infatti, è associata ad ipopotassiemia ed ipocalcemia, condizioni che aumentano l'incidenza di extrasistolia ventricolare e causano un allungamento del QT, condizioni potenzialmente predisponenti ad aritmie ventricolari. La disidratazione, inoltre, può amplificare questi fenomeni inducendo disturbi elettrolitici. L'uso di ossigeno durante la scalata specie sopra i 7000 metri può aver ridotto gli eventi aritmici che numericamente sono risultati essere in effetti più frequenti sotto i 7300 metri, quota alla quale la maggior parte degli scalatori respirava in aria ambiente. Infine, l'acclimatamento che obbligatoriamente gli scalatori hanno dovuto effettuare può aver contribuito a ridurre gli eventi aritmici "abituando" l'apparato cardiovascolare alle condizioni di rarefazione di ossigeno attraverso, ad esempio, la produzione di un maggior numero di globuli rossi. Le implicazioni che tali eventi aritmici possano avere sullo stato di salute di questi soggetti rimangono ancora però da dimostrare. Tuttavia, sapere che in condizioni estreme possono verificarsi eventi bradiaritmici anche in assenza di sintomi, può fornire potenziali contromisure da adottare durante le scalate e potenzialmente salvare vite.

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 tisico

Cuesto oggnuno lo sa: ppila intronata
va ccent'anni pe ccasa¹: e ttel'ho detto.
Mo mm'accorgio² però cch'er poveretto
Sta vviscino a ssonà lla ritirata³.
Già ffin dar tempo che sposò Nunziata
Le scianche je fasceveno fichetto⁴;
e ffinarmente s'è allettato a lletto
perch'era ppiù ll'uscita che ll'entrata.
Nun tiè ppiù ffiato da move le bbraccia:
e cchi lo va a gguardà ssu cquer cuscino,
je vede tutta Terrascina⁵ in faccia.
Io metterebbe er collo s'un quadrino
Che nnu la cava: e ggìa la Commaraccia secca de
Strada-Ggiulia⁶
Arza er rampino⁷.

¹ Proverbio

² Mi accorgo

³ Proverbio

⁴ Fasceveno fichetto nel senso di piegarsi per fiacchezza

⁵ Terracina, qui in senso traslato di terra

⁶ La comare secca, cioè la morte di Strada Giulia dalla via con questo nome nella quale è la Chiesa della Morte

⁷ Falce

di Filippo Stazi

Quadri e Salute



Il ferito è un olio su tela di 101x127 cm, dipinto nel 1752 da Gaspare Traversi ed attualmente conservato presso la Galleria dell'Accademia a Venezia.

Gaspare Traversi, figlio di Domenico, mercante di origine genovese, e di Margherita Mariniello, nacque a Napoli nel 1722. Nessuna notizia certa sulla sua formazione è riportata nelle cronache del tempo e il motivo di tale silenzio è verosimilmente da ricercare nel tipo di soggetti raffigurati e nei difficili rapporti che l'artista aveva con i committenti. Fu verosimilmente allievo di Francesco Solimena, il massimo esponente della pittura rococò napoletana, che però poi lo allontanò quando scoprì che il giovane, in società col fratello Francesco, affiancava alla sua attività di pittore quella meno nobile di usuraio. Traversi faticò a trovare spazio nella Napoli del tempo e per tale motivo, nel 1754, si trasferì a Roma dove, invece, le sue abilità ritrattistiche gli permisero di ritagliarsi un posto non secondario nel mercato capitolino. In questo periodo il frate Raffaello Rossi da Lugagnano gli affidò l'incarico più importante della sua carriera: la realizzazione dell'im-

ponente ciclo pittorico destinato alla chiesa, non più esistente, di S. Maria di Monte Oliveto a Castell'Arquato, il borgo piacentino di cui il committente era originario. Il ciclo di Castell'Arquato e gli altri impegni professionali assunti da Gaspare in questo periodo dovettero incidere favorevolmente sulla sua condizione economica visto che nel 1758 egli fu in grado di assicurare alla sorella Caterina la cospicua dote nuziale di quattrocento scudi. Nel 1759 si sposò con Rosa Orlandi. Traversi fece testamento il 31 ottobre del 1770, lasciando "i suoi pochi beni di fortuna" alla moglie e ai figli Giuseppe e Margherita. Morì il giorno seguente, a soli 48 anni, e venne sepolto nella basilica di S. Maria in Trastevere.

L'artista dipinse molti soggetti sacri, prevalentemente per le chiese di Roma, e numerosi ritratti, in cui riusciva mirabilmente a far emergere le caratteristiche psicologiche dei modelli ma fu soprattutto un osservatore della società di cui interpretò i segnali di cambiamento. Il meglio di sé lo diede, infatti, con una serie di opere di piccolo formato in cui rappresentava scene di vita quotidiana rappresentative del-

la società del tempo. Sono le "bambocciate", non semplici "quadri di genere" ma impietosa testimonianza dei costumi degeneri della sua gente e delle contraddizioni della Napoli settecentesca, in costante oscillazione tra immensa ricchezza e profonda miseria. Appassionato di teatro e affascinato dal mondo dell'Opera Buffa, Traversi ricavò dal teatro della sua epoca la fonte per molte delle sue composizioni, coniugando le caratteristiche fisiche, spesso ambigue, dei personaggi rappresentati, con l'espressiva gestualità rivelatrice dei loro caratteri. Il fatto che il pittore abbia sempre risieduto, sia a Napoli che a Roma, in quartieri popolari, gli consentì un'analisi spietata della società del suo tempo. Egli non inventò soggetti nuovi ma rinnovò temi tradizionali mediante l'adozione di costumi moderni, di interpretazioni psicologiche sottili e di schemi compositivi mutuati dall'iconografia religiosa. Gaspare Traversi propose un mondo nuovo per la sua epoca in cui i personaggi, inconfondibili per il loro aspetto fisico, sono rappresentati dal vero e con uno stile volto a rivelare la realtà nascosta delle

