

Cuore e Salute

N. 7-9 luglio-settembre 2021

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

Ma la giraffa come fa?

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

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



Centro per la Lotta
contro l'Infarto
Fondazione Onlus

di Antonella Labellarte



UNA TACHICARDIA MEDIATA DALLA... PAROLA!

di Antonella Labellarte

Puo' accadere anche questo! Quando si dice... fai una cosa bellissima, saggia, interessante, piena di vantaggi... Tac!



POVERE DONNE (!?)

di Eligio Piccolo

Una cardiologa svizzera, nel commentare recentemente la trascuratezza della medicina ufficiale nei confronti del sesso femminile, dice che perfino le ambulanze quando trasportano una signora sospetta di infarto smorzano le sirene...



LE TRE FAVILLE C'HANNO I CUORI ACCESI

di Eligio Piccolo

Dante Alighieri, di cui celebriamo i 700 anni dalla scomparsa, è l'autore dei due celebri versi: "superbia, invidia e avarizia sono/ le tre faville c'hanno i cuori accesi".

SOSTIENICI

Web designer Donata Piccioli

www.centrolottainfarto.org



Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

Presidente
Francesco Prati

Presidente onorario
Mario Motolese

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

EDUCAZIONE SANITARIA

Il CLI promuove l'educazione sanitaria attraverso:

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

CULTURA MEDICA

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

RICERCA SCIENTIFICA

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

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

S O M M A R I O

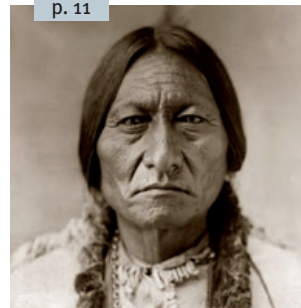
N. 7-9/2021

- 4 • **I'm looking through you. I Beatles e la Tac** Filippo Stazi
- 8 • **Medicina e Società**
Gratitudine Eligio Piccolo
- 11 • **Medici al Little Big Horn** Massimo Pandolfi
- 15 • **Il paziente riluttante (Non compliance: un autogol)**
Salvatore Milito
- 18 • **Attenzione al transgender [F.S.]**
- 19 • **Qualche secondo di buon umore**
- 20 • **La Palla di Tiche**
Madame de Stael, la donna che faceva paura a Napoleone
Paola Giovetti
- 26 • **Rileggere un classico. "Le malattie di cuore"**
di Paul Dudley White Alberto Dolara
- 29 • **Il cardiologo non si arrende mai** Eligio Piccolo
- 32 • **CCC2020**
Enigmi della cardiopatia ischemica: chi dorme poco ha più aterosclerosi Intervista di Laura Gatto a Francesco Prati
- 33 • **Poesia ricreativa [E.P.]**
- 34 • **Quadri e Salute** Filippo Stazi

p. 4



p. 11



p. 32



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

Direttore Responsabile
Filippo Stazi

Vice Direttori
Elegio Piccolo
Francesco Prati

Coordinamento Editoriale
Marina Andreani

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

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

Ufficio abbonamenti e pubblicità
Maria Teresa Bianchi

Progetto grafico e impaginazione
Valentina Girola

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

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



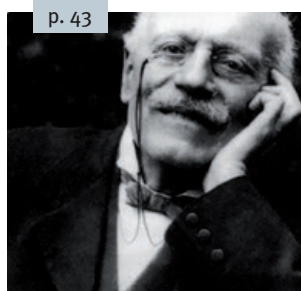
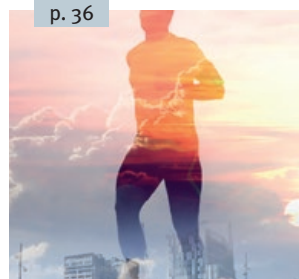
Abbonamento annuale
Italia € 25,00 - Estero € 35,00

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

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



- 36 • **Dal sito del CLI**
Attenzione all'attività fisica negli ambienti inquinati
Simone Budassi
- 39 • **Ma la giraffa come fa?** Filippo Stazi
- 42 • *Per inciso... [S.M.]*
- 43 • **Augusto Murri e la psicoanalisi** Vito Cagli
- 49 • **Lettere a Cuore e Salute**
- Iphone e defibrillatori, Filippo Stazi
- 50 • **Morte improvvisa, valanghe e coni di sabbia** Angelo Mingrone
- 55 • **'O mistero 'e l'Ammore** Cecco Gambizzato
- 58 • **Conoscere e Curare il Cuore 2021**
- 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**

I'm looking through you. I Beatles e la Tac.

*Ogni nuova scoperta porta con sé
i semi di altre, future, invenzioni.
Ci sono molte scoperte, probabilmente dietro l'angolo,
in attesa che qualcuno dia loro vita.
Potresti essere tu.*

John conobbe Paul in un domenica di luglio del 1957 mentre suonava con i suoi Quarrymen alla festa della parrocchia di St. Peter. Qualche settimana dopo alla coppia si aggiunse George.

Godfrey, nato nel 1919 e ultimo di cinque fratelli, viveva nella fattoria paterna, passando il tempo a ideare i più disparati esperimenti scientifici. Di studiare, a parte matematica e fisica, non ne aveva voglia e i suoi risultati alla Magnus Grammar School di Newark erano perciò piuttosto scadenti. Qualcuno aveva persino ipotizzato un suo possibile ritardo mentale.

John, Paul e George crearono un loro gruppo. Il nome della band fu scelto nel 1960, in occasione della prima di una serie di esibizioni che il loro manager aveva organizzato ad Amburgo.

Allo scoppio della seconda guerra mondiale Godfrey si arruolò nella RAF, la Royal Air Force inglese,

LOOKING THROUGH YOU



e divenne un tecnico dei radar. Fu per lui un periodo estremamente proficuo, imparò molto nel settore delle radiocomunicazioni e fu apprezzato da un alto ufficiale che, al termine del conflitto, gli fece ottenere una borsa di studio per il Faraday House Electrical Engineering College di Londra. Il diploma che ottenne è stato il massimo titolo di studio conseguito nella sua vita, non considerando le numerose lauree honoris causa che gli vennero concesse successivamente.

Nel 1951 Godfrey Hounsfield venne assunto alla EMI, Electrical and Musical Industries. Oggi la conosciamo solo come etichetta discografica ma all'epoca produceva di tutto, dalle apparecchiature di registrazione musicale ai missili.

Il 6 giugno 1962 il gruppo di John, Paul e George, cui si era nel frattempo aggiunto Ringo, riuscì ad ottenere un'audizione con la EMI, la stessa società dove lavorava Godfrey. Il provino andò molto bene e i quattro furono messi sotto contratto. La EMI ancora non lo sapeva ma aveva fatto bingo. Le sue casse, a partire dall'anno successivo, vennero letteralmente sommerse da montagne di sterline provenienti dalle

vendite dei dischi dei Beatles. Una quantità enorme di denaro che, almeno in parte, venne impiegata a finanziare i più disparati progetti di ricerca. Hounsfield era scapolo, amava sciare, camminare in montagna e fare lunghe passeggiate in campagna; era inoltre appassionato di musica ed era un pianista jazz autodidatta. Assunto dalla EMI per occuparsi di radar e sistemi di puntamento, si era poi dedicato allo sviluppo dei computer, arrivando a costruirne uno dei primi modelli, l'EMIDEC 1100. L'azienda successivamente lo incaricò di trovare idee nuove su cui investire la grande disponibilità finanziaria di quegli anni. Nel 1967 i Beatles incisero *Sgt. Pepper's Lonely Hearts Club*

Band, il primo album a tema della musica pop, rievocazione degli anni della loro adolescenza a Liverpool. Uno degli album più venduti di tutti i tempi, 2,5 milioni di copie solo nei primi tre mesi, probabilmente il disco più popolare inciso dai fab four.

Nello stesso anno Godfrey, mentre faceva una delle sue solite passeggiate in campagna, ebbe l'idea destinata a rivoluzionare la medicina. Perché non inviare raggi X attraverso un pacco per scoprire cosa si nasconde al suo interno? Il trucco, pensò, era vedere l'oggetto tridimensionale come una serie di scansioni trasversali o fette e poi matematicamente rielaborarle in maniera tridimensionale. L'in-



Formed in 1931 in London under the name of The Electrical and Musical Industries.



In 1948 EMI introduced the first vinyl

tuizione di Godfrey non era in realtà originalissima, altri gruppi di ricerca, probabilmente senza che lui ne fosse consapevole, ci stavano lavorando da tempo. Originale fu però la soluzione di abbinare il computer allo scanner radiologico, per eseguire i complessi calcoli matematici necessari alla ricostruzione tridimensionale delle immagini acquisite. Era nata la Tac, la tomografia assiale computerizzata.

Nel 1969 James Ambrose, un neuroradiologo che lavorava all'Atkinson Morley's Hospital di Wimbledon, vicino Londra e vicino a Hayes, sede dei laboratori della EMI, ricevette un'inattesa telefonata. Dall'altro capo del telefono uno strano personaggio gli parlava di come ricostruire l'immagine tridimensionale del contenuto

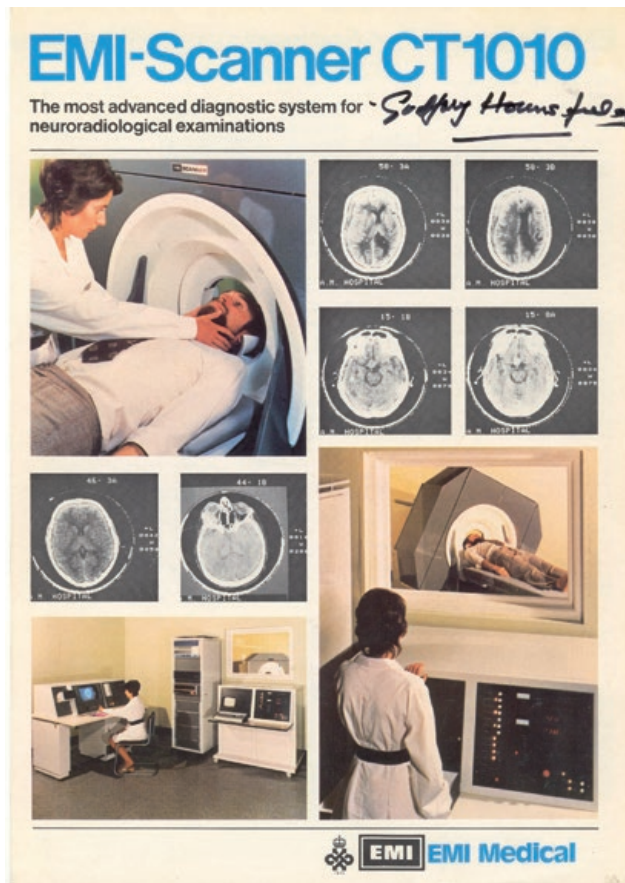
di una scatola inviando, da varie angolazioni, raggi X all'interno della stessa, raffigurando il contenuto della scatola non come un insieme ma come una serie di fette. La scatola, diceva, sono le ossa del cranio e il contenuto è il cervello. Lo strano personaggio che sosteneva tutte queste cose era Godfrey Hounsfield. Ambrose rimase perplesso ma accettò comunque di vederlo. Il loro primo incontro non fu particolarmente felice, il medico vide in Godfrey un tipo eccentrico, schivo, diffidente nello spiegare i dettagli della sua invenzione. Alla fine Ambrose consegnò un barattolo, proveniente dal museo del suo ospedale, con un cervello al cui interno c'era un tumore. Hounsfield, che fino a quel momento aveva studiato solo cervelli di mucca,

che comprava in una macelleria kosher di Londra, esaminò il nuovo reperto con il prototipo dello scanner che aveva intanto realizzato. Qualche settimana dopo portò le immagini ottenute ad Ambrose e questi rimase stupefatto: si vedeva il tumore e perfino le aree di sanguinamento al suo interno. I due cooperarono per il resto delle loro vite.

L'idea era buona, il prototipo dello scanner aveva mostrato di funzionare, anche se aveva impiegato 9 giorni per eseguire la scansione. Per andare avanti, però, servivano finanziamenti. La EMI, forte dei soldi che provenivano dalla beatlemania, investì sul progetto 100.000 sterline dell'epoca, circa 1 milione al valore odierno. Erano tanti soldi ma non ancora sufficienti, il resto, sei volte tanto, lo fornì il Dipartimento britannico della Sanità e della Previdenza Sociale. Qualcuno sostiene, ma probabilmente è solo leggenda, che nel progetto abbia investito parte del suo patrimonio personale anche Paul McCartney. Nel settembre del 1971, un anno dopo lo scioglimento dei Beatles, una giovane donna di 41 anni, in cui si sospettava la presenza di una cisti cerebra-



Sir Godfrey Hounsfield e James Ambrose



si nell'Imperial college di Londra. Era il 20 aprile 1972 e si può considerare quel giorno la data d'inizio della medicina moderna. Nel 1975 arrivò la prima Tac capace di scansionare l'intero corpo umano.

Nel 1979 Hounsfield ricevette il Nobel per la medicina. La citazione del premio recitava: "... ha ottenuto risultati che in un colpo solo hanno sorpreso il mondo medico. Non può essere esagerato sostenere che nessun altro metodo nell'ambito della diagnostica a raggi X ha portato, in un così breve periodo di tempo, a progressi così notevoli, per quanto riguarda la ricerca e il numero di applicazioni, come la tomografia computerizzata... i normali esami radiografici della testa avevano mostrato le ossa del cranio, ma il cervello era rimasto una nebbia grigia ed indifferenziata. Ora, all'improvviso, la nebbia si è diradata".

Hounsfield nel 1981 venne nominato cavaliere. Morì nel 2004, a 84 anni, per le conseguenze di una fibrosi polmonare. Il suo nome è immortalato dalla scala di Hounsfield, una misura quantitativa della radiodensità, utilizzata nella valutazione delle scansioni Tac.

le, venne sottoposta alla prima Tac cerebrale della storia. L'esame mostrò chiaramente quale fosse il problema e dove fosse localizzato. Il neurochirurgo che rimosse in seguito il tumore disse che "era esattamente come appariva nella Tac". Le prime immagini cliniche della nuova apparecchiatura, accolte dalla standing ovation dei presenti, vennero presentate, da Hounsfield ed Ambrose, al congresso annuale della più antica società radiologica del mondo, il British Institute of Radiology, svolto-

Qualcuno ha messo in dubbio il ruolo dei Beatles nella nascita della Tac, sottolineando la preminenza dei finanziamenti governativi. È anche probabile che i Beatles non sapessero come la loro casa discografica impiegasse i soldi che incassava. È però indubbio che gli enormi proventi della beatlemania abbiano contribuito a creare alla EMI una cultura dell'investimento senza la quale il progetto di ricerca di Hounsfield non sarebbe partito. È bello pensare che le vendite dei dischi dei Beatles abbiano contribuito a questa invenzione medica e chissà se Hounsfield, durante la passeggiata in campagna del 1967 in cui ebbe l'intuizione decisiva, non stesse canticchiando proprio *I'm looking through you*, la canzone, dal titolo profetico, scritta da McCartney nel 1965.



di **Eligio Piccolo**

Gratitudine

Essendovi passato posso dire con certezza che il medico, così come qualsiasi altro professionista o artigiano, gradisce la riconoscenza di un'opera attribuita loro come ben fatta. È una vanità indubbiamente, ma anche uno stimolo a migliorare. Il medico inoltre ha un privilegio in più: oltre allo sguardo del paziente che si sente beneficato, ha la soddisfazione del risultato diagnostico o terapeutico, che gli deriva dalla preparazione e dall'aver seguito e realizzato gli aggiornamenti scientifici. Durante la guerra, quando scar-seggiavano i generi di prima necessità, ricordo che il condotto riceveva dal contadino riconoscente le regalie: il pollo da spennare e cucinare, un salame o le salsicce dell'ultimo maiale sacrificato, la frutta migliore oppure le uova del giorno avanti. Oggi va di moda un mazzo di fiori, un vino pregiato, un libro, una penna o altri doni, che incontrino il gusto del ricevente. Nella Maremma toscana, parsimoniosa, dove la vita è ancora legata alle piccole cose, donate con il cuore, ricevevo il più bel pezzo di piri-rite, simile a un cristallo dorato, che il minatore aveva riservato per sé o una vecchia edizione degli scritti di Renato Fucini.