cose. L'analisi delle sue opere ci svela la vita popolare e borghese, evidenziandone spesso la falsità, la dissoluzione morale e la disonestà. Il suo amore per la fustigazione dei costumi con l'arma dell'ironia fu forse l'aspetto del suo carattere che gli impedì di raggiungere il successo artistico che avrebbe meritato, condannandolo ad una sorta di damnatio memoriae durata oltre due secoli. A lungo dimenticato la sua riscoperta artistica è merito del grande storico dell'arte del Novecento Roberto Longhi, che ne rivalutò l'opera facendolo conoscere al vasto pubblico anche grazie all'attribuzione di diversi suoi quadri attribuiti nel tempo ad altri maestri del Settecento.

Nella tela *Il ferito* Traversi realizza una scena concitata, caratterizzata da varie figure e da una luce intensa e drammatica che, posandosi sui volti dei personaggi, sembra analizzar-

ne i caratteri. La scena è concepita quale fedele rappresentazione pittorica della realtà quotidiana, con la corale presenza di figure che si stagliano contro uno sfondo scuro omogeneo. Secondo la precisa gerarchia scandita dalla luce, l'artista riserva ai tre protagonisti in primo piano il massimo grado di luminosità. Al centro è il ferito che si contorce a causa delle sofferenze: il ragazzo è leggermente inclinato a sinistra e solleva un lembo della sua camicia, con le mani, per permettere al dottore di esaminare la ferita, con aria attonita; il viso del ferito esprime dolore e smarrimento. Sulla sinistra il medico, sul cui volto, intento e grave, converge il punto focale della tela. Forse invece che un dottore è un ciarlatano e in tal caso la tela sarebbe quindi una sorta di monito e denuncia contro di lui. Sulla destra un'angelica fanciulla intenta a mitigare con le proprie carez-

ze il dolore dello sventurato giovane. La ragazza, con atteggiamento quasi materno, sembra parlargli mentre gli sorregge la testa. Muovendo verso il margine superiore della tela ci si inoltra progressivamente in una zona di penombra, con predominanza di tinte scure e terrose. Emblematiche le tre figure sullo sfondo: un giovane, unico altro soggetto illuminato, forse un ritratto, che distoglie lo sguardo per non impressionarsi, un uomo anziano al centro che sembra asciugarsi le lacrime e una donna con le mani giunte a destra, forse i genitori del ragazzo in primo piano. L'artista rappresenta il momento precedente all'intervento, riuscendo a rendere magistralmente sia la concentrazione del dottore che il dolore provato dall'uomo, anche grazie ai forti contrasti chiaroscurali che ricordano lo stile caravaggesco.

Perché il medico non va più a domicilio

Come dicono al mio paese, ora posso dire una parola in piazza. Super pensionato, classe 1928, ricordo ancora quando il mio condotto veniva chiamato da mamma per le solite influenzette, tonsilliti ed esantemi vari. Lo sentivo arrivare dallo scrocchio delle scarpe, allora di moda, il suo fare suadente e l'immane olio di ricino. Cose serie le ebbi solo ai 18 anni per un'infezione polmonare, mi ricoverò e fui salvato dalla penicillina donata dagli Alleati. Poi avviato a fare il medico, laureato e specializzato, supplii vari condotti per contribuire all'aiuto dei miei genitori. Nei decenni successivi mi resi conto che la figura del condotto andava cambiando; pretendeva come per gli altri professionisti il riposo di fine-settimana e meno responsabilità nelle urgenze diurne e notturne. In parole povere, meno missione e più lavoro impiegatizio. Gli venne incontro il maggior numero di presidi ospedalieri, tutti provvisti del Pronto Soccorso (PS), collegato ai laboratori e agli specialisti.

Il qui presente super pensionato, che per guadagnarsi, si fa per dire,



Ilaria Capua



l'attuale aggravio sull'erario dell'ENPAM, cerca di tenersi aggiornato, elargisce consigli medici gratuiti e fa il giornalista divulgativo per compensare la mancata preparazione scolastica in ambito medico, dei pazienti ad ogni livello di studio, si sentirebbe oggi di dire la sua. Perché, seguendo la cronaca giornalistica e televisiva, si vede inondato da un crescendo di critiche, che gli ricorda nel ritmo travolgente la *Gazza Ladra* di Rossini: sul lamento per non poter avere il medico a casa, sulle lunghe attese nei Pronto Soccorsi, sui morti di quelli appena dimessi da questi, sulle cause medico-legali ai nosocomi, sulle risse contro i medici accusati di gravi inadempienze e su chi più ne ha più ne metta. Calma, signori miei, il problema non è personale, non riguarda i singoli addetti alle mille mansioni necessarie a reggere la Sanità. Come dice Ilaria Capua, il problema è "Circolare", coinvolge la scienza, lo sviluppo e la complessità dei moderni mezzi diagnostici, la diffusione e la gestione delle malattie in tutto il mondo, la politica e la geo-politica sanitaria. Negli anni 50 e poi 60, del se-

colo scorso, a noi giovani assistenti delle cliniche di Padova veniva assegnato un certo numero di pazienti, ai quali dovevamo eseguire personalmente gli esami di routine, dall'emocromo alle urine. Il laboratorio centrale non esisteva. Quando poi si diffusero gli elettrocardiogrammi, i poligrafici, le ecografie e l'emodinamica, così come per le radiografie e l'istologia già autonome, alcuni dovettero fare un adeguato tirocinio, spesso all'estero. Allora, il Direttore che faceva la supervisione dei pazienti, leggendo i referti talvolta faceva finta di capire, ma non poteva essere onnisciente. Allo stesso modo il generico, l'ex condotto, il medico de la calle degli spagnoli, davanti a qualsiasi malato, urgente o meno, non poteva decidere senza gli accertamenti, gli specialisti, che oggi sono indi-

spensabili, pena la condanna. Da qui i Pronto Soccorsi super affollati, la renitenza dei medici ospedalieri a dedicarsi e le attese scandalose.

Piano quindi con le facili accuse, il medico coscienzioso non è morto, è solo "imboscato" sotto quella caterva di progressi scientifici medici e di burocrazie varie. Facciamo in modo, invece, che quel "missionario" nascosto possa riemergere, come nel caso riportato da Massimo Gramellini nel suo elzeviro del Corsera: un medico del PS che aveva dimesso una paziente febbrile, poi a casa ripensandoci la volle rivedere al suo domicilio, la ricoverò e la salvò.

Come potremo quindi riordinare tutto questo guazzabuglio di supertecnologia sanitaria, di assembramenti in ogni settore, di pressapochismo politico e di umiliazione ippocratica? Io a 96 anni suonati mi trovo anche teoricamente incapace, oltre che a corto di neuroni cerebrali, ma ho fiducia in quelli che vorranno cimentarsi, ma senza presunzioni. Diceva il fumettista satirico Altan: "Non ho più idee. Devo averle gettate insieme alle ideologie".

DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2024



Filippo Brandimarte intervista Riccardo Cappato



Crioablazione contro terapia antiaritmica nella fibrillazione atriale: una sfida ancora aperta?

Brandimarte: Buongiorno Dott. Cappato e benvenuto a questa 41^a edizione di Conoscere e Curare il Cuore. Non poteva mancare uno spazio dedicato alla fibrillazione atriale visto il suo impatto clinico sia in termini di incidenza (in assoluto l'aritmia più frequente in pronto soccorso) che di possibili complicanze (ictus e instabilizzazione di scompenso cardiaco per citare solo i più importanti). Quali trattamenti raccomandano attualmente le linee guida internazionali per la fibrillazione atriale?

Cappato: Le attuali linee guida delle principali Società Scientifiche raccomandano la terapia farmacologica come prima scelta per il controllo del ritmo nei pazienti con fibrillazione atriale. Quelle europee, pubblicate nel 2020, danno indicazione di classe I, livello di eviden-





Copacabana

za A, all'ablazione transcateretere delle vene polmonari nei pazienti sintomatici, affetti da fibrillazione parossistica o persistente, senza fattori di rischio per recidive, in cui almeno un antiaritmico abbia fallito nell'ottenere il controllo del ritmo, allo scopo di ridurre i sintomi. Oltre che sul fallimento della terapia medica, viene messo l'accento sul concetto di sintomaticità della fibrillazione atriale e del miglioramento della qualità di vita. Nei pazienti naïve da farmaci per il controllo del ritmo, l'indicazione ad ablazione è più debole ed è considerata in classe IIa, livello di evidenza B, nei pazienti sintomatici affetti da fibrillazione atriale parossistica e in classe IIb, livello di evidenza C, in pazienti affetti da fibrillazione atriale persistente, senza fattori di rischio per recidive. Le linee guida americane, pubblicate nel 2014, con un update riguardante l'ablazione nei pazienti con fibrillazione atriale e scompenso cardiaco nel 2019, non differiscono significativamente da quelle europee per quanto riguarda l'indicazione ad ablazione come prima scelta per il controllo del ritmo ma non stratificano i pazienti con fibrillazione atriale persistente in base al rischio di recidiva. Nelle linee guida canadesi, pubblicate nel 2020, l'indicazione ad ablazione come primo approccio è considerata debole con una qualità di evidenza moderata. L'attenzione viene posta non solo sulle preferenze del paziente ma anche sul fatto che alcuni pazienti hanno controindicazioni relative o assolute alla terapia antiaritmica. Inoltre, non viene fatta alcuna distinzione tra fibrillazione atriale parossistica o persistente. Un capitolo a parte è rappresentato dai pazienti con scompenso cardiaco,

per i quali, tutte e tre le linee guida, dopo la pubblicazione dello studio CABANA, riconoscono il ruolo dell'ablazione rispetto alla terapia antiaritmica per quanto riguarda la mortalità seppur con un livello di evidenza ancora basso.

Quale è la reale efficacia delle terapie antiaritmiche farmacologiche oggi più frequentemente utilizzate e quali gli effetti collaterali che potrebbero limitarne l'utilizzo?