Nell'antichità si era diffusa l'espressione "donare un gallo a Esculapio", il dio della salute, nato da una scappatella di Apollo con una ninfa, capace anche di resuscitare un morto o di guarire dal morso



Benito Mussolini



Palmiro Togliatti

del serpente. Divinità mitologica alla quale si sacrificava un gallo in segno di riconoscenza. Nei secoli successivi si è cercato di far prevalere con Ippocrate e Galeno l'arte medica basata sull'osservazione e sull'esperienza. Successivamente molti medici o guaritori hanno avuto differenti fortune con il popolo o con il principe che li proteggeva o li condannava. Prima dell'illuminismo scientifico essi erano perlopiù autoreferenziali, talvolta veri e propri ciarlatani, alla Cagliostro. Napoleone, che veniva dopo quella rivoluzione, cercava invece di circondarsi di qualificati studiosi e professionisti, come Dominique-Jean Larrey, grande specialista delle emergenze in battaglia, e il nostro Antonio Scarpa delle Università di Padova e Pavia, che rimaneva in stand by ma non gradiva le anticamere quando l'Imperatore lo chiamava.

In tempi più recenti Indro Mon-

tanelli, giornalista bene informato, raccontava del prof. Cesare Frugoni, famoso clinico medico di Roma cui toccò in sorte di diagnosticare e curare l'ulcera gastrica a Benito Mussolini, e quando gli fu richiesto l'onorario fece dire di essere già stato soddisfatto della preferenza e che desiderava solo non avere fastidi (se mai si fosse sospettato, ma non lo disse, di una sua non adesione al regime). Vicenda ben diversa da quella avvenuta anni dopo, a guerra finita e libertà riconquistata, al prof. Pietro Valdoni, clinico chirurgo di Roma, che aveva operato il cervello di Palmiro Togliatti per una ferita d'arma da fuoco. Alla richiesta dell'onorario da parte dell'illustre politico il chirurgo non ebbe alcuna esitazione nel formulargliela. E quando Togliatti, secondo la sua filosofia, commentò "soldi rubati", al clinico non mancò il rimbecco: "Non si preoccupi, Onorevole, non è

mia abitudine indagare sulla provenienza".

Ai grandi medici poi è gradito non solo il giusto compenso, ma anche un riconoscimento della loro bravura, e magari la reiterazione della fama anche dopo la giubilazione. Peccati veniali, si capisce, ma che rivelano come il narcisismo non sia quasi mai inversamente proporzionale alle qualità innate o conquistate. Molti anni fa mi capitò di entrare in una farmacia di Padova e di vedervi il prof. Cesare Frugoni, ormai novantenne, che tentava di spiegare alla giovane commessa che lui molti anni prima era vissuto in quella città come clinico medico. La poverina, ignara di tutto, lo guardava imbarazzata e accolse con gioia il mio "buonase-ra professore" e la sua risposta: "lei mi conosce?". Mi qualificai come medico che aveva studiato e insegnava a Padova, e che non poteva non conoscere gli illustri maestri passati per la nostra Università. Ne uscii con l'impressione piuttosto sbarazzina di aver infilzato tre piccioni con una freccia: sollevata dall'imbarazzo la farmacista, che per l'età avrebbe potuto essere una pronipote di Frugoni; soddisfatta la com-

prensibile debolezza del vegliardo professore; e, modestamente, il privilegio di aver potuto conoscere personalmente il grande clinico.

Ma oggi, uno si potrebbe domandare, dopo la riforma sanitaria ad impronta socialistoide, detta però in senso positivo; il

siasi patologia che non sia riuscita secondo le loro aspettative e infine una burocrazia che avvalga il tutto e lo rende sempre più inefficiente; oggi come va la gratitudine degli utenti? Come reagiscono medici e pazienti a questa modernizzazione sempre più complicata?

dimensiona fino al 50 %. Ma ci sono anche alcune lamentele, come la discriminazione di genere, poiché le donne guadagnano in media il 25% in meno, e l'impegno burocratico che occupa dalle 10 alle 20 ore settimanali, sottratte al lavoro specifico. Da loro invece non esiste la consuetudine alle regalie, se non tra gli oriundi italiani, mi assicura uno che c'è vissuto molti anni. Da noi tutto sommato le cose non vanno male, gli stipendi sono buoni e anche le pensioni, e quando gli uni e le altre non collimano con alcune esigenze interviene l'arte dell'arrangiarsi, di cui siamo maestri. Una cosa purtroppo ci unisce con i colleghi d'oltre oceano, la progressiva riduzione del dialogo fra medico e paziente, sostituito con la stessa progressione dal webMD e dalle scartoffie. Un mio amico e collega osserva: cosa farebbe il giovane medico se durante la visita avvenisse un black-out elettrico che spegnesse computer e apparecchi diagnostici? Questa ridotta comunicazione diretta fra medico e paziente fa pensare a una riflessione di Henri Bergson: "L'umanità geme, schiacciata per metà sotto il peso dei progressi che ha fatto".



medico di base e gli ospedalieri che parlano più volentieri con le carte e il computer o l'invasione della superspecialistica, che appare una specie di diaspora del medico d'altri tempi; la profonda ignoranza dei pazienti, i quali grazie ai media si permettono di criticare anche le certezze scientifiche e di allertare gli avvocati per qual-

Negli USA, nostro immancabile punto di riferimento, una recente inchiesta riporta la soddisfazione dei loro medici per come vengono retribuiti: da oltre un milione di dollari annuali a un bravo cardiocirurgo ai \$ 220.000 al medico di base, con cifre intermedie di tutto riguardo per le altre specialità. Cifre che il fisco poi ri-



di **Massimo Pandolfi**

Medici al Little Big Horn

Strinse forte i pugni, ficcandosi le unghie nei palmi. Voleva dare l'impressione che fosse il dolore fisico quello che gli faceva uscire le lacrime dagli occhi. Guardava i miseri resti del dottor George Lord, il corpo denudato e straziato, con le frecce che sul torace sembravano aghi in un portaspilli. Il dottor Porter aveva appena lasciato il corpo dell'altro chirurgo tra le canne, appena vicino a quel maledetto fiume. Per fortuna gli indiani non avevano scoperto il corpo del caduto, così aveva potuto trovare il diario, che il povero James Dewolf aveva redatto fino all'ultimo momento. Sarebbe stato un documento utile per ricordare, ma ancora doveva stabilire cosa. Aveva ancora la testa frastornata dal rumore degli spari, dalle urla di guerra e di dolore, oltre al terrore che ancora gli rimaneva nelle viscere, quella paura terribile di essere trovato e soprattutto di essere preso vivo da quei selvaggi. Guardava il corpo del giovane chirurgo e pensava alle serate che avevano passato insieme, a Fort Lincoln, prima di partire per quella maledetta spedizione che avrebbe dovuto portare gloria a "capelli gialli", il tenente colonnello George Armstrong Custer, come lo chia-



Dott. Henry Rinaldo Porter



Toro Seduto

portava molto dell'arrogante militare, con il quale aveva discusso più volte, assieme a Isaac Coates, il medico di fiducia del tracotante ufficiale. Gli dispiaceva per i suoi colleghi, oltre al fatto che gli pesava molto essere rimasto solo, con più di sessanta feriti, di cui alcuni molti gravi, da assistere, lui che per l'appunto era il più giovane. Meno male che la nave Far West era arrivata abbastanza vicino sul fiume e poteva costituire un mezzo sicuro di trasporto fino all'infermeria del prossimo Forte. Sperava che i musci rossi non avrebbero avuto l'ardire di attaccare il battello, anche se il loro numero, incredibilmente grande, lo avrebbe consentito. Ma il capitano Benteen e il maggiore Reno gli avrebbero dato una scorta adeguata per difendersi, se occorreva. Si girò lentamente e si avviò giù dalla collina, dove i soldati degli squadroni superstiti avevano iniziato a inumare i resti dei colleghi del leggendario reggimento della cavalleria dell'Unione, il settimo, le vittime della leggendaria strage del Little Big Horn.

Sudava copiosamente: la nave traballava e non aveva mai eseguito un'amputazione. Il soldato gemeva, la gamba maciullata scoperta. Si fece forza e "tenetelo fermo" gridò mentre ripassava mentalmente tut-

mavano gli indiani. Non è che poi i nativi avessero tutti i torti: i bianchi, i *washicu*, come li chiamavano loro, avevano fatto di tutto per provarli e spingerli a reagire e Custer, il "cacciatore di indiani" come amava definirsi, era stato uno dei più solerti tormentatori. E ora giaceva poco più in là, privo della vita oltre che dei vestiti. Evidentemente non lo avevano riconosciuto, perché aveva ancora lo scalpo in testa. Non gli im-

te le mosse. Successivamente, il dottor Holmes Paulding esaminando la ferita, era rimasto sinceramente ammirato. Quel giovane chirurgo aveva fatto molto di più di quanto fosse lecito aspettarsi, in quelle condizioni e da solo. Molti gli dovevano la vita e, se fosse dipeso da lui, un encomio sarebbe stato il riconoscimento minimale.

La strage del 7° cavalleggeri è molto di più di un episodio storico. Grazie alla filmografia e all'indubbio fascino dell'argomento è stata fatta conoscere in tutto il mondo, a partire dai bambini che negli anni addietro si sono appassionati alle gesta degli eroi del West selvaggio, fino a scoprire che il "nemico" non era necessariamente rappresentato dagli uomini dalla pelle rossa. Da allora una sorta di riabilitazione per Toro Seduto, Cavallo Pazzo, Nuvola Rossa, rappresentanti di una minoranza sepolta sotto

le logiche del progresso, dell'economia, del predominio razziale. Come in tutte le fasi della storia, l'oscillazione del pendolo raramente traccia una demarcazione netta tra "buoni" e "cattivi" per cui è più salomonico parlare di vittime. Di queste ce ne furono molte, su quella collinetta appena vicino agli argini del Little Big Horn, così chiamato in quanto affluente minore del più grande Big Horn, o "fiume dell'erba grassa", come lo chiamavano i nativi. Assieme al tenente colonnello George Armstrong Custer ci rimisero la vita e lo scalpo ben 262 soldati dei 586 che costituivano il più bel reggimento di cavalleria dell'esercito degli Stati Uniti.

Custer partì da Fort Lincoln con l'intenzione di arrivare nella valle del Little Big Horn dopo quattro giorni. Invece arrivò in vista del villaggio con un giorno d'anticipo. Quando incontrò la pista indiana, invece di proseguire

a sud come ordinato, la seguì immediatamente. All'alba del 25 giugno, gli scouts di Custer, gli indiani Crow, avvistarono un grande accampamento indiano. Quando Custer salì a sua volta sulla cima, alcune ore dopo, l'accampamento non era più visibile, probabilmente a causa della diversa posizione del sole e limpidezza dell'atmosfera. Pertanto Custer non aveva una chiara idea né della posizione esatta, né della di-

mensione del villaggio. Custer divise il reggimento in quattro colonne: lui stesso con cinque squadroni (211 uomini), il capitano Frederick Benteen e il maggiore Marcus Reno con tre squadroni ciascuno (115 e 141 uomini rispettivamente), e il capitano Thomas Mc Dougall con 128 uomini per scortare le salmerie.

Tra gli effettivi del 7° cavalleria c'erano diversi italiani: il tenente conte Carlo Di Rudino, il soldato Agostino Luigi Devoto, il soldato Giovanni Casella, il soldato Giovanni Martini, tutti sopravvissuti alla battaglia.

Giovanni Martini fu l'unico soldato scampato della colonna di Custer. Il giovane emigrato, ex tamburino garibaldino nella campagna in Trentino del 1866 e a Mentana nel 1867, deve la vita allo stesso Tenente Colonnello che gli ordinò di correre a chiedere aiuto al capitano Benteen, prima che l'intera colonna venisse circondata ed annientata.

Tra gli ufficiali del-





Rappresentazione Battaglia del Little Big Horn

la colonna di Reno vi fu il conte Carlo Di Rudio che il maggiore Reno di solito canzonava: “il conte che non conta”, un bellunese costretto all’esilio per la sua partecipazione al fallito attentato contro Napoleone III di Francia. Durante la ritirata di Reno, rimase intrappolato in un boschetto dove restò per 36 ore assieme al soldato Thomas Mc Neill; Giovanni Casella e Agostino Luigi Devoto sopravvissero alla battaglia, essendosi la loro unità di salmerie aggregata alla colonna di Reno.

Felice Vinatieri musicista e compositore di origine torinese, era il direttore della banda

musicale del reggimento, ma la banda non partecipò direttamente agli scontri essendo stata assegnata al reparto d’appoggio dislocato sul battello Far West, ormeggiato sulle sponde del fiume Powder.