Sebbene i farmaci antiaritmici siano consolidati come terapia di prima linea la loro efficacia è globalmente modesta. Inoltre, sono caratterizzati da un intrinseco effetto proaritmico (rischio di aritmie maligne aumentato di 3-4 volte) e da svariati effetti collaterali sistemici. Flecainide e propafenone sono antiaritmici di classe Ic (bloccanti del canale del sodio) e rappresentano i farmaci più utilizzati nella popolazione più giovane e con meno comorbidità. Sono controindicati in pazienti con blocco atrio-ventricolare avanzato, QRS>120 ms, disfunzione ventricolare sinistra, grave compromissione epatica o renale. È stato osservato, inoltre, un incremento della mor-

talità nei pazienti ischemici in terapia con flecainide per elevato rischio di aritmie ventricolari. Il sotalolo è un antiaritmico di classe III a cui si associano proprietà betabloccanti. A basse dosi, prevale l'effetto betabloccante mentre ad alte dosi prevale l'effetto antiaritmico. Il rischio principale è il prolungamento dell'intervallo QT e la comparsa di torsioni di punta con una frequenza del 2%. Può essere utilizzato nei pazienti ischemici ma è controindicato in pazienti con scompenso cardiaco e disfunzione renale. L'amiodarone è un bloccante multicanale e un bloccante beta non selettivo. Rappresenta il più efficace degli antiaritmici e può essere utilizzato sia nei pazienti ischemici che nei pazienti con scompenso cardiaco. Ciononostante, per i suoi effetti collaterali (tossicità polmonare, tiroidea e allungamento del QT) è indicato come seconda scelta rispetto ad altri antiaritmici se non altrimenti possibile.

Il dronedarone, analogo all'amiodarone, nato con l'obiettivo di ridurre la tossicità tiroidea, può essere utilizzato nei pazienti ischemici e nei pazienti con scompenso a frazione d'eiezione preservata ma è

controindicato nei pazienti con disfunzione renale ed epatica e nei pazienti con disfunzione ventricolare sinistra.

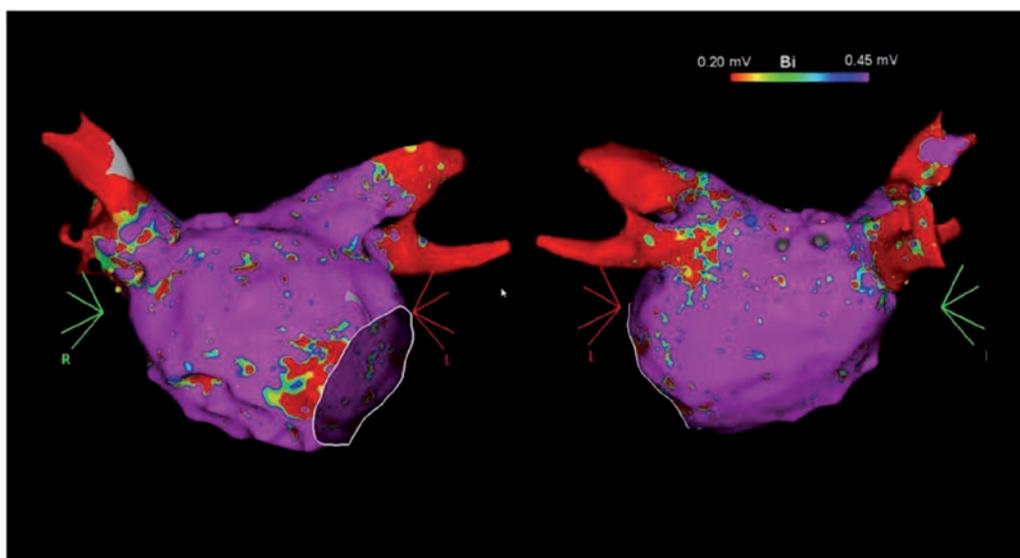
Indubbiamente la terapia farmacologica presenta limiti sia di efficacia che in termini di effetti collaterali. Quali invece i “pro” e i “contro” della terapia crioablativa e come viene praticamente effettuata?

La crioablazione prevede l'inserimento all'interno dell'atrio di un pallone che verrà in successione posizionato all'ostio delle vene polmonari, gonfiato fino ad ottenerne la completa occlusione e raffreddato con ossido nitrico, con una temperatura target intorno ai -60°C . Elettrodi posizionati su puntale circolare consentono di registrare i potenziali all'interno delle vene e di monitorarne la disconnessione. Rispetto all'ablazione mediante radiofrequenza, la crioablazione ha dimostrato di avere tempi procedurali più brevi a fronte di tempi di scopia più lunghi. Dopo la pubblicazione di diversi studi tra cui il FIRE and ICE e il FreezeAF è stata riconosciuta un'efficacia sovrapponibile delle due



diverse fonti di energia in termini di riduzione delle recidive di aritmie atriali a un anno. Nel tempo sono stati sviluppati diversi palloni progettati per aumentare l'efficacia dell'ablazione via via estendendo la superficie refrigerante e modificando la punta del catetere per facilitare il posizionamento del pallone a livello ostiale delle vene e ottenere maggiore stabilità. Le tecniche “one shot” appaiono particolarmente indicate per l'isolamen-

to delle vene polmonari nei pazienti con fibrillazione atriale parossistica. Nei pazienti con fibrillazione atriale persistente sono stati effettuati alcuni studi in cui il pallone è stato utilizzato per la parete posteriore e per l'isolamento dell'auricola ma l'efficacia e la sicurezza di queste lesioni aggiuntive sono tuttora dibattute. L'incidenza globale delle complicanze tra ablazione con radiofrequenza e crioablazione è simile con un aumentato rischio di paralisi del nervo frenico (circa 10%, solitamente temporanea), una riduzione del rischio di versamento pericardico e tampona-



mento cardiaco nei pazienti sottoposti a crioablazione. Mantenendo intatta la struttura extracellulare il rischio di stenosi delle vene polmonari è ridotto nella crioablazione rispetto alla radiofrequenza, mentre le complicanze relative agli accessi vascolari sono sovrapponibili (1.5%).

Quali sono le ultime evidenze scientifiche a supporto della diffusione della crioablazione?

Successivamente alla pubblicazione delle maggiori linee guida, sono stati pubblicati diversi studi che forniscono nuove evidenze a supporto dell'ablazione rispetto alla terapia farmacologica, tra tutti lo studio ATTEST che ha dimostrato che un in-

tervento ablativo precoce non solo è più efficace ma è anche in grado di impattare sulla progressione e cronicizzazione della malattia. Da qui nasce il disegno di diversi lavori con l'obiettivo di valutare il beneficio della crioablazione come prima linea rispetto alla terapia antiaritmica. Tra questi vanno menzionati l'EARLY-AF, lo STOP AF First e il Cryo-FIRST. Complessivamente, sono stati osservati 724 pazienti, con un'età media di 57 anni, prevalentemente di sesso maschile e con bassi livelli di comorbidità. Gli antiaritmici di classe Ic sono stati i farmaci più utilizzati, impiegati nell'80% dei casi. Analizzando i risultati di questi studi è stato evidenziato un rapporto rischio-beneficio favorevole per la crioablazione rispetto alla terapia farmacologica in termini di sintomi, recidive, ricoveri ospedalieri e complicanze. Tutti e tre gli studi hanno dimostrato una riduzione delle recidive nei pazienti sottoposti a crioablazione con una riduzione del rischio del 19%. Questi pazienti non solo hanno sperimentato meno palpitazioni, ma hanno anche registrato un miglioramento clinicamente significativo della qualità di vita. Le ospedalizzazioni sono significativamente inferiori nei pazienti sottoposti ad ablazione, così come gli accessi presso strutture sanitarie, nonostante una tendenza verso più accessi in Pronto Soccorso nel gruppo sottoposto ad ablazione nei primi mesi post-procedurali.

Quindi quale ruolo ha attualmente la crioablazione nel trattamento della fibrillazione atriale?

Nonostante le linee guida prevedano ancora l'uso degli antiaritmici come prima linea per il trattamento della fibrillazione atriale sintomatica, nei pazienti con fibrillazione atriale parossistica e poche comorbidità la crioablazione si è rivelata supe-

riore alla terapia antiaritmica, riducendo significativamente le recidive di aritmie atriali. Inoltre, si è dimostrata associata a una riduzione dei sintomi, ad un'aumentata qualità di vita e ad una riduzione delle ospedalizzazioni. Il profilo di rischio della procedura ablativa per quanto riguarda le complicanze maggiori si è dimostrato simile a quello della terapia medica. Ulteriori studi prospettici randomizzati sono necessari per valutare gli effetti della crioablazione rispetto alla terapia medica nei pazienti con fibrillazione atriale persistente, maggiori fattori di rischio per recidive e maggiori comorbidità.

Grazie Dott. Cappato per questo aggiornamento critico sulle nuove evidenze di trattamento della fibrillazione atriale che potrebbero a breve cambiare il paradigma terapeutico di questa frequente aritmia.

DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2024



Filippo Stazi intervista Laura Gatto



Controversia in cardiologia: clopidogrel o acido acetilsalicilico nel trattamento delle sindromi coronariche croniche?

Stazi: Nei pazienti con malattia coronarica aterosclerotica (CAD) sottoposti ad angioplastica coronarica percutanea (PCI), le attuali linee guida raccomandano l'impiego di una duplice terapia antiaggregante (DAPT) per la prevenzione di nuovi eventi cardiovascolari per una durata di tempo variabile in funzione della presentazione clinica, del rischio emorragico e del rischio ischemico. Alla sospensione della DAPT ed in assenza di indicazione a terapia anticoagulante orale, le linee guida raccomandano di continuare un singolo antiaggregante. Per la maggioranza della comunità scientifica questo singolo antiplastrinico è l'acido acetilsalicilico (ASA). Da dove derivano le evidenze a supporto di questa condotta?

Gatto: Le evidenze a supporto derivano da studi condotti negli anni 70 ed 80, successivamente sintetizzati dalle diverse metanalisi degli Anti-Thrombotic Trialist (ATT) Collaboration. La prima ha incluso 25 trial (oltre 29.000 pazienti) con storia di infarto miocardico, angina instabile, ictus ischemico o ischemia cerebrale transitoria. Il dato più interessante è stato che il trattamento antiaggregante (nella maggior parte degli studi ASA ad



un dosaggio variabile da 300 a 1.500 mg/die), si associava ad una riduzione del 15% del rischio di morte vascolare e del 30% del rischio di infarto ed ictus non fatali. La seconda ha dimostrato, in oltre 20.000 pazienti con storia di pregresso infarto miocardico, che la terapia antiaggregante comporta una riduzione del 4% del rischio assoluto di nuovi eventi cardiovascolari a due anni ($p < 0.001$). La terza metanalisi ATT si è focalizzata su dosaggi di ASA ridotti (75-150 mg/die) concludendo ancora una volta che il farmaco si associava ad una riduzione significativa degli eventi vascolari e tale beneficio era di gran lunga superiore all'aumentato rischio di sanguinamenti. L'ultima è stata pubblicata sul Lancet nel 2009 e ha racchiuso i principali studi in cui tale farmaco è stato impiegato in prevenzione primaria e secondaria. In merito al secondo scenario sono stati inclusi 16 trial per un totale di oltre 17.000 pazienti giudicati ad alto rischio. Il trattamento con ASA ha dimostrato una riduzione significativa del rischio di un evento vascolare considerato serio (6.7% vs 8.2% per anno, $p < 0.0001$), degli ictus complessi-



sivi (2.08% vs 2.54% per anno, $p = 0.002$) e degli eventi coronarici (4.3% vs 5.3% per anno, $p < 0.0001$). L'altra faccia della medaglia è stato un aumento del rischio di sanguinamenti maggiori, di circa due volte e mezzo, ma senza un incremento significativo delle emorragie intracraniche.