Anche Francesco Lombardi, Giuseppe Tulo e Francesco Lambertini non presero parte alla battaglia perché confinati in infermeria, probabilmente a bordo della stessa nave. L’unica vittima italiana fu Alessandro Stella, il cui corpo non fu mai riconosciuto. Storie di emigrati, di fame, di disperazione. La paga per i soldati nelle terre dell’Ovest era misera, il lavoro pesante, i rischi altissimi. Di fronte a loro un’umanità tormentata, privata delle terre e della libertà, costretta in riserve, ridotta a soffrire ogni tipo di mancanza, tormentata da malattie e vizi che mai avrebbe conosciuto. Non è facile capire a chi assegnare il ruolo di vittima e a chi quello di carnefice. Sicuramente il nostro apprezzamento va a chi, in prima linea e con pochi mezzi, munito di un misero contratto a tempo e con una paga irrisoria, esercitò la nobile arte della medicina anche nei selvaggi territori dell’Ovest americano.



di **Salvatore Milito**

Il paziente riluttante (Non compliance: un autogol)

*“É facile scrivere ricette ma intendersi per il resto con la gente è difficile”
(Franz Kafka)*

“Le Roi est mort, vive le Roi!”. L'omaggio rituale in morte degli antichi re di Francia si può applicare alla medicina paternalistica? Si può, cioè, dire “La medicina paternalistica è morta, viva la medicina paternalistica?” Si può ma solo per la parte in cui se ne voglia ricordare la dipartita. Non si può, invece, laddove con il “viva” se ne vogliono lodare le presunte, rimpianti benemerenzze. Non si può perché, ormai da molto tempo, a chi vuol saperne di più su ciò che frulla in testa al proprio dottore non sta bene che questi risponda “Faccia quel che le dico e basta!”. È capitato in tempi non tanto remoti in cui il paziente era oggetto di cura e non soggetto consapevole e partecipante del percorso diagnostico-terapeutico. Oggi la deontologia aggiornata *oblige*, l'*aplomb* professionale pure. Va bene un po' di bile in momenti di stress, in cui si vorrebbe opporre un attolà alle petulanze del paziente. Purché non lo si esprima davvero, a voce, come fece il Dottor Cunegondo della Rocca dei Tronfiosi, noto più per il suo blasone che per i suoi pregi professionali. Questi scivolò un giorno malamente su una di quelle banane che negli annali minimi di corsie e ambulatori stanno sotto la voce “Comiche mediche”. L'incauto inveì, reboante e intimidato-



François Cluzet nel film “Il medico di campagna”



quali il campagnolo o il montanaro poco o punto alfabetizzati ammutolivano; trapassato il vecchio “medico della mutua” di una volta, che dispensava salute e pacche sulle spalle anche nelle periferie misere, incolte e perciò deferenti e consenzienti verso l'autorevole *dutùr*, ora vige, ormai da tempo, la medicina paritaria, quella che dà pieno diritto al pa-

riò, contro l'assillante di turno con il famoso ammonimento di Totò all'onorevole Cosimo Trombetta nel film Totò a colori: “Lei non sa chi sono io!”. Proprio non doveva, il della Rocca Tronfiosa. Si ritrovò infilzato da una risposta puntuta dello sfacciato, beffarda e irrispettosa quanto prevedibile di questi tempi in cui non c'è più religione: “Sto sbavando dalla briosità di saperlo, dottore Cunegondo... o come si chiama!”, calcando sulla seconda 'O' di dottore.

Defunti da tempo il medico di campagna e il medico condotto, nobili figure e notabili di paese e di contado, di fronte ai

ziente, com'è giusto che sia, di sapere come verranno gestiti i suoi problemi di salute. Il che presuppone spesso per il dottore un compito non sempre facile: mettersi nei panni e nella testa del paziente destinatario delle doverose spiegazioni.

E qui sorge qualche domanda: in quei panni, in quella testa c'è la giusta disposizione d'animo per poter afferrare il messaggio medico senza ambiguità né distorsione? Il medico riesce a sostituire nel colloquio i termini astrusi del suo mestiere con altri che siano alla portata di chi gli sta di fronte? Dopo la dichiarazio-

ne di consenso sottoscritta dal paziente (Mi sono stati chiariti i possibili vantaggi ma anche i possibili danni che dalla terapia possono derivare) permane davvero, nelle intenzioni dello stesso, quella di aderire diligentemente e con costanza ai dettami del suo curante? A quest'ultimo quesito verrebbe spontaneo rispondere: “Ci mancherebbe! È nell'interesse suo, del paziente!”.

E invece non è detto. Invece c'è, ci può essere, nell'animo di quel soggetto, pur turbato, in ansia e che pareva consapevole dell'importanza di seguire scrupolosamente le cure, un'insidia subdolamente persuasiva, un pensiero che gli dice che prima o poi, terapie o non, le cose si metteranno bene, e che sotto sotto lo rende paradossalmente restio a seguire le prescrizioni mediche. È un attimo e le dosi vengono ritoccate al ribasso e le medicine assunte a casaccio o addirittura sospese. Questa condizione il medico la conosce bene. La chiama “scarsa *compliance*”, che in inglese sta per “mancata acquiescenza o adesione alle istruzioni del curante” (e che invita il purista a rivolgere una supplica all'eminento linguista e filologo Fran-

cesco Sabatini: “Professore, per favore ce ne indichi una che suoni familiare alle nostre italiche orecchie!”).

Insomma, che cosa combina il paziente “non *compliant*”? Fa la cosa sbagliata, fa, cioè, di testa sua e non come gli dice il medico. E non perché (o non solo perché) il dottore, nella sua veste di placebo vivente, si sia spinto nel rassicurarlo fino al punto da infondere in lui la quasi certezza che non può che andar bene, col rischio di deresponsabilizzarlo, di minare la sua necessaria diligenza, ma perché un’ingannatrice vocina interiore sussurra allo scettico: “Ma davvero devo ingoiare tutte ste pillole...? Ma ste dosi così alte...? Ma tutta sta chimica nel mio corpo...?”.

Prima o poi il medico viene a sapere che l’insubordinato ha pasticciato con le cure. E che cosa fa? Si altera per aver lavorato per il re di Prussia? Se ne fa una ragione e passa oltre? No, come Ippocrate comanda, porta avanti la sua opera, strigliando un po’ il paziente impaziente e incautamente indisciplinato, alla faccia del suo inalienabile diritto all’auto-determinazione, che è anche



Il Sergente Maggiore Hartman nel film “Full Metal Jacket”

quello di dare, se lo vuole, libero corso alla malattia. Puntualizza allora il medico: “La medicina è anche dubbio ma io non ho alcun dubbio che lei debba curarsi con zelo e precisione, *come le dico io!* Prenda le pillole, cammini, dimagrisca, non fumi, niente alcolici, niente grassi, niente zuccheri...!”. Una specie di dispotico “Avanti marsc’!”, un filino sotto alle spietate rampogne gettate in faccia agli aspiranti marines dal Sergente Maggiore “Faccia Feroce” Hartman del film “Full Metal Jacket”, ma lungi, per carità, dall’intenzione di tiranneggiare! Ma senza omettere di scagliare sul riluttante in odore di *mea culpa* l’affondo finale, il monito che non ammette replica e che più paternalistico di così non si può: “Non stia a frugare tra i consigli di salute fasulli di Google! Molli quella poltrona! TV solo per il meteo e il TG! Più movimento e più sale in zucca, proprio quello che non deve mettere nelle sue pietanze! E sesso con *juicio!*”. Segue sguardo inclemente da medico fedele al rapporto medico-paziente inteso come gerarchia di ruoli, e da curante dimentico - ma solo per quella volta, fidatevi! - della medicina paritaria.

Dal che si deduce che, gira e rigira, il vizio di fare un po’ da papà al proprio paziente il medico non sempre riesce a perderlo.

Ma sarà davvero un male, quando si ha a che fare con un paziente che non complia?

“

Attenzione al transgender

In medicina riguardo alle questioni di genere siamo abituati a pensare in maniera dicotomica: o si è maschi o si è femmine e l'essere una cosa o l'altro spesso modifica la probabilità d'insorgenza di specifiche malattie, influenza la risposta alle terapie e comporta prognosi differenti. È però arrivato il momento di modificare le nostre categorie di pensiero aggiungendo una terza casellina, quella dei transgender. Tale realtà è numericamente non trascurabile, se si considera che circa il 2% degli adolescenti si identifica ormai come tale. L'esperienza

medica sull'argomento è limitata e non siamo in grado di dire se i transgender davanti alle malattie si comportino a seconda di quello che è il loro sesso di partenza o quello di arrivo.

I primi dati disponibili sembrano comunque mostrare in questa popolazione un'aumentata probabilità di subire uno stroke o un infarto ma il perché di questo aumentato rischio non è chiaro. Il principale sospettato è il trattamento ormonale cui i trans si sottopongono anche per tutta la vita e che potrebbe espletare i suoi effetti negativi tramite differenti meccanismi, quali, ad esempio, l'aumentata incidenza di obesità e sovrappeso, o l'incremento



Vladimir Luxuria

dell'ematocrito che, rendendo il sangue più denso, ne facilita la tendenza alla trombosi. Altre cause possono però essere in gioco: il frequente isolamento sociale responsabile di una minore attenzione medica, la maggiore incidenza di disturbi psichici che potrebbe portare a stili di vita poco salutari, infine, il minore impegno, figlio delle remore culturali e sociali, dei trans nelle attività sportive.

Per cercare di fare maggiore chiarezza sull'argomento un recente studio americano ha seguito, per 7 anni, 4.177 adolescenti transgender. Il 66% dei soggetti era alla nascita di sesso femminile e l'età media all'ultima visita era di 16 anni. I risultati mostrano in questi ragazzi una maggiore incidenza di dislipidemia (+ 60%) e sindrome metabolica (+ 90%), inoltre nei trans nati femmina erano più frequenti anche il sovrappeso/obesità (+ 70%) e la sindrome dell'ovaio policistico (+ 90%). Lo studio, purtroppo, non dà informazioni sull'ormonoterapia assunta da questi giovani né illumina sui meccanismi responsabili di questa aumentata comparsa di patologie.

In conclusione, quindi, i transgender hanno sicuramente un aumentato rischio cardiovascolare anche se allo stato attuale non ne sappiamo le ragioni, e di questo dobbiamo tenere conto per prepararci ad affrontare al meglio una delle tante sfide che la medicina del domani ci prospetta.

F.S.

”

Qualche secondo di buonumore

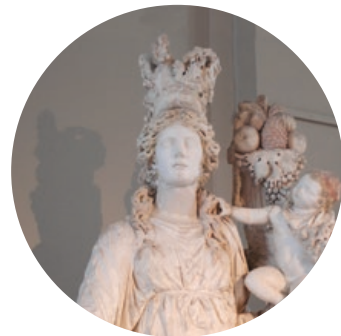
Lo sai? Ho appena bruciato 2.500 calorie.
Davvero??!! E come hai fatto?
Ho dimenticato la torta nel forno...

Tra donne. "Sai? Ho un nuovo fidanzato.
Ha la classe di Frank Sinatra e l'intelligenza di Einstein".
"Davvero? E come si chiama questo fenomeno?".
"Frankenstein".

Un genovese rientra a casa dopo aver acquistato una bottiglia
di vino molto costosa.
Mentre sale le scale scivola e cade a terra. Subito dopo sente
del liquido che gli cola sulla schiena: «Signore, fai che sia
sangue!».



La palla di Tiche



Tiche, imperscrutabile figlia di Zeus, amava giocare. Chi veniva colpito dalla sua palla moriva perchè il suo cuore cessava di battere.

*Nella rubrica **La palla di Tiche** viene ricordato un personaggio del nostro tempo o del passato, illustre o sconosciuto, morto d'infarto. I medici e i lettori sono invitati a segnalarci casi di loro diretta conoscenza che presentino peculiarità meritevoli di essere conosciute.*

Madame de Stael, la donna che faceva paura a Napoleone

di Paola Giovetti



Madame de Stael

Nel dicembre 1803 lasciava la Francia per recarsi in Germania Madame Germaine de Staël, gran dama parigina all'epoca 37enne, scrittrice di successo, donna intelligentissima e scomoda, da sempre ostile a Napoleone, che temendone l'influenza l'aveva esiliata.

Suo padre, Jacques Necker, banchiere abile e ricchissimo, ministro delle finanze di Luigi XVI, aveva inutilmente cercato di mettere ordine nella disastrosa amministrazione statale, ma era stato licenziato, fatto che aveva contribuito alla ribellione del popolo e alla presa della Bastiglia. Germaine condivideva i sentimenti liberali del padre, ed era sempre stata al suo fianco a com-

battere la battaglia della libertà contro ogni tirannide e ogni sopruso. Sognavano un governo costituzionale e ammiravano l'Inghilterra che aveva una monarchia con due Camere, quella dei Lord e quella dei Comuni, dove la stampa era libera, la giustizia indipendente, cattolici e protestanti potevano praticare liberamente il loro culto. Un paese civile a cui ispirarsi. Idee liberali che avevano fatto amare Necker dal popolo ma che gli avevano procurato non pochi nemici tra i nobili legati alla corona. Quel tipo di corona che il popolo non sopportava più. Intanto era venuto per Germaine il momento di sposarsi: la scelta era caduta su Erik de Stael, ambasciatore svedese a Parigi, un matrimonio rispondente a motivi di convenienza, approvato da re Gustavo di Svezia, certamente non di amore. Germaine accettò il matrimonio ma se ne stancò rapidamente, neppure la nascita di una bambina che morì a pochi mesi di età riuscì ad avvicinarla al marito. Incontrò anzi molto presto il suo primo grande amore, Louis Narbonne, uomo bellissimo e militare coraggioso, quasi certamente figlio naturale di Luigi



Incontro tra Madame de Stael e Napoleone

XV, che fu padre dei suoi figli Albert e August; nati in costanza di matrimonio, furono battezzati col nome di de Stael che a quanto pare li credeva suoi. Sono gli anni terribili della Rivoluzione, Germaine, il cui salotto politico e letterario è frequentato da tutta la Parigi che conta, cerca inutilmente insieme al padre di salvare il re e la regina dalla ghigliottina.

Poi anche l'amore per Narbonne volge al termine e Germaine incontra Benjamin Constant, scrittore, politico e intellettuale francese di famiglia ugonotta emigrata in Svizzera nel XVII secolo. Constant è cosmopolita, ha studiato in Germania e Inghilterra, è colto e di molto spirito, qualità senza le quali Germaine non prende neppure in considerazione un uomo. Dal loro rapporto nasce Albertine, una bambina sensibile e intelligente alla quale entrambi sono molto legati. Constant condivide i sentimenti liberali di Germaine e insieme vedono il giovane generale Napoleone acquisire un'importanza e un seguito sempre maggiori, riempire il vuoto di potere che si è creato dopo la Rivoluzione, mettere ordine nello Stato, farsi eleggere Primo Console, mirare sempre più in alto. Consapevole delle qualità straordinarie, che definisce addirittura "ineguagliabili", del giovane corso, Germaine aveva all'inizio provato grande ammi-

zione per l'uomo che riusciva a intimidirla, lei sempre così sicura di sé: davanti a lui se mancava addirittura la parola, lei che di parole sapeva usarne tante, e molto bene. Lo aveva

tano evidenti le idee dittatoriali di Napoleone e il suo atteggiamento nei suoi confronti si trasforma in ostilità sempre più evidente: il suo salotto diviene presto il luogo di incontro di chi ha ben chiare le mire del Primo Console e cerca di ostacolarle. Benjamin Constant è con lei in questa battaglia.