Il dato incontrovertibile che emerge da queste metanalisi è che nei pazienti con CAD l'impiego dell'ASA riduce gli eventi ischemici, a fronte di un accettabile aumento del rischio emorragico. Occorre tuttavia sottolineare come gli studi inseriti in queste metanalisi presentino alcuni grossi limiti che potrebbero limitarne l'applicazione nella cardiologia contemporanea. Tu come la pensi al riguardo?

Sicuramente sono studi che riletti criticamente sollevano alcuni dubbi: le popolazioni arruolate sono costituite prevalentemente da pazienti giovani, di sesso maschile, trattati con dosaggi di ASA differenti ed in genere superiore a quello normalmente impiegato. Il limite probabilmente più grosso è rappresentato dal fatto che si tratta di studi datati, quindi non è così scontato che possano essere applicati alla pratica clinica odierna che si è arricchita di nuove armi terapeutiche. Le strategie di prevenzione secondaria di 50 anni fa non sono in nessun modo paragonabili a quelle attuali, basti semplicemente pensare agli enormi progressi portati avanti nel campo del trattamento delle dislipidemie con il raggiungimento di target di LDL sempre più ambiziosi.

Sono ormai disponibili altri farmaci antiaggreganti, come gli inibitori del recettore P2Y12, che inibiscono l'attività piastrinica attraverso vie differenti da quella della ciclossigenasi inibita dall'ASA, offrendo la possibilità di strategie alternative nel trattamento a lungo termine dei pazienti con malattia coronarica. Il clopidogrel rappresenta il capostipite di questa classe di antiaggreganti. Quali evidenze sono disponibili a sostegno della sua efficacia e sicurezza nel trattamento cronico dei pazienti con CAD in alternativa all'ASA?

Il primo grosso studio di confronto tra ASA e clopidogrel è stato il CAPRIE (randomised, blinded, trial of Clopidogrel versus Aspirin in Patients at Risk of Ischaemic Events) che ha arruolato oltre 19000 pazienti con aterosclerosi conclamata, randomizzati a clopidogrel 75 mg/die o ASA 325 mg/die. L'endpoint primario è stato il composito di morte vascolare, infarto miocardico ed ictus ischemico. Ad un follow-up medio di poco inferiore ai due anni, il trattamento con clopidogrel riduceva il rischio relativo dell'endpoint primario dell'8.7% rispetto all'ASA

($p=0.043$). Tale beneficio si realizzava in presenza di un rischio di sanguinamenti intracranici simile tra i due gruppi (0.33% vs 0.47%) ed un rischio di sanguinamenti gastrointestinali a favore di clopidogrel (0.52% vs 0.72%). L'analisi per sottogruppi ha tuttavia documentato un effetto favorevole di ASA nei pazienti con storia di pregresso infarto miocardico, al contrario il clopidogrel si mostrava vincente nei pazienti con stroke ischemico e soprattutto in quelli con PAD, con una riduzione relativa del rischio di eventi rispettivamente del 7.3% e del 23.8%. Più recentemente lo studio HOST-EXAM (Harmonizing Optimal Strategy for Treatment of Coronary Artery Stenosis-Extended Antiplatelet Monotherapy) ha randomizzato 5.438 pazienti con storia di pregressa PCI ad una monoterapia con clopidogrel o ASA. Ad un follow-up di 24 mesi, l'endpoint primario di morte, infarto miocardico, ictus, re-ospedalizzazione per sindrome coronarica acuta e sanguinamenti maggiori era significativamente ridotto nel gruppo clopidogrel rispetto al gruppo ASA, con una riduzione relativa del rischio del 27% ed una

riduzione assoluta del 2% (95% CI 0.6-3.3) ed un "number needed to treat" (NNT) pari a 51. I sanguinamenti si sono verificati in 61 pazienti trattati con clopidogrel ed in 87 pazienti trattati con ASA ($p=0.036$), con una riduzione assoluta del rischio dello 0.9% ed un NNT di 111. Anche le complicanze gastro-intestinali minori (epigastralgia, dispepsia, dolore addominale, nausea, vomito, diarrea, costipazione) sono state documentate prevalentemente nel gruppo ASA (11.9% vs 10.2%, $p=0.048$). L'effetto benefico del clopidogrel sulla riduzione degli eventi ischemici ed emorragici si è mantenuto in tutti i sottogruppi analizzati.

Alla luce dei risultati dell'HOST EXAM siamo veramente pronti a rinunciare alla cara vecchia ASA anche in prevenzione secondaria?

Sicuramente il grande merito di questo studio risiede nel fatto di essere stato il primo randomizzato a mettere a confronto le due monoterapie dimostrando l'efficacia e la sicurezza del clopidogrel in una popolazione di pazienti post-PCI che possiamo definire "moderna", perché trattati con

stent medicati di ultima generazione e con statine ad alta efficacia. Questo trial presenta, tuttavia, alcuni grossi limiti: il disegno dello studio, aperto e non in cieco; il fatto che sia stato condotto soltanto in una popolazione sudcoreana e pertanto i risultati non possono essere generalizzati ad altre etnie ed inoltre la durata del follow-up che inizialmente era di soli due anni. È proprio per superare quest'ultimo aspetto che il periodo di osservazione dei pazienti è stato prolungato e sono stati recentemente pubblicati i risultati dello studio HOST-EXAM Extended. Ad un follow-up di 5.8 anni, si conferma come l'endpoint primario sia consistentemente ridotto con il clopidogrel rispetto all'ASA (12.8% vs 16.9%; HR 0.74, CI 95% 0.63-0.86; $p < 0.001$), con una riduzione anche dell'endpoint secondario trombotico (7.9% vs 11.9%; HR 0.66 CI 95% 0.55-0.79; $P < 0.001$) e dell'endpoint secondario dei sanguinamenti (4.5% vs 6.1%; HR 0.74 CI 95% 0.57-0.94; $P = 0.016$).

Le metanalisi sono inevitabili ed anche in questo contesto ne sono state condotte diverse. L'ultima in ordi-

ne di tempo, PANTHER, cosa ha dimostrato?

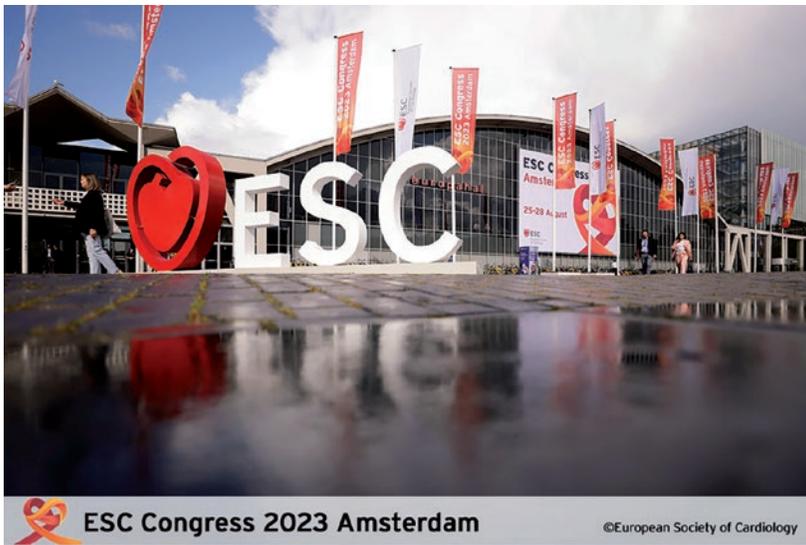
Gragnano e coll. hanno recentemente pubblicato i risultati della metanalisi PANTHER (P2Y12 Inhibitor or Aspirin

sono invece stati i sanguinamenti maggiori ed il beneficio clinico netto (NACE). Sette trial clinici randomizzati sono stati considerati eleggibili per la metanalisi, ma per ogni studio di-



Monotherapy as Secondary Prevention in Patients With Coronary Artery Disease: An Individual Patient Data Meta-Analysis of Randomized Trials), che ha confrontato la monoterapia con ASA verso quella con inibitori del recettore P2Y12 nella prevenzione secondaria dei pazienti con CAD. L'endpoint primario è stato il composito di morte cardiovascolare, infarto miocardico ed ictus; gli endpoint secondari chiave

versi pazienti sono stati esclusi perché ritenuti non idonei, si tratta infatti di una "individual patient data" metanalisi. Alla fine la popolazione PANTHER ha compreso un totale di 24.325 pazienti, 12.147 assegnati al gruppo ASA e 12.178 assegnati al gruppo inibitori del recettore P2Y12 (clopidogrel 62% e ticagrelor 38%). Gli autori hanno concluso che la monoterapia con inibitori del recettore P2Y12 rispetto a quella con



ASA si associa ad un minor rischio di eventi dell'endpoint primario ($P=0.012$) con un NNT di 121 a due anni. Il rischio di sanguinamenti maggiori è risultato sovrapponibile tra i due gruppi. Anche il NACE è stato ridotto dalla singola terapia con inibitori P2Y12 (HR 0.89; 95% CI: 0.81-0.98; $P=0.020$). In merito, invece, agli endpoint secondari il rischio di infarto miocardico è risultato significativamente inferiore con la monoterapia con inibitori del recettore P2Y12 (HR 0.77; 95% CI: 0.66-0.90; $P<0.001$), con un NNT di 136; per l'ictus è stato individuato un trend che non ha raggiunto la significatività statistica (HR 0.84; 95% CI: 0.70-1.02; $P=0.076$), mentre non è stata riscontrata nessuna differenza nelle mortalità cardiovascolare e nella mortalità per tutte le cause. Inoltre, il rischio di sanguinamenti gastro-intestinali, di trombosi di stent definita e probabile e di ictus emorragico è stato significativamente inferiore nei pazienti trattati con inibitori del P2Y12 rispetto a quelli trattati con ASA. Il risultato della trombosi dello stent, come giustamente sottolineano gli autori nella discussione del lavoro, potrebbe in qualche modo essere legato al fatto che più di un terzo dei pazienti del gruppo inibitore del recettore P2Y12 è stato trattato con un farmaco più potente come il ticagrelor. Gli autori della metanalisi hanno quindi concluso che in base ai risultati raggiunti, la monoterapia a lungo termine con inibitori del recettore P2Y12 potrebbe essere pre-

feribile a quella con ASA nella prevenzione secondaria dei pazienti con CAD.

Cosa ci dicono le linee guida?