Germaine intanto pubblica vari libri di letteratura e il romanzo

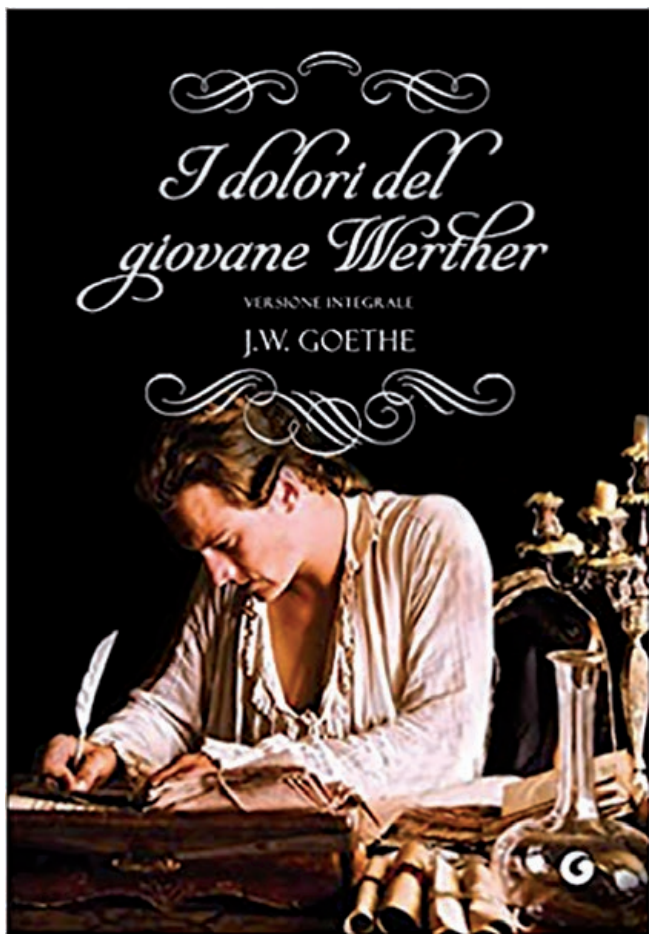
Delphine che hanno un grande successo anche internazionale (il francese è la lingua colta del tempo e tutti la leggono) e la rendono celebre, celebrità che naturalmente amplifica il suo seguito e la sua influenza. E poiché, nonostante i buoni uffici del padre, l'ostilità nei confronti di Napoleone cresce e guadagna consensi, Germaine viene esiliata, prima da Parigi e poi dalla Francia.

Per sottrarsi all'umiliazione e alla tristezza dell'esilio, Germaine progetta un viaggio in Germania, paese noto e apprezzato per le scienze, la politica, l'economia, mentre della sua letteratura si sapeva ben poco. Tutti avevano letto *I dolori del giovane Werther*, il romanzo che aveva reso celebre a soli 25 anni J.W. Goethe, ma il resto era *terra incognita* ai più. Germaine invece si era aperta alla letteratura tedesca nel salotto letterario di sua madre e sapeva quali tesori culturali vi fossero in questo Paese, dove, dopo la rivoluzione letteraria dello *Sturm und Drang*, stava nascendo il movimento romantico.

Decide quindi di far conoscere la Germania al mondo culturale e intraprende il viaggio insieme a Benjamin Constant e ai figli. Impresa non facile soprattutto nella stagione

incontrato molte volte e mai si era dissipata la difficoltà di respiro che provava in sua presenza. Ben presto però le risul-

invernale, con le strade in cattive condizioni, la neve e il gelo. Ma Germaine non ha paura di niente e quando decide di voler fare qualcosa la realizza a qualunque costo: avremo modo di rendercene conto seguendola nella sua vita avventurosa.





Incontri letterari nei saloni d'Europa

Prima tappa: Weimar, dove da quasi trent'anni vive Goethe, il principe dei poeti, come ministro e consigliere segreto del duca di Sassonia-Weimar. A Weimar vive anche Friedrich Schiller, il grande drammaturgo cantore della libertà, amicissimo di Goethe: grazie a loro e ad altri letterati, la piccola cittadina, il cui duca è un convinto sostenitore della cultura, è divenuta l'Atene tedesca.

L'incontro tra Madame de Stael e Goethe è un capitolo a sé, degno di un romanzo: se ne troverà la descrizione, spesso molto divertente, ricavata da lettere e diari dei contemporanei e dei protagonisti stessi, nella biografia che ho dedicato a Madame de Stael, da poco uscita presso le edizioni Lindau: *Madame de Stael, la donna che ha cambiato la cultura europea*. Madame de Stael aveva fama di

donna di grande spirito, cultura e intelligenza, nonché di coraggiosa perseguitata da Napoleone, ma anche di donna impegnativa e faticosissima, dotata di un'estenuante parlantina che sfiniva i suoi interlocutori. Voleva saper tutto, capire tutto, indagare tutto e non si fermava finché non aveva raggiunto il suo scopo. Un giudizio di Benjamin Constant, che l'amò, l'apprezzò e la conobbe forse più di qualunque altro, la descrive al meglio: *“Non ho mai conosciuto una donna migliore, che abbia più grazia e maggiore capacità di devozione di lei; ma non ne ho nemmeno conosciuta una che, senza accorgersene, abbia esigenze più continue e che assorba maggiormente la vita di coloro che le vivono vicini, e che, nonostante tutte le sue buone qualità, abbia una personalità più invadente: tutta l'esi-*

stenza, i minuti, le ore, i giorni devono esserle sacrificati”.

Goethe da parte sua non aveva una personalità meno forte: aveva inoltre una vita densa di impegni come ministro, direttore del teatro di Weimar e uomo di cultura, e non amava essere disturbato mentre lavorava. Madame si fermò a Weimar tre mesi e per tutto quel periodo strinse Goethe, dal quale voleva sapere ogni cosa del mondo letterario tedesco, di un assedio strettissimo. Incontrò anche Schiller, che pure dovette difendersi dall'impetuosità della visitatrice francese che per altro apprezzò moltissimo, e altri letterati, nonché il duca di Weimar, la duchessa e tutta la corte, che si innamorarono subito di lei e la fecero oggetto di premure, inviti e attenzioni di ogni tipo.

L'incontro fra Germaine de Sta-

el e Goethe non fu privo di sorprese, bizzarrie, entusiasmi, stanchezze, ma diede frutti generosi: il libro che Madame de Stael scrisse, il famoso *De l'Allemagne*, fece conoscere il mondo tedesco a un'Europa che lo ignorava e contribuì a diffondere l'ideale romantico cambiando per sempre la cultura europea.



John Rocca

tore, ma solo lodi per un Paese, la Germania, che Napoleone aveva vinto e sottomesso, e aveva deciso che il libro non poteva essere letto. Madame de Stael riuscì a salvare solo una bozza del testo e giurò che l'avrebbe pubblicato ad ogni costo. Il solo Paese dove questo sarebbe stato possibile era l'Inghilterra, che insieme alla Russia era l'unico in Europa non assoggettato a Napoleone. Ha così inizio il lungo, incredibile viaggio per raggiungere l'Inghilterra. Prima però occorre fare un passo indietro e aggior-

nare chi legge sulla vita privata di Germaine. La relazione con Constant si conclude e in Svizzera, al castello di Coppet, divenuto con la sua presenza il più importante salotto politico e letterario europeo, Madame de Stael conosce un giovane valoroso militare di origine italiana, John Rocca, 23 anni, invalido di guerra, che si innamora di lei: gli oltre vent'anni di differenza di età non contano niente per lui, il suo spirito cavalleresco lo spinge a difendere questa donna straordinaria perseguitata da Napoleone. I due diventano amanti, Germaine resta incinta, riesce a nascondere a tutti, persino ai figli, la gravidanza e dà alla luce in gran segreto un bambino che viene dato subito a balia ad una famiglia a lei devota. Appena si riprende dal parto, dà inizio insieme a Rocca e ai tre figli a un lungo e avventuroso viaggio che ha come meta l'Inghilterra: dovranno andare via terra perché tutti i porti sono bloccati.

Facile immaginare le difficoltà e la fatica di un simile viaggio sulle carrozze e le strade dell'epoca. Svizzera, Tirolo, Baviera, Austria, Polonia, e finalmente l'ingresso in Russia. Alla frontiera un ufficiale di

guarnigione di origine francese, il barone de Montet, la riconosce e sapendo che ha lasciato la Francia per non piegarsi a Napoleone, dandole via libera commenta: “Non vi sono dunque al mondo che tre potenze indipendenti: l’Inghilterra, la Russia e voi”.

Ma in territorio russo sta entrando anche la Grande Armata di Napoleone, e così il viaggio deve proseguire a tappe forzate. Mosca, dove Madame de Stael col suo seguito si ferma appena pochi giorni e dove viene ricevuta, come ovunque del resto, dall’alta società e anche dal generale Kutuzov, comandante in capo dell’esercito russo; poi San Pietroburgo, dove ha vari colloqui con lo zar Alessandro. Di lì si imbarca per la Finlandia, poi per la Svezia, e finalmente per l’Inghilterra, dove il libro viene subito dato alle stampe da John Murray, il più importante editore inglese,

quello che pubblica i libri di Lord Byron e di tutti i più celebri letterati e poeti. La prima edizione è esaurita in tre giorni, subito viene intrapresa l’edizione tedesca.

Nel frattempo si è svolta la tragica ritirata di Russia, Napoleone deve abdicare e andare in esilio all’isola d’Elba. Madame de Stael può ritornare in Francia.

È stanca, un parto a 46 anni non è cosa da poco, l’oppio che prende da anni per poter dormire e la vita nomade hanno minato la sua salute. A questo si aggiunge il grande dolore per la morte del figlio Albert, che era entrato nell’esercito svedese, ucciso in duello: la notizia le arriva alla vigilia dell’uscita del suo libro. Ma nonostante tutto questo non si ferma. Torna a Parigi e ritrova il suo mondo che l’accoglie come una regina. Napoleone lascia l’Elba, raggiunge in trionfo Parigi e l’invita a restare. Fedele ai suoi principi, lei fa i bagagli e

torna a Coppet. Va a trovare il figlioletto avuto da Rocca, che nel frattempo ha sposato in segreto, e soltanto dopo i Cento Giorni e la definitiva disfatta di Napoleone rientra a Parigi, dove la morte la coglie abbastanza improvvisamente (un ictus devastante) a soli 51 anni.

La sua gloria è affidata al suo grande libro, *De l’Allemagne*, che diede una svolta determinante alla letteratura europea e rappresentò un chiaro incitamento per i movimenti di liberazione dell’Ottocento. Un’opera che ha fatto conoscere un nuovo movimento culturale, il Romanticismo, e reso possibile una nuova visione della società, più libera, più aperta alla conoscenza, più emancipata. Contemporaneamente si diffondevano in Italia, a partire dalla Lombardia, le prime istanze risorgimentali, alle quali sarà legata la prima produzione romantica italiana.

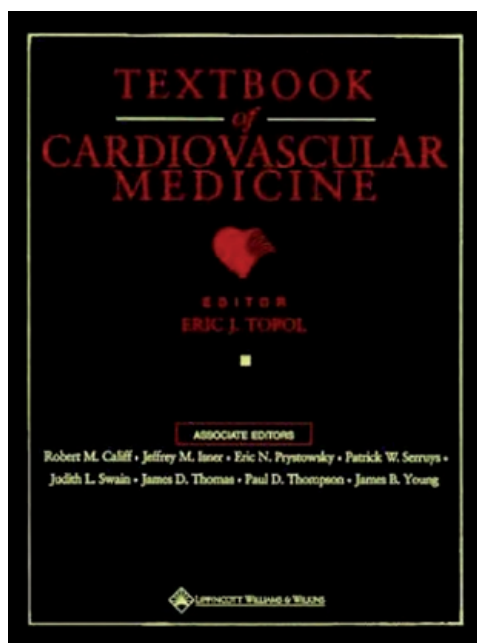


di Alberto Dolara

Rileggere un classico. “Le malattie di cuore” di Paul Dudley White

Il trattato “Heart Disease”, di Paul Dudley White, cardiologo statunitense del secolo scorso (1886-1973), pubblicato la prima volta negli Stati Uniti nel 1931, divenne subito un classico in medicina. L'edizione sulla quale studiavo per la specializzazione in cardiologia era la prima italiana del 1954 sulla quinta americana del 1951, curata da Teodoro Posteli e Arrigo Poppi, la prefazione di Giulio Sotgiu, direttore della clinica medica dell'Università di Bologna. È uno degli ultimi libri di testo scritti da un solo autore. L'espansione delle conoscenze in cardiologia è stata in seguito troppo rapida perché un individuo potesse padroneggiarla o scriverne abbastanza velocemente e gli editori hanno cercato numerosi esperti per scrivere capitoli su argomenti specifici. Il “Textbook of Cardiovascular Medicine” di EJ Topol. Editore Lippincott-Raven del 1998 conta 8 Associated Editors e 154 Contributors.

Confesso di aver provato una certa emozione nello sfogliare un libro che non avevo più aperto da oltre sessanta anni. Esisteva allora un altro testo “Diseases of the heart” di CK Friedberg, edito nel 1949, considerato anch'esso un riferimento standard in cardiologia, ma la fama di questo autore, pur autorevole, non poteva competere con quella di PD White, identificato come il medico che visitava i pazienti col suo “fonendoscopio d'oro”, una leggenda che pare corrispondesse a verità.



Leggenda a parte Paul Dudley White fu certamente un protagonista della storia della cardiologia del secolo scorso, ritenuto un grande insegnante ed un cardiologo clinico motivato *“a compassionate bedside physician”*, pioniere della necessità della prevenzione della cardiopatia coronarica con l'attività fisica, che praticava regolarmente, con la dieta e il controllo del peso. Autore di dodici libri e di oltre 700 articoli scientifici, la sindrome di Wolff-Parkinson-White porta il suo nome; medico del Presidente Eisenhower; nel 1924 è uno dei fondatori dell'American Heart Association e della International Society of Cardiology nel 1946; stabilisce contatti con i cardiologi russi ed è tra i primi medici statunitensi a recarsi in visita nella Repubblica Popolare Cinese. L'edizione italiana del trattato, oltre mille pagine, si sfoglia ancora con piacere: carta lucida, stampa nitida, 168 illustrazioni, prosa tipicamente anglosassone, semplice e discorsiva. La preparazione umanistica dell'autore si rivela dal primo capitolo con l'esauriente elenco cronologico di coloro che hanno contribuito allo svi-

lucche e nel quale sono riportati anche ricercatori e scienziati italiani ed europei. Inizia da Imhotep e successori in Egitto, 2980 a.C., con l'osservazione del polso e termina con Brock RC, Inghilterra 1948, autore del primo intervento di valvulotomia nella stenosi polmonare congenita. Anche i capitoli successivi sono impreziositi dalla riproduzione originale, sia pure parziale, degli articoli che descrivono le più importanti scoperte in cardiologia da Vesalio a Forssmann, da Harvey a Withering. Dalla lettura dei capitoli II-IV emerge l'attenzione e l'importanza che White attribuiva all'esame del malato ed alla sua storia clinica. Due capitoli sono interamente dedicati alla cardiopatia reumatica ed a quella sifilitica, allora molto frequenti. Anche se è notevole l'accuratezza con la quale vengono descritte frequenza, sintomatologia, esame obiettivo e complicazioni, nei capitoli successivi, dedicati alle cardiopatie congenite, valvolari, car-

diopatia coronarica, scompenso congestizio ed aritmie, si rimane sorpresi come in un periodo storico non lontano fossero così pochi gli strumenti diagnostici e terapeutici a disposizione del cardiologo. Indagini strumentali limitate a ECG ed esame radiologico, catterismo cardiaco delle sezioni destre del cuore usato per lo studio della funzione polmonare, alcuni tentativi sperimentali per la correzione chirurgica dei difetti congeniti o delle valvulopatie. Nei pazienti colpiti da infarto miocardico acuto la raccomandazione principale di White è *“un mese di riposo a letto (riposo assoluto per le prime due settimane)”*; nello scompenso cardiaco sono disponibili solo digitale e diuretici mercuriali; il





Joan Baez

trattamento delle aritmie possibile esclusivamente con farmaci, i pacemaker non esistevano. L'unica terapia decisiva quella per l'endocardite batterica con gli antibiotici da poco entrati nell'uso clinico.

La rilettura di questo trattato mette in tutta evidenza il progresso delle scienze cardiologiche nella seconda metà del secolo scorso e come tante ed efficaci siano le procedure diagnostiche e terapeutiche oggi disponibili, dalla chirurgia a cuore aperto all'angioplastica; dai defibrillatori ai pacemaker, alle unità coronariche; dai betablocanti agli aceinibitori, alle sta-

preciso obiettivo *"... mi preme di rilevare che non sarebbero deprecabili né l'elevata mortalità (perfino se raggiungesse il 100 per cento) per cause cardiovascolari e nemmeno la morte improvvisa, qualora il trapasso si compisse in età avanzata, dopo una vita sana, felice ed utilmente spesa fino all'ultimo minuto. Tale è infatti l'obiettivo al quale oggi tendiamo..."*.

Obiettivo condivisibile e per evitare eccessivo pessimismo/ottimismo nelle previsioni perchè non ascoltare nuovamente la canzone *"Three horses"* di Joan Baez del 1983? A un gruppo di bambini in un prato, al mattino, compare un bianco destriero che narra gli avvenimenti del passato e i bambini provano uno smarrimento incredulo; a mezzogiorno una rossa giumenta li spaventa col racconto della durezza del tempo presente e alla sera, quando appare uno stallone nero, il gruppo si disperde e sono richiamati a casa dalle madri perchè non devono provare la tristezza del futuro. La splendida voce della cantante tuttavia li/ci rassicura quando ringrazia Dio e gli Angeli per non aver dato la parola a questo destriero, *"The horse of the future comes to the earth, but has no tongue"*.

tine: dall'ecocardiografia alla risonanza magnetica, per non citare i progressi dovuti all'incontro della cardiologia con altre discipline, dall'epidemiologia alla genetica.

Certo rimangono molti problemi da risolvere come quelli legati all'aumento della durata della vita, alle comorbilità e alla disabilità degli ultimi anni. Nel capitolo finale del libro, dedicato alla morte improvvisa, White indica un

Il cardiologo non si arrende mai

Nemmeno quando la linea dell'elettrocardiogramma si fa piatta. Come se l'abitudine a vedere il cuore e la vita fermarsi e ripartire sotto l'azione di farmaci, di massaggi o defibrillazioni decidessero sul modo stesso di fare il medico. Recentemente è mancato un mio allievo che per anni aveva diretto l'Unità Coronarica, dove gli allarmi sono all'ordine di tutte le ore del giorno e della notte. Si dovette arrendere a un tumore dei più intrattabili, ma anche durante l'anno che gli concesse egli mantenne lo spirito del non arrendersi. Mi raccontava con il sorriso di sempre le corse che riusciva a fare in bicicletta, fiducioso nei progressi dell'oncologia, come chi si affida a un benevolo fatalismo. Mi sarei proposto volentieri in cambio, avendo già dato e avuto molto, invece mi ritrovo a ricordare i tanti cardiologi che come lui lottarono, con maggiore o minore fortuna, indicando la via da seguire.

Avevo 12 anni, e non potevo certo saperlo, quando tre ricercatori franco-americani ricevettero il Nobel per aver realizzato il primo cateterismo del cuore, l'organo fino allora considerato intoccabile. Da quel momento si poterono precisare meglio le diagnosi e operare le malformazioni congenite e acquisite. Il tutto con molta cautela naturalmen-



te e in attesa delle macchine per sostituire l'attività contrattile del cuore mentre lo si aggrediva. Più di vent'anni dopo venne la volta delle coronarie ad opera di un italo-argentino prestato alla Cleveland Clinic, che non ebbe vita facile ad imporre il bypass contro gli scettici che diffidavano dei suoi risultati e della loro durata; ma più difficile vita ebbe a Buenos Aires molti anni dopo, ai tempi della crisi economica, che lo fece cadere nel pessimismo del suicidio, dopo aver cercato inutilmente aiuti finanziari: "sono diventato un mendicatore", scrisse nel quotidiano La Nación. Nel frattempo era stato inventato anche il pacemaker, capace di sostituire l'attività elettrica del cuore malato, e vent'anni dopo anche il defibrillatore impiantabile, per chi rischia la

morte improvvisa, ad opera di un cardiologo israelo-americano, scampato ad Auschwitz. Lo conobbi in Messico vent'anni prima e collaborammo con un maestro geniale della cardiologia, che a soli 35 anni era già una gloria nazionale. A questi toccò un destino incredibile quando volle contemperare le proprie idee politiche con il lavoro: fu emarginato nel suo Istituto per intolleranza politica e accettò poi l'incarico da Fidel Castro di organizzare l'Università dell'Avana; purtroppo dopo un anno non riuscì a vincere la lotta contro un tumore cerebrale. Strana coincidenza, anche un altro cardiologo friulano, che ebbe molti meriti nello sviluppo della specialità in Italia, fu colpito in anni più recenti dallo stesso male. In questa lodevole competizione

di tanti personaggi grandi e piccoli nel voler fare, senza arrendersi, di più e di meglio in cardiologia ci sono stati anche episodi curiosi, come quello di un medico napoletano che ai tempi dell'entusiasmo invasivo, presentò a un congresso locale la sua esperienza nel voler eseguire un cateterismo cardiaco, che gli riuscì con molte difficoltà e il decesso del paziente. Al ché un professore presente, esperto di cardiologia invasiva, intervenne dicendo: "scusasse collega, ma lei è venuto a presentarci un caso interessante o a costituirsi?". Una situazione analoga capitò a me anni dopo durante la presentazione a un convegno di un'esperienza di infarti trattati con le cellule staminali, nella nobile intenzione di rigenerare il miocardio distrutto, ma con la perdita di alcuni "casi" per aritmie fatali. A malincuore dovetti contestare quella procedura che non aveva e non ha ancora sufficienti certezze di miglioramento, mentre già si conoscevano i rischi. La speranza e la fiducia nella tecnologia spesso ci prende la mano. In medicina purtroppo il medico si trova sovente a decidere su prospettive di cura nel-



Fidel Castro

le quali è necessario tentare *in corpore nobili*, come si dice per l'umano, invece del *corpore vili*, riferito all'animale spesso utilizzato per non far correre a noi il rischio. Lo svizzero che alla fine degli anni '70 ideò il palloncino per dilatare le coronarie malate, lo fece del tutto artigianalmente, confezionando in cucina il catetere provvisto della possibilità di gonfiarsi; gli andò bene, ma furono poi necessari molti perfezionamenti e l'aggiunta dello stent, onde ottenere i risultati che oggi sono l'orgoglio della terapia cardiologica invasiva. Il professore che aveva rimbeccato lo sprovveduto cateterista dei tempi del pionierismo si era fatta da sé la diagnosi di malattia delle coronarie e scelse di farsi operare di bypass, che



Da destra a sinistra: Pier Luigi Prati, Franco Fontanini, Eligio Piccolo

gli consentì ancora molti anni, fino a quando si dovette nuovamente diagnosticare la rottura dell'aorta, e questa volta senza scampo di poter continuare la sua preziosa attività di cardiologo pediatra dell'Università di Napoli. Un altro amico cardiologo si accorse, camminando dalla sede del suo Congresso all'albergo, che il fiato si faceva corto, si auscultò e il soffio di una valvola che andava sostituita lo convinse dell'intervento, che andò bene. Era il Presi-

dente e il Fondatore con Fontanini di questa rivista, anche loro impegnati per sé e per gli altri con sempre nuovi traguardi. Giunto a loro mi fermo poiché penso di aver dato l'idea di come la medicina coinvolga chi la sceglie, e la cardiologia moderna stimoli a sempre nuove conquiste. Con Loro penso anche di includere i tanti altri medici e infermieri che durante la pandemia del Covid-19 hanno dimostrato cosa siano la competenza e l'abnegazione.

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

In ricordo di Rosario Richard Dennis la cugina Clotilde Russo dedica:

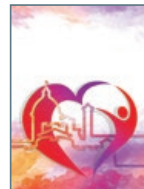
*A gulf of silence separates us from each other.
I stand at one side of the gulf, you at the other.
I cannot see you or hear you, yet know that you are there.
Often I call you by your childish name.
And pretend that the echo to my crying is your voice.
How can we bridge the gulf? Never by speech or touch.
Once I thought we might fill it quite up with tears.
Now I want to shatter it with our laughter.*

poesia di Katherine Mansfield



Foto di Giorgia Magnoni

DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2020



Laura Gatto Intervista Francesco Prati



Enigmi della cardiopatia ischemica: chi dorme poco ha più aterosclerosi

“Si dorme in media ogni giorno 1.5 ore in meno rispetto allo scorso secolo. Studi epidemiologici e dati sperimentali indicano una forte associazione con lo sviluppo di fattori di rischio cardiometabolici, aterosclerosi polidistrettuale e coronaropatia...”

Perché dormire poco è un fattore di rischio?

Ne ha parlato il Prof De Caterina. Sono stati proposti diversi meccanismi fisiopatologici per spiegare il possibile legame tra deprivazione di sonno e malattia cardiovascolare. Sia le poche ore di sonno così come un sonno di scarsa qualità sono associati a significative alterazioni di diversi sistemi biologici. Nello specifico, **la deprivazione di sonno è stata associata a disregolazione autonoma, disfunzione endoteliale, ipercoagulabilità, insulino-resistenza e stato infiammatorio sistemico. L'iperattivazione adrenergica in particolare sembra avere un ruolo importante, favorendo lo sviluppo di ipertensione arteriosa attraverso fenomeni di vasostrizione, tachicardia e ritenzione di sale.**



Il prof Fuster aveva affrontato l'argomento nella passata edizione di CCC 2019. Ci sono novità?

È stato pubblicato lo studio Association of Sleep Duration and Quality With Subclinical Atherosclerosis. Lo studio includeva 3.974 soggetti dal registro Progression of Early Subclinical Atherosclerosis (PESA) sottoposti per 7 giorni a registrazione di parametri quali - quantitativi del loro sonno. Sono stati identificati 4 gruppi in base alle ore totali di sonno registrate: un gruppo di soggetti che dormiva meno di 6 ore, uno che dormiva tra le 6 e le 7 ore, uno

che dormiva tra le 7 e le 8 ore, e un ultimo di soggetti che dormivano più di otto ore. **I soggetti che dormivano meno di 6 ore avevano una probabilità del 27% maggiore di avere aterosclerosi polidistrettuale rispetto a quelli che dormivano dalle 7 alle 8 ore. Inoltre i soggetti con più alta frammentazione del sonno avevano una probabilità del 34% maggiore di avere aterosclerosi polidistrettuale rispetto a quelli che avevano una buona qualità di sonno.**

Siamo certi che dormire poco sia un fattore di rischio indipendente? Secondo lo studio già citato, quando la deprivazione del sonno veniva aggiustata per i fattori di rischio convenzionali, **rimaneva associata in modo indipendente** all'estensione dell'aterosclerosi (atherosclerotic burden) valutata mediante ecografia vascolare tridimensionale. **Non si hanno dati al momento tra la mancanza di sonno ed eventi cardiovascolari maggiori** poiché lo studio non includeva dati di follow-up. Restiamo in attesa di studi che possano chiarire questo aspetto, comprensibilmente più importante della presenza di aterosclerosi subclinica.

“

Poesia ricreativa

YUN DONG-ju (1917-1945), nome d'arte HAEWON, poeta coreano vissuto durante l'occupazione giapponese e deceduto prigioniero. Considerato uno dei principali poeti della resistenza del suo paese, si esprime sempre con grande interiorità, senza alcuna rivalsa, come in questa ALLODOLA:

*“In un' anticipata giornata primaverile
le allodole odiano
le strade bagnate.
Nel luminoso cielo primaverile,
ad ali spiegate,
trillano piacevolmente
un fascinoso canto di primavera.
Anche oggi,
indossate le scarpe bucate,
cammino senza meta per le stradine nascoste,
io che mi sento sperduto come un pesciolino.
Forse il mio cuore è oppresso
Perché non ho né ali né una canzone”.*



YUN DONG-ju

Eligio Piccolo

”

di Filippo Stazi

Quadri e Salute



Il Cavadenti è una pittura a olio su tela, 50 x 62 cm, dipinta dal pittore veneto Pietro Longhi.

Pietro Longhi, vero nome Pietro Antonio Falca, nasce a Venezia nel 1702 dall'argentiere Piero Falca che gli trasmette le prime nozioni artistiche. Svolge poi il suo apprendistato presso il pittore Antonio Balestra e si perfeziona a Bologna. Nel 1732 realizza la sua prima importante opera, la pala di "San Pellegrino condannato al supplizio", dove sono evidenti gli influssi dello stile Barocco del Tiepolo. Nello stesso anno si sposa con Caterina Maria Rizzi e l'anno dopo nasce Alessandro che seguirà la carriera artistica del padre. Seguiranno altri 10 figli di cui, però, solo quattro giungeranno alla maggiore età. Nel 1734 dipinge, sul soffitto del Palazzo Sagredo a Venezia, La Caduta dei Giganti. Dopo lo scarso successo di quest'opera Longhi abbandona la pittura a sfondo religioso per dedicarsi a quella di genere. Nel 1756 entra a far parte dell'Accademia veneziana presieduta dal Tiepolo e nel 1763 è nominato direttore dell'Accademia

Pisani del Disegno e dell'Intaglio. Muore a Venezia nel 1785 probabilmente per un infarto. Molti dei suoi quadri sono conservati in gallerie, collezioni e musei stranieri come: la National Gallery di Londra e quella di Washington, il Metropolitan Museum di New York e il Louvre.

Le opere di Longhi sono, in genere, tele di piccole dimensioni che ritraggono momenti di vita quotidiana della Venezia dell'epoca. Dipinge con pennellate rapide, intrise di luce, quasi in punta di pennello. La prospettiva è sfruttata in modo che l'osservatore abbia l'illusione di essere lui a dipingere il ritratto.

I suoi vivaci e realistici bozzetti descrivono tanto il piccolo mondo dorato dell'aristocrazia decadente quanto quello meschino della borghesia. È stato definito il Molière della pittura e paragonato a Carlo Goldoni. Contrariamente a quest'ultimo, però, Longhi non ha intenti critici, ma guarda la gente con lo stesso affetto con cui un padre giudicherebbe i propri figli.

Il Cavadenti appartiene alla serie delle cosiddette carriere, scene di comuni attività po-

polari e borghesi. Grazie alle scritte poste sulle due colonne il dipinto può essere datato tra il 1746 e il 1752. Il centro della scena è occupata dal cerusico, raffigurato nel momento in cui ha appena terminato l'estrazione di un dente e la cui posa teatrale ricorda gli imbonitori che, durante le sagre di paese, propongono alla gente l'elisir capace di curare ogni malattia. Tutte le linee del quadro convergono sul protagonista, creando una forma triangolare che si sviluppa in profondità. L'opera è ricca di figure stravaganti, ognuna delle quali, assorbita dalle sue attività, sembra non accorgersi di ciò che gli succede intorno. Si spazia dalle maschere che sembrano tramare qualcosa alla nana che contratta l'acquisto di alcune pere. Accanto al cavadenti è presente perfino una scimmietta. L'unica figura "normale" è il povero ragazzo a cui è stato tolto il dente: sofferente e triste è seduto sul tavolo tenendo in bocca un fazzoletto bianco e l'altra mano stretta tra le gambe. L'opera è attualmente collocata nella Pinacoteca di Brera.



Simone Budassi

Attenzione all'attività fisica negli ambienti inquinati



Il progressivo spopolamento delle zone rurali in favore dei grandi centri urbani è una tendenza che accomuna i paesi occidentali da decenni e che si sta affermando sempre di più anche nei paesi emergenti come Cina e India. Benché ormai sia chiara l'importanza dell'attività fisica regolare nel miglioramento della qualità della vita, in particolare contribuendo alla riduzione del rischio cardiovascolare globale, conosciamo ancora poco sull'effetto nocivo dell'esposizione all'inquinamento atmosferico quando l'attività fisica (PA) è praticata all'aperto.

In questo studio Kim SR e colleghi hanno analizzato una coorte nazionale sudcoreana di pazienti sani, di età compresa tra 20 e 39 anni sottoposti a visite mediche di screening. Gli individui di cui si conoscevano i dati sui livelli di pulviscolo (PM) 2.5 e PM 10 nell'area di residenza sono stati arruolati nello studio. Utilizzando le risposte ai questionari somministrati durante le visite di routine gli autori hanno estratto la frequenza di attività fisica settimanale leggera, moderata o di intensità vigorosa, valutata in METs (rispettivamente 2.9/4.0/7.0). Sono stati calcolati i MET-min/week per ogni tipo di

PA dividendo la coorte in quattro gruppi di soggetti che svolgevano una PA di 0 MET-min/week, 1-499 MET-min/week, 500-999 MET-min/week, >1000 MET-min/week. I livelli di esposizione all'inquinamento ambientale sono stati categorizzati in basso-moderato o alto. Gli autori hanno condotto una regressione proporzionale di Cox per valutare l'hazard ratio per malattie cardiovascolari (incluso malattia coronarica e stroke) correlato all'effetto combinato del livello di attività fisica e all'esposizione all'inquinamento ambientale. I risultati sono stati aggiustati per età, sesso, reddito, abitudine tabagica, consumo d'alcool, BMI, pressione arteriosa, glicemia, colesterolemia. Inoltre, i pazienti sono stati sottoposti a quattro diversi tipi di *sensitivity analyses*: nella prima sono stati esclusi soggetti con ipertensione arteriosa, diabete, ipercolesterolemia e fibrillazione atriale, eliminando così la potenziale influenza dei comuni fattori di rischio cardiovascolare sui risultati. Nella seconda analisi, sono stati aggiunti i soggetti con < 2 giorni di ospedalizzazione per disturbi cardiovascolari. La terza analisi è stata condotta aggiustando per abitudine al fumo, consumo d'alcool, BMI, pressione arteriosa sistolica, glicemia, colesterolemia. Da ultimo gli autori hanno creato un modello statistico analizzando i singoli fattori determinanti l'inquinamento e un modello che analizzasse entrambi insieme (PM2.5 e PM10). In tutte le sotto analisi i risultati erano in linea con quelli principali.

Possiamo definire attesi i risultati nel gruppo esposto a basso-moderato inquinamento che eseguiva un'attività fisica >1000 MET-min/week, infatti questi soggetti avevano un rischio minore di eventi cardiovascolari rispetto a quelli che reducevano la loro PA a 1-499 MET-min/week (PM 10 aHR 1.22; 95% IC 1-1.48) o a 0 MET-min/week (PM 10 aHR 1.38; 95% IC 1.07-1.78) (P<0.01). Viceversa, i pazienti che passavano da inattivi ad una PA >1000 MET-min/week mostravano un ridotto rischio di malattia cardiovascolare (PM 2.5 aHR 0.73; 95% IC 0.52-1.03; p0.04). **Il risultato innovativo di questa ricerca riguarda gli individui esposti ad elevati livelli di inquinamento; questi soggetti infatti avevano un rischio aumentato di malattia cardiovascolare all'aumentare dell'attività fi-**

sica. In particolare quando l'attività fisica superava i >1000 MET-min/week (PM 2.5 aHR 1.33; 95% CI 0.96-1.84), l'inquinamento vanificava gli effetti benefici dell'attività fisica sulla riduzione del rischio cardiovascolare.

Questo studio ha notevoli punti di forza, primo fra tutti il grande sample size e secondo la natura *real world* del campione esaminato. Il primo risultato ottenuto è in linea con studi già pubblicati. La novità di questo lavoro sta nell'analisi della popolazione di giovani adulti esposti ad elevati livelli di inquinamento: in questi soggetti, infatti, l'aumento della PA sopra a 1000 MET-min/week portava ad un aumentato rischio di malattia cardiovascolare. L'aumento di PA, protettivo nei confronti delle malattie cardiovascolari, portava nella popolazione esaminata anche ad un aumento dell'esposizione a sostanze inquinanti, anch'essa dannosa per il sistema cardiocircolatorio, risultando globalmente in un aumento del rischio di malattia cardiovascolare in questi soggetti. La spiegazione potrebbe essere ricercata nella quantità di PM 2.5-10 che vengono inalati durante le profonde inspirazioni che si hanno durante attività fisica ad elevata intensità. In particolare la patogenesi vede il PM 2.5 come protagonista incontrastato: le sue minuscole dimensioni gli consentono un rapido assorbimento nel circolo causando vasoconstrizione, disfunzione endoteliale, aumento della pressione arteriosa e dell'aggregazione piastrinica ed il successivo deposito in organi target.

Come si potrebbe ovviare a questi effetti negativi?

I paesi occidentali stanno già adottando politiche *green* di *decarbonizzazione*, con accordi bilaterali che porteranno a riduzione dei livelli di inquinamento, ma che richiederanno anni per portare effetti sulla popolazione generale. Nell'attesa, ciò che ognuno di noi può fare è svolgere attività fisica in luoghi chiusi dotati di sistemi di filtraggio ambientali o sfruttare i "polmoni verdi" presenti nelle nostre città.

Ma la giraffa come fa?

*...Ma il coccodrillo come fa?
Non c'è nessuno che lo sa...*

Il ritornello di questa orecchiabile canzoncina per bambini mi torna sempre in mente quando vedo le giraffe. Questi animali sono belli, sono alti, sono slanciati, sono eleganti, hanno un bel manto colorato, ma sono anche fonte di invidia per il cardiologo e per il fisiologo che li osservano per carpirne i segreti, per capire in che modo abbiano potuto venire a capo di problemi cui la razza umana non ha ancora trovato soluzione. Come mai questi animali non muoiono per scompenso cardiaco? Perché le loro zam-





pe sono sottili ed agili e non tozze ed edematose? Per quale ragione, infine, i cambi di posizione del loro lungo collo non sono causa di continui svenimenti?

Nella maggior parte dei mammiferi di grossa taglia per assicurare un'adeguata perfusione cerebrale è necessario, a livello del capo, una pressione di circa 110/70 mmHg. Le giraffe hanno però la testa a 6 metri dal suolo e, quindi, per assicurare questa pressione cerebrale occorre che quella a livello del cuore sia di 220/180 mmHg, un valore pressorio che, nell'uomo, causa ispessimento, fibrosi ed irrigidimento delle pareti cardiache con la conseguente comparsa d'insufficienza cardiaca. Le giraffe, però, non si scompensano e corrono tranquillamente per la savana. Quando si analizza il loro cuore si trova la spiegazione. L'organo, infatti, sebbene ispessito, è preservato, a differenza di quanto avviene nell'uomo, dalla comparsa della fibrosi. L'aumento di spessore delle pareti cardiache, cioè, è tutto conseguente all'aumento della massa muscolare e non alla comparsa di fenomeni cicatriziali (fibrosi) e quindi la pompa cardiaca può continuare a funzionare normalmente. Il motivo di tale differente risposta al sovraccarico pressorio sembra da ricercare in alcune varianti genetiche specifiche delle giraffe, che sono state recentemente evidenziate e che sono appunto coinvolte nel processo di formazione della fibrosi. Un'altra caratteristica che avvantaggia le giraffe è che il loro ritmo

cardiaco è differente da quello degli altri animali in quanto la fase di riempimento ventricolare del battito cardiaco è allungata e ciò consente di riempire maggiormente il cuore e di espellere ad ogni battito cardiaco una quantità maggiore di sangue.

La seconda particolarità delle giraffe è che con i valori pressori osservati, che tendono a forzare l'acqua al di fuori dei vasi sanguigni e nei tessuti, sarebbe lecito attendersi il gonfiore delle caviglie e degli arti inferiori, cosa che, invece, non si osserva mai. La possibile spiegazione del fenomeno è nella presenza, a livello delle ginocchia, di arterie con pareti estremamente ispessite che potrebbero funzionare come regolatori di pressione. Quando si forma un nodo nei tubi da irrigazione la pressione dell'acqua a valle dell'ostruzione crolla drammaticamente e questo è quello che probabilmente si verifica nelle zampe delle giraffe. Potrebbe anche essere, ma questo per il momento è solo speculazione, che il tono di queste arterie del ginocchio possa modificarsi, restringendo di più o di meno il calibro vasale, a seconda delle circostanze.

L'ultima differenza tra uomini e giraffe risiede, infine, nell'assenza, in queste ultime, dei fenomeni d'ipotensione ortostatica. L'essere umano, infatti, specialmente se assume farmaci antiipertensivi, nel rapido passaggio dal clino all'ortostatismo, dalla posizione sdraiata o piegata, cioè, a quella eretta, può sperimentare un abbassamento della pressione cerebrale responsabile di giramenti di testa di varia entità fino allo svenimento. Immaginiamo cosa dovrebbe allora succedere ad una giraffa quando, ad esempio per bere, abbassa al suolo i suoi 6 metri di collo e poi lo innalza di nuovo in tutta la sua altezza. Perché la giraffa non sviene? Riuscire a capire il meccanismo che preserva questo animale da tale inconveniente e tradurlo nella realtà umana sarebbe un enorme passo avanti, vista la frequente comparsa di episodi sincopali con conseguenze traumatiche anche gravi, dovuti all'ipotensione ortostatica, soprattutto tra gli anziani. Una risposta certa non è disponibile ma, partendo dalle osservazioni rilevate in animali anestetizzati e con la doverosa premessa che ciò che succede in un animale anestetizzato non è det-

to che sia esattamente ciò che succede nell'animale sveglio, sembra che il meccanismo che preserva le giraffe dallo svenimento risieda nella capacità dei vasi del collo di modificare il loro calibro. Quando la testa è abbassata vi è una marcata dilatazione della vena giugulare, che aumenta di molte volte il suo diametro rispetto alle condizioni di normalità, in questa

quindi risponde con una vigorosa contrazione capace di assicurare una normale perfusione cerebrale.

Le giraffe sono belle, hanno catturato la nostra attenzione di ragazzini ed adesso attirano quella degli scienziati. In alcuni aspetti questi alti mammiferi sono davanti a noi e hanno qualcosa da insegnarci. Ancora non siamo in gra-



maniera viene sequestrato più di un litro di sangue ed è quindi temporaneamente ridotto il ritorno venoso al cuore. Come la testa è di nuovo rialzata, questo sangue che era stato immagazzinato nella vena giugulare viene bruscamente e vorticosamente rimandato al cuore che

do di tradurre in risultati concreti quello che stiamo capendo ma sicuramente i meccanismi di adattamento, estremizzati per le loro dimensioni, che le giraffe hanno messo in atto potranno, una volta compresi, essere estremamente utili anche per noi.

“

PER INCISO...

Glutei e quadricipiti, salvacondotti per andare dove vuoi... quando vuoi (finché si puote)

Gli anni della terza e quarta età pesano, e chi ne è carico finisce prima o poi per pesare a sua volta su figli e *accudenti* (termine che Dante avrebbe preferito all'inglese *caregiver*). Uno dei più importanti passi da fare in età avanzata per dipendere dagli altri il meno possibile (e anche per “dare più vita ai tuoi anni”) è proprio il passo che fai con le tue gambe. Per questo servono muscoli efficienti e sodi. Tutti i muscoli devono esserlo, ovvio, ma è su quelli degli arti inferiori che devi poter contare per assicurarti una corretta stazione eretta, la giusta andatura, una buona resistenza nel camminare.

I muscoli degli arti inferiori sono un centinaio. Alcuni hanno nomi astrusi (es: *ileopsoas*, *ischiocurale*, *pettineo*, *lombricali*), altri suonano più orecchiabili, come il *bicipite femorale*,

i muscoli gemelli... La lista è lunga ma mi soffermo su due gruppi di muscoli in particolare, i più voluminosi e robusti: il gluteo e il quadricipite femorale. Il primo, com'è noto, è quello che dà forma e consistenza al fondoschiene, il secondo è il più grosso della parte anteriore della coscia. Tutti e due, con il concorso di quelli che vanno dall'inguine al piede e di altri della loggia posteriore della coscia, ti servono per stare in piedi, per camminare, per correggere in ogni istante la tua postura, per sostenerti quando stai per sederti, per aiutarti ad alzarti dalla sedia o dalla posizione accovacciata; in poche parole, per fare a meno del bastone o della mano che ti viene tesa per benevolenza o cortesia. Insomma, da mezz'ora a un'ora al giorno di sana camminata a passo

sostenuto, per almeno cinque giorni alla settimana, ti garantisce non solo effetti benefici sulla tua salute in senso lato (ogni cellula del tuo corpo, ogni organo e apparato, cuore e circolazione soprattutto, ti sarà grato per questo!) ma anche natiche e cosce toste e forti, che ti assicurino fino a tarda età autonomia e libertà di movimento. “Parlando con rispetto, s'intende”, come tenne a precisare una simpatica ottantaduenne che non riuscì a dribblare la sua personale autocensura sulle sunnominate parti anatomiche - da lei forse classificate come VM8o, Vietato ai Maggiori di anni ottanta- un giorno in cui mi dovette riferire di una sua sciatalgia.

S. M.

”





di Vito Cagli

Augusto Murri e la psicoanalisi

“Finito di stampare il 31 dicembre 1923 nella tipografia di A. Cacciari in Bologna”, così reca in quarta di copertina il volume di *Nosologia e Psicologia*, il saggio di Augusto Murri che nei primi giorni del 1924 veniva distribuito alle librerie dall'Editore Zanichelli.

Non sappiamo quanto tempo abbia impiegato il clinico bolognese a scrivere questa sua opera, ma certamente durante tutto quell'anno 1923 essa lo avrà tenuto occupato e avrà riempito la sua solitudine con un impegno quasi quotidiano. Aveva lasciato l'insegnamento nel 1916, a 75 anni; la sua attività professionale era andata progressivamente riducendosi. Si incontrava volentieri con i suoi antichi collaboratori Dagnini, Gnudi e Silvagni e usciva a passeggio con loro; molti ancora lo salutavano per strada; alcuni lo avvicinavano per dirgli la loro gratitudine. Con gioia rileggeva l'amato Marco Aurelio, i cui *Ricordi*, erano il suo *livre de chevet*, tutto segnato e postillato. La sua mente era lucida e il desiderio di conoscere e di riflettere non era per nulla scemato: voleva cimentarsi con qualcosa che sollecitasse al tempo stesso il suo interesse e il suo acume critico. Decise per la psicologia: forse voleva meditare sulla condizione umana e su se stesso; forse voleva trovare un senso. Non tanto alla propria vita: la sapeva ben spesa nell'insegnamento e nella pratica della medicina. Lo tormentava ancora la tragedia che più di venti anni prima si era abbattu-



Augusto Murri

ta sulla sua famiglia, quando suo figlio Tullio e sua figlia Linda erano stati responsabili di un orrendo delitto, l'uccisione del conte Bonmartini, marito di Linda. Si può comprendere il cuore umano? Forse questo si era chiesto il vecchio professore. E aveva cercato una risposta là dove lo guidava la sua formazione: nella scienza. Non quella che si occupa del corpo, ma quella che ha per oggetto la mente. Certo la scelta del tema di quel suo lavoro è per noi sorprendente e lui, l'Autore, non fa nulla per chiarircene i motivi.

Ma apriamo questo libro e cominciamo a leggerne la prefazione. Il motivo conduttore di quelle pagine gira intorno a questa affermazione: "I clini-

ci non inventano: guardano e, se san guardare, vedono" (p. VI). Lo aveva sempre sostenuto: compito del clinico non è quello di scoprire cose nuove, ma di saper adoperare bene ciò che già si conosce e di insegnarlo ai propri allievi. C'è però un tenue indizio, una sottile traccia di qualcosa di più personale, là dove egli scrive: "In un argomento così complesso ed oscuro, qual è la vita sana e, ch'è più, la vita malata, servono di più pochi ma precisi ed esatti concetti, che una farragine d'idee false e sconnesse, che il volgo può anche battezzare per sapienza" (p. XV). La "vita", questa parola ripetuta due volte. Non termini come "salute" o "malattia", ma "vita sana" e "vita mala-

ta". È alla vita che egli pensa, alla sua vita, a quella dei suoi figli, ora lontani da lui: Linda a Roma, dopo la grazia chiesta da Baccelli al Re. Tullio fuori dal carcere da soli quattro anni, ma poco presente nella vita del padre. Ed eccolo allora unire in uno stesso titolo qualcosa che gli è familiare, la nosologia, con qualcosa per lui quasi estranea, la psicologia. Già dalle prime pagine del libro ritroviamo il Murri che conosciamo: ragionatore, critico, demolitore. Non nega certo l'esistenza dell'umana sofferenza, ma quando essa, in qualche modo, prende forma di malattia e diviene quindi di interesse nosologico, allora egli non può accettare quelle due parole latine, *sine materia*, che per lui altro non sono se non una sfida: ciò di cui oggi noi non troviamo traccia sotto forma di lesione anatomica, apparirà domani ad altri studiosi che con più fini indagini sveleranno il mistero. Scrive: "Non è chi non vegga che il giudizio di psiconevrosi sine materia è illogico, perché equipara il nostro ignorare un'alterazione materiale del cervello colla inesistenza di essa" (p.24). La sua obiezione è rivolta allo psicoanalista



Scena del film "Fatti di gente perbene" con Giancarlo Giannini nella parte di Tullio Murri e Catherine Deneuve in Linda Murri

e futuro biografo di Freud, Ernest Jones, il quale a proposito di psiconevrosi aveva scritto che esse differiscono radicalmente dalle malattie ordinarie (p.21). No! Questo Murri non può proprio accettarlo: le malattie sono tali in quanto hanno cause e lesioni anatomiche che se pure ancora sfuggono, devono esistere.

E allora bisogna prendere di petto il problema fondamentale: “la psiche”. Come possiamo concepirla? “Ci sono patologi che parlano di essa quasi fosse un’energia immateriale, capace d’influire sui fenomeni psichici e nervosi, non già il prodotto della costituzione materiale del sistema nervoso” (pp. 24-25). E qui si affaccia, il “nemico” tante volte combattuto, lo “spettro”, tante volte esorcizzato: la “forza vitale”. Si trattava, di orientamenti spiritualistico-creazionistici opposti a quelli che Murri aveva di una scienza capace di spiegare i fenomeni naturali attraverso la scoperta di leggi naturali, se non oggi completamente, almeno in un domani più o meno prossimo.

Quanto poi a quei fenomeni “speciali” che vengono designati come psichici Murri scrive: “noi concludiamo che quei



Abitazione di Murri a Bologna

fenomeni psichici, che sono unici in tutta la natura e che non hanno altra causa dimostrabile, sono collegati a questa unica costruzione cerebrale. Noi non spieghiamo punto. Osserviamo una costante relazione di fatti e ne inferiamo la loro attinenza causale” (p.28). Dunque i fenomeni psichici hanno come substrato materiale il cervello cui sono collegati da una “costante relazione”.

La posizione filosofica di Murri ci appare qui come chiaramente materialista e insieme permeata da un fondo di scetticismo, già formidabilmente espresso da Du Bois Reymond nella sua conferenza del 1872 con il famoso *Ignorabimus*. Ma, per quanto possano tentarle le questioni filosofiche, Murri, da medico, quale mai dimentica di essere, finisce sempre per tornare al malato e alle malattie, a quel mondo della patologia che è il suo mondo e verso il quale ha rivolto attenzione e lotte per tutta una vita. E allora chiarisce ancor meglio il suo pensiero, scrivendo: “C’è un punto nel quale un dissenso non è possibile ed è nel riconoscere la grande importanza dell’investigazione psicologica e dei frutti ch’essa ha già dato: ma c’è anche un punto nel quale l’accordo non è più possibile ed è nel ritenere che lo studio e la cura della psiche sian tutto e che lo studio e la cura del sistema nervoso siano poco più di nulla” (p.129).

Dunque Murri non vuole screditare “l’investigazione psicologica” e con essa la psicoanalisi. Ma per “salvarla” si rifugia

in un “territorio di confine” e scrive: “I trionfi maggiori della psicoanalisi si ritrovano nella storia dell’Isterismo. Non era sfuggito mai agli osservatori diligenti che le isteriche avessero proprietà psichiche diverse dalle comuni, ma certo molti fatti che l’analisi moderna ha messo in luce erano rimasti ignoti ad essi, che non sapevano ancora approfondire l’indagine nell’incosciente” (p.130). Affermazioni rilevanti perché riguardano la



Arresto dell’Avv. Tullio Murri alla stazione di Ala

capacità conoscitiva della psicoanalisi, e soprattutto il riconoscimento dell’esistenza di una psiche inconscia. Ma subito dopo il pendolo oscilla in direzione opposta: non è accettabile una psicogenesi della malattia perché gli elementi sepolti nell’incosciente e perciò ignoti non costituiscono la patogenesi della malattia. “Dietro ai fenomeni psicologici che l’analisi più profonda ha messo in luce, resta pur sempre da svelare perché quei fenomeni si osservano nelle isteriche e non s’osservano nelle non isteriche. Rovistando in strati sempre più profondi dell’incosciente il Freud giunse a scoprire che la psiche isterica è preceduta da traumi psichici d’indole sessuale, che s’avverano nei primissimi anni di vita. Ma come tali traumi determineranno la neurosi non si sa. Sono essi forse esclusivi dei bambini che saranno isterici? Se sì, sarebbe necessario dirci in che differivano questi bambini da quelli che non diventeranno isterici” (p.130). Quando si parla di “causa” delle malattie Murri sembra

davvero incontentabile: sembra quasi che il suo concetto di “causalità” si identifichi con quello di causalità meccanica. Ritorniamo su questo punto, ma qui vogliamo ancora citare una breve affermazione che ci sembra cruciale per illuminare il pensiero del Nostro su questa questione: “Un medico non psicologo [...] non può considerare i fenomeni psichici come causa della malattia, ma come sintomi di essa” (p. 133). Proseguendo nella sua indagine Murri riassume il pensiero di Freud. In realtà egli si rifà fondamentalmente al primo Freud, quello del metodo “cattartico”, che successivamente lascerà il posto alla psicoanalisi, ma in cui sono già presenti termini fondamentali come “complesso”, “affetto”, “conflicto” e soprattutto, “conversione”, cioè la trasformazione di uno stato psichico in uno stato fisico, che Murri ritiene come il punto “più essenziale di tutto l’edificio di Freud” (p.136). E poi, forzandone non poco il pensiero, afferma che: “Quantunque la dottrina di Freud sia basata sull’osservazione psicologica attuata con l’analisi psichica e coll’interpretazione del sogno, essa però si riavvicina alla patologia comune più del-

la concezione vaga di una malattia mentale perché ammette una costituzione sessuale all’origine dell’isterismo” (p.140). Vi è qui l’accettazione dell’importanza della sessualità nella genesi della malattia, importanza che Murri ribadirà poco più avanti (p.142); ma vi è anche la valorizzazione di una terminologia come “costituzione sessuale” che Freud non adopererà più dopo il 1905. In quell’anno egli pubblica un lavoro importante in cui sostiene la rilevanza della “diversità innata delle costituzioni sessuali” presentata, tuttavia, come un elemento non decisivo. Quella di Murri non è una posizione che rifiuta la psicogenesi delle neurosi: ciò che egli sostiene è che la psicogenesi non basta da sola. Scrive a p.150: “Uno studio limitato solo ai fenomeni psichici vale per la Psicologia, non basta per la Medicina” e, poco più avanti, a p. 152, citando il suo “illustre amico”, professor Sante De Sanctis, titolare della cattedra di psicologia sperimentale nell’Università di Roma: “Quando di una malattia psicogena si dà un’interpretazione psichica, non se n’esclude perciò l’interpretazione fisiologica”.

Certo, prosegue Murri, l’eredità o il sesso non spiegano l’isterismo, ma anche la psicoanalisi, se pure indagando gli “istinti sessuali e le predisposizioni nervose” si è avvicinata di più alla causa di questa malattia, non l’ha tuttavia scoperta (p.158). E poi la difficoltà di comprendere come un “complesso represso diventa capace di effetti somatici” (p.183-184); ma soprattutto la considerazione che “se si pensa che tutto quest’edificio di parole e di similitudini ha per base di fatto soltanto la scoperta dei ricordi sessuali infantili nel cervello degli isterici adulti, bisogna convenire che la base dell’edificio non basta a sostenerlo” (p. 185). La conclusione è che: “la costruzione psicologica elevata dal Freud sopra alcuni fatti della patologia della psiconevrosi non può accogliersi come tanto solida da meritare che i medici la considerino quale prova che le psiconevrosi non sono malattie corporee, come tutte le altre” (p.186).

Infine, con uno squarcio di luce che anticipa un modo diverso di concepire la psicoanalisi, egli la definisce come “un’eccellente fonte d’indagini semiologiche, non una dottrina che abbia sconvolto le basi della patogenesi delle psiconevrosi” (pp. 197-198).

Concediamoci ora qualche parola di commento, prima di cercare di trarre alcune conclusioni generali.

Come concepiva Murri la causalità? Perché egli ritiene che la scoperta di un trauma psichico come antecedente necessario di una psiconevrosi non possa avere valore di causa? Causa magari di per sé insufficiente ma pur sempre elemento scatenante. Non vi è da parte dell'autore un chiarimento esplicito su questo punto, ma se consideriamo il suo scritto nella temperie filosofica in cui è immerso, quella del positivismo, possiamo, senza fare un passo troppo audace, supporre che egli identifichi la causalità con la causalità meccanica. E allora comprendere il passaggio tra contenuti psichici e manifestazioni somatiche dell'isterismo di conversione diviene per lui impossibile. D'altra parte lo stesso Freud già nel 1909 aveva parlato in maniera problematica di quel "salto dallo psichico all'innervazione somatica - la conversione isterica - di cui non riusciamo mai a farci un concetto" e nel 1917 dell' "enigmatico salto dallo psichico al somatico".

La "psiche" di allora non era però quella delle moderne impostazioni che concepiscono le funzioni psichiche più elevate (la coscienza di sé) come legate alla "emergenza di facoltà semantiche e in definitiva dal linguaggio" (Edelman e Tononi) e che rispetto al cervello è semplicemente la medesima cosa studiata con altri mezzi, che cancella la necessità di qualsivoglia "salto dalla mente al corpo". Infine, qualche parola conclusiva. Nei confronti della psicoanalisi Murri ebbe sicuramente alcuni meriti. Anzitutto quello di averla considerata come un insieme di osservazioni e di concezioni che avevano dignità scientifica e andavano studiate. In secondo luogo di averne accettato due aspetti fondamentali: la realtà dell'inconscio; l'importanza della sessualità.

Murri, in conclusione, unico tra i clinici medici italiani, si documentò, considerò la psicoanalisi come un insieme di osservazioni e di opinioni degni di attenzione, ne criticò con franchezza e sino in fondo quanto gli sembrava inaccettabile. Fece la sua parte: accolse ciò che la sua formazione gli consentiva di comprendere e respinse il resto.

Lettere a Cuore e Salute

DOMANDA

Iphone e defibrillatori

Ho sentito dire che il nuovo modello di iphone può alterare il funzionamento dei defibrillatori impiantabili e che pertanto è da evitare nei pazienti che sono portatori di tali dispositivi. È vero o è l'ennesimo fronte aperto nella battaglia commerciale tra produttori?

Claudio C., Palermo

RISPOSTA

Gentile Sig. Claudio, effettivamente uno studio pubblicato ad inizio anno sulla prestigiosa rivista *Heart Rhythm* dimostrava che il nuovo modello della Apple, l'iphone 12, dotato di un magnete più potente di quello montato nei modelli precedenti, era in grado di disattivare le funzioni antitachicardiche di un defibrillatore quando era posizionato nelle vicinanze del device. Lo stesso test eseguito con modelli antecedenti, quali ad esempio l'iphone 6 o l'AppleWatch non induceva, invece, effetti significativi. Tale segnalazione ha inevitabilmente acceso un intenso dibattito sull'argomento. Una parola di rassicurazione giunge però dalla FDA americana che per bocca di Jeff Shuren, il direttore del dipartimento che si occupa di tali problematiche, afferma che non ci sono al momento dati che dimostrino che i nuovi prodotti elettronici (cellulari, smartwatches), nonostante i loro potenti magneti, pongano un serio rischio ai portatori di dispositivi cardiaci impiantabili e che nessun evento avverso di questo tipo si è finora verificato.

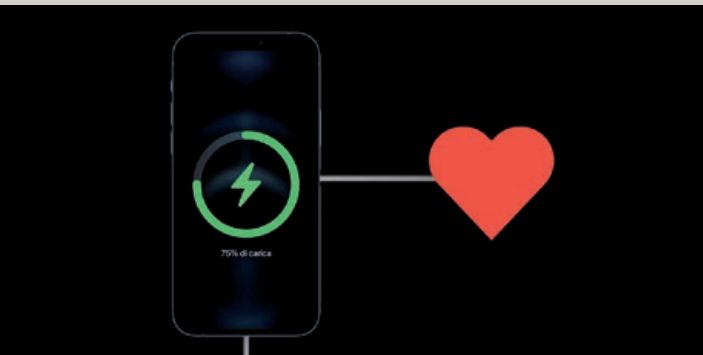
Teoricamente il rischio c'è, il dispositivo cardiaco che viene immerso in un campo magnetico di forza sufficiente può infatti andare incontro a malfunzioni, come l'autoriprogrammazione in modalità "magnet mode" (quella che si usa quando i pazienti debbono, ad esempio, essere sottoposti a risonanza magnetica), la disattivazione delle funzioni antitachicardiche dei defibrillatori, (che causa l'inibizione della capacità di riconoscere e trattare eventuali tachiaritmie) o, infine, il funzionamento in modalità asincrona dei pacemaker (modalità che è potenzialmente fonte di aritmie). Tutto questo però, nella realtà clinica, almeno secondo la FDA, non si è ancora mai verificato. La FDA, dice il suo direttore, continuerà comunque a monitorare i possibili effetti avversi legati alla combinazione di questi dispositivi elettronici progressivamente sempre più diffusi e potenti.

In ogni caso è importante che tutti i pazienti portatori di dispositivi cardiaci impiantabili siano consapevoli

del potenziale rischio e che mettano in atto quelle semplici misure adeguate a scongiurarlo. È infatti sufficiente mantenere una distanza di almeno 15 centimetri tra dispositivo cardiaco e telefono o orologio perché qualsiasi interferenza venga meno. Come sempre, quindi, il buon senso è la regola aurea. Evitare di tenere il telefono nella tasca sopra il device cardiaco e quando si usa il telefono tenerlo sempre all'orecchio controlaterale al dispositivo, sono, infatti, comportamenti in grado di evitare ogni rischio.

Cordiali saluti.

Filippo Stazi





di Angelo Mingrone

Morte improvvisa, valanghe e coni di sabbia

In un altro articolo ho accennato al fascino e, spesso, agli enigmi di fronte ai quali si trovano gli epidemiologi, gli scienziati, i medici, e, in generale, tutti coloro che si occupano di scienze umane e biologia.

La biologia e la medicina sono fonte di continue scoperte e sorprese, e frequentemente anche i clinici più avveduti e con grande esperienza non sanno dare delle risposte a molteplici grandi quesiti che si trovano ad affrontare. Per essere più chiari e rimanere su un argomento oggi assai sentito dalla gente comune, quello della pandemia da Coronavirus, bisogna dire che, pur essendo il trattamento dell'infezione assai migliorato rispetto agli esordi della malattia, esistono ancora delle incertezze riguardo a certe terapie, alle modalità e ai tempi di somministrazione.

Per esempio: i cortisonici sono realmente utili nelle fasi iniziali della malattia o vanno riservati solo alle fasi più avanzate, caratterizzate da grave insufficienza respiratoria? Gli anticorpi monoclonali sono realmente indispensabili e quando vanno somministrati? Sembra che le convinzioni degli scienziati e dei virologi oggi siano di segno opposto rispetto a quelle dei mesi scorsi quando la pandemia faceva molta più paura di adesso, e che, per esempio, gli anticorpi monoclonali siano più utili in fase pre-ospedaliera



che in fase di ricovero. Per i cortisonici vale il discorso opposto, e questi farmaci vanno riservati alle fasi avanzate della malattia, e quindi sarebbero in errore i medici che, anche quando curano eroicamente i pazienti a domicilio, sono convinti di far bene utilizzandoli sin dal primo momento anziché in ospedale ed in terapia intensiva. Il medico attento non può farsi suggestionare da quanto si racconta nelle trasmissioni televisive nel corso delle quali vengono messi in secondo piano studi clinici controllati e con ampie casistiche, rispetto ad esperienze personali meritevoli, ma non di pari valore scientifico.

Ma la cardiologia è il mio campo d'azione, e mi piace condividere con gli amici e gli eventuali lettori il fascino e l'interesse che certi argomenti hanno da sempre suscitato e suscitano ancora oggi. Per esempio nel campo dello scompenso cardiaco molti progressi sono stati fatti sul trattamento e oggi la prognosi di questa grave patologia è molto meno sfavorevole rispetto a qualche anno fa. Merito delle scoperte di nuove terapie che migliorano in modo sensibile e "statisticamente significativo" (per usare il linguaggio delle riviste scientifiche) la prognosi dei pazienti, che vivono più a lungo e meglio. Proprio ieri ascoltavo un interessantissimo webinar della Società Europea di Cardiologia nel corso del quale si parlava di L-VAD (left ventricular assistant device), cioè di sistemi di assistenza ventricolare sinistra, in pratica di cuore artificiale. Il progresso in questo campo è stato notevole, spinto dalla necessità di far fronte alla carenza dei donatori d'organo, un fenomeno che riguarda non solo l'Italia e l'Europa ma il mondo intero. In Italia e in Inghilterra lo scorso anno sono stati realizzati appena 200 interventi di trapianto cardiaco, mentre la "domanda" da parte di pazienti con scompenso "end stage", cioè terminale, è di gran lunga maggiore (mi verrebbe da dire come i vaccini anti-covid che dovrebbero essere di gran lunga di più di quelli che ci vengono forniti). E così in assenza di donatori sono stati messi a punto dei dispositivi di piccole dimensioni, specie di miniturbine che vengono ancorate alla punta del cuore e attraverso una cannula collegata con l'a-



Piermario Morosini

orta spingono un flusso continuo di sangue nel vaso arterioso più grande e da qui a tutti gli organi vitali. Il flusso è continuo e i soggetti a cui vengono impiantati questi dispositivi sono magicamente senza polso ma vivi. Non solo: essi possono sopravvivere anche a pericolosissime aritmie come la fibrillazione ventricolare, che se non trattata immediatamente è causa sicura di morte perché non consente il funzionamento della pompa cardiaca. Nei soggetti con cuore artificiale è comunque garantito dalla "turbina" un flusso di sangue dal cuore verso la periferia e i soggetti vivono a dispetto dell'aritmia. Ditemi voi se questo scenario nuovo ed insolito non suscita fascino e meraviglia. Nella primavera del 2020 è stato pubblicato un bellissimo

articolo sullo *European Heart Journal* sulla morte improvvisa nei soggetti scompensati, scritto da un grande cardiologo: Milton Packer, il quale si

ra sul campo di calcio e tenta invano di rialzarsi, il secondo invece muore improvvisamente in una stanza d'albergo dopo aver trascorso una serata allegra e spensierata in compagnia dei compagni di squadra. Ma la morte improvvisa non riguarda solo i calciatori. Ogni anno in Italia colpisce circa 60 mila persone e della stra-



Palazzo dei Congressi (FI)

è cimentato in modo acuto e brillante, come solo uno scienziato curioso ed intelligente può fare, su questo tema (*Eur Heart J* 20, 41, 1757-1763).

Come molti di voi sanno il fenomeno della Morte Improvvisa (MI), assurge periodicamente agli onori di cronaca in modo clamoroso ed eclatante quando coinvolge per esempio atleti di livello nazionale ed internazionale: pensiamo agli sfortunati calciatori Morosini e Astori: del primo molti di noi hanno ancora negli occhi le immagini del calciatore che stramazza a ter-

vò la vita al collega sfortunato e fortunato al tempo stesso. Ricordo ancora il titolo del giornale "La Nazione" del giorno dopo: "Colpito da infarto in mezzo a mille cardiologi, Salvo!" Ma la salvezza di quel collega dipese innanzitutto dal defibrillatore in assenza del quale temo che neanche 2000 cardiologi avrebbero potuto fare granché.

Dunque il fenomeno della morte improvvisa è assai più vasto di quanto molti pensano. E riguarda in modo significativo, anche se non esclusivo, i pazienti affetti da scompenso cardiaco. Naturalmente esistono patologie cardiache di altra natura, come per esempio le cosiddette malattie dei canali ionici nelle quali il meccanismo è completamente diverso e non riconducibile alla compromissione della funzione di pompa del cuore. Tornando ai pazienti scompensati, ci troviamo di fronte a soggetti che a causa di patologie gravi come l'infarto o la cardiopatia dilatativa, hanno cuori dilatati e dotati di scarsa forza contrattile. In cardiologia esiste un parametro: la Frazione d'Eiezione che, nonostante sia fonte di mol-

grande maggioranza di questi sfortunati la gente comune sa davvero poco o niente. Una diecina di anni fa mi trovavo insieme ad altri 1300 cardiologi al Palazzo dei Congressi di Firenze per partecipare ad uno dei congressi di cardiologia di rilievo nazionale più importanti. Accadde che, mentre un relatore dal podio parlava di non ricordo quale argomento, uno dei colleghi dalla poltrona in cui sedeva cadde a terra a causa di un improvviso arresto cardiaco. Uno dei cardiologi presenti corse nella hall del Palazzo dei Congressi a prendere un defibrillatore che sal-



te incertezze interpretative, stima in modo quantitativo la forza contrattile del miocardio. Se un paziente ha una bassa frazione di eiezione corre seriamente il rischio di morire di morte improvvisa. Ma, secondo Packer, il concetto e la definizione di MI (Morte Improvvisa) andrebbero rivisti, perché in definitiva ogni morte che avviene da un momento all'altro è improvvisa e riguarda soggetti che un momento prima di morire vivevano. Forse il concetto di MI andrebbe sostituito con quello di Morte Inaspettata, o per lo meno nella definizione di Morte Improvvisa andrebbe inserito il concetto di imprevedibilità dell'evento.

Se è vero infatti che molti soggetti affetti da scompenso e con ridotta performance cardiaca, cioè a bassa frazione di eiezione, corrono seriamente il rischio di morire improvvisamente, è pressoché impossibile prevedere quando un paziente andrà incontro a simile evento. Per contrastare il rischio di MI la medicina odierna ha a disposizione i defibrillatori, che sono una sorta di pacemaker più sofisticati in grado di riconoscere attraverso l'analisi del ritmo cardiaco la comparsa di pericolose aritmie e di interromperle sul nascere, salvando in tal modo la vita del paziente. Ma non sempre i defibrillatori entrano in azione, e non sempre lo fanno in modo proprio, talvolta alcuni pazienti vanno incontro a scariche cosiddette inappropriate, mentre altre volte capita che persino il defibrillatore non sia in grado di salvare il paziente, quando questi è ormai arrivato ad una fase terminale per cui avrebbe probabilmente bisogno più che di un defibrillatore di un cuore artificiale, "una turbina" del tipo già descritto, o di un trapianto.

Prevenire la Morte Improvvisa significa cercare di scavare a fondo nei meccanismi che ne sono la causa. Spesso essa coglie soggetti in condizioni cliniche stabili, senza nessun evento scatenante, quando nessuno se la immaginerebbe. In assenza di aritmie e di eventi ischemici, quali per esempio l'infarto acuto, che potrebbero giustificarlo. Che cosa dunque scatena un evento così inaspettato? Ed ecco che a far luce su questo enigma della medicina e della biologia interviene Milton Packer il quale pensa che,

là dove la biologia non è in grado di fornire risposte adeguate, possa intervenire la fisica teorica dando per lo meno una giustificazione a certi eventi altrimenti inspiegabili. Egli parte da alcuni esempi che riguardano fenomeni della natura a tutti noti come le valanghe o i coni di sabbia del deserto. Che cosa determina l'improvviso precipitare di una valanga di neve in montagna, quando, come sovente succede, nessuno si aspetterebbe un simile evento? Su una montagna può accumularsi neve su neve per molto tempo senza che niente apparentemente succeda. Poi un ultimo fatale fiocco è in grado di scatenare un evento drammatico ed impreveduto. Senza che si riesca a prevederlo. Allo stesso modo, nelle dune dei deserti, altrettanto belle e spettacolari, la sabbia si accumula fino ad un certo punto fino a quando succede che un ultimo granello



stro cuore essendo un organo in grado di adattarsi per molto tempo a insulti continui, quali l'ischemia e il sovraccarico emodinamico, modifica la sua conformazione, si dilata ma, grazie ai meccanismi endocrini che mette in atto, è in grado di far fronte a

renda l'equilibrio precario e la montagna di sabbia si dissolva. È opinione dei fisici che la valanga non crolli fin dal primo momento in quanto al suo interno si verificano dei fenomeni di adattamento che lo impediscono e lo stesso succede con le dune. Ma oltre un certo limite questi meccanismi di adattamento non reggono e basta un leggerissimo fiocco di neve o un minuscolo granello di sabbia, per far precipitare una situazione da tutti ritenuta stabile. Come la goccia che fa traboccare il vaso.

Tornando al cuore, anche esso va incontro a fenomeni degenerativi, i suoi tossici fiocchi di neve o granelli di sabbia, che sono la causa dello scompenso. Nel corso degli anni a causa delle varie patologie il cuore perde continuamente cellule cardiache, i miocardiociti, che vengono sostituiti da fibrosi e cicatrici. Il no-

tutte le insidie che lo investono. Poi arriva il momento in cui i meccanismi di adattamento non sono in grado di reggere oltre, e allora la situazione precipita e basta un piccolissimo insulto, un ultimo fiocco di neve, un minutissimo granello di sabbia, per precipitare un equilibrio solo apparentemente stabile. Se questo modello è valido, come sembra sia valido, cosa si può fare per contrastarlo? La risposta di Milton Packer è al tempo stesso semplice e ragionevole: mettere in atto tutti i meccanismi utili per contrastare gli insulti che quotidianamente il nostro cuore riceve. Impedire che i miocardiociti vengano danneggiati in modo irreparabile ed evitare che essi vengano sostituiti da cicatrici (in medicina fibrosi), causa di perdita di forza contrattile e fattori scatenanti pericolosissime aritmie. Ecco allora che bisogna attrezzarsi per prevenire i danni che alcune patologie come l'ipertensione arteriosa potrebbero determinare, curandola in modo ottimale e per tempo. Lo stesso discorso vale per altri fattori di rischio come il diabete e l'ipercolesterolemia, l'obesità e la sedentarietà. Il trattamento, non solo medico, ma fatto di alimentazione sana e di riduzione degli abusi, di attività fisica regolare, della giusta socialità, è altrettanto importante della sola terapia medica. Vivere in modo sano prevenendo e contrastando i fattori di rischio significherà, come già detto, vivere meglio e più a lungo. Se poi lo scompenso insorge ugualmente bisogna instaurare a dosaggi efficaci, quelli raccomandati dalle linee guida, la terapia ottimale, la sola in grado di aiutare il cuore a difendersi meglio, la sola in grado di impedire il continuo distruttivo accumularsi di innumerevoli pericolosi granelli di sabbia cardiaca tossica e di fiocchi di neve altrettanto distruttivi.

da "I QUIZ UNIVERSALI"

"Ma l'Ammore...che robb' è?"

di Cecco Gambizzato

All'amico cattedratico di biologia molecolare

'O mistero 'e l'Ammore

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

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

Ma l' Ammore...comm' è fatto?
Chi 'o produce ? Che robb' è?
S' adda potenzià l'olfatto
o 'o sguardo p' 'o vede'?

È 'na cosa naturale,
basta sulò bona 'a vista?
O è sovranaturale?
Nun se vede...eppure... esiste!

È 'na cosa che se palpa
fino a che nun se consuma