Durante l'ultimo congresso della Società Europea di Cardiologia sono state rilasciate le linee guida aggiornate sul trattamento delle sindromi coronariche acute che hanno affrontato anche il controverso argomento della terapia antiaggregante in cronico. Nonostante i risultati della metanalisi PANTHER fossero già stati resi noti, gli autori delle linee guida continuano ad indicare l'ASA come farmaco antiaggregante da usare come prima scelta in monoterapia per la prevenzione secondaria nei pazienti con CAD e senza indicazione al trattamento anticoagulante (classe I, livello di evidenza A). La terapia con inibitori del recettore del P2Y12 può essere considerata un'alternativa all'ASA, soprattutto in alcuni sottogruppi di pazienti come quelli con aumentato rischio di sanguinamento gastrointestinale, ma la classe di raccomandazione rimane IIB, livello di evidenza A.



Salsa per crostini

Ingredienti per 4 persone

4 uova
1 scatola di tonno
40gr di maionese light o per chi vuole normale
un pugnetto di capperi sotto sale
4 acciughe sotto olio

Preparazione

Per prima cosa preparare le uova sode.

Una volta levato il guscio mettetele in un recipiente e schiacciatele con una forchetta. Aggiungere il tonno scolato dall'olio di conservazione, i capperi tritati che precedentemente avete sciacquato sotto l'acqua corrente fredda e le acciughe sminuzzate.

Amalgamate il tutto aggiungendo la maionese.

Mentre fate riposare il composto tagliate a fettine non troppo fine la baguette.

Tostatele da ambo i lati per qualche minuto dopo aver fatto preriscaldare il forno a 200 gradi. Mettete il composto sopra aiutandovi con una spatola.

In alternativa

Una volta che le uova sono sode e senza guscio, togliere il tuorlo e tenere da parte gli albumi svuotati. Procedere come da ricetta ma schiacciando solo i tuorli. Utilizzare il composto per riempire gli albumi. Guarnire con cetriolini a dadini.

Buon Appetito!

aforismi

Felice l'uomo con una moglie che gli dice cosa fare e una segretaria che lo faccia.

> *Lord Monoroft*

Lo scribacchino è uno scrittore professionista, un giornalista le cui vedute sono in disaccordo con le nostre.

> *Ambrose Bierce*

Prendiamo la Barbie, una bambola che nuda costerà ventimila lire. Però vuole il vestito da sposa, i trucchi, la roulotte, il camper, la piscina; il problema non è comperarla è mantenerla.

> *Giorgio Panariello*

I funzionari statali sono tra i mariti più desiderabili: quando a sera tornano a casa non sono mai troppo stanchi e hanno già letto il giornale.

> *Marcello Marchesi*

Per quanto raro sia il vero amore, è meno raro della vera amicizia.

> *Francois de la Rochefoucauld*

Un marito che afferma di essere il padrone di casa, mente anche in altre circostanze.

> *Anonimo*

Gli uomini passano per essere crudeli, le donne invece lo sono. Le donne sembrano sentimentali, gli uomini invece lo sono.

> *Friedrich Nietzsche*

Gli uomini dovrebbero potersi prendere di tanto in tanto una giornata libera dalla vita.

> *Stanislaw J. Lec*

Lo stato è come il corpo umano, non tutte le sue funzioni sono nobili.

> *Anatole France*

Per i nemici le leggi si applicano, per gli amici si interpretano.

> *Giovanni Giolitti*

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

> *Sacha Guitry*

Se i partiti non rappresentano più gli elettori, cambiamoli questi benedetti elettori.

> *Corrado Guzzanti*

Interessatevi alle generazioni morte: è l'unico modo per essere indulgenti coi vivi e per soffrire meno.

> *Gustave Flaubert*

Certo la nostra coscienza è un grande impedimento ma poi ci si accorda sempre con lei, come col fisco.

> *Leo Longanesi*

Si può morire a Sant'Elena senza essere Napoleone.

> *Stanislaw J.Lec*

Le cose vanno meglio un po' alla volta ma vanno male tutte d'un botto.

> *Arthur Bloch*

Verso la fine della vita avviene come verso la fine di un ballo mascherato, quando tutti si tolgono la maschera. Allora si vede chi erano veramente coloro coi quali si è venuti in contatto durante la vita.

> *Arthur Schopenhauer*

Morendo non siamo noi a dover dare una spiegazione a Dio ma Lui a noi.

> *Indro Montanelli*

C'è un ideale assai diffuso in Italia: guadagnare molto faticando poco. Quando questo è irrealizzabile, subentra un sottoideale: guadagnare poco faticando meno.

> *Giuseppe Prezzolini*

La rassegnazione è un suicidio quotidiano.

> *Honoré de Balzac*

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 IT56Y0100503213000000012506 c/o BNL, Ag. 13
- ASSEGNO NON TRASFERIBILE
- CARTA DI CREDITO CIRCUITO VISA (COMUNICANDO NUMERO E SCADENZA)
- ON-LINE CON **DONA ORA** DIRETTAMENTE DAL SITO **WWW.CENTROLOTTAINFARTO.IT**
- DIRETTAMENTE PRESSO LA NOSTRA SEDE

AI NOSTRI LETTORI

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

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



Centro per la Lotta contro l'Infarto
Fondazione Onlus

Capire per prevenire

5X1000

LA NOSTRA RICERCA HA BISOGNO DEL TUO AIUTO!

Una scelta che fa bene al cuore

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

COME DESTINARE IL TUO 5 X1000

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

Firma per la prevenzione

oppure

Firma per la ricerca

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

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

FIRMA *Mario Rossi*

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

Finanziamento della ricerca scientifica e della università

FIRMA *Mario Rossi*

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

SEGUICI SU: www.centrolottainfarto.it

Firenze - Fortezza da Basso
Conoscere e Curare il Cuore 2025



Foto di Giorgia Magnoni

20 - 23 marzo 2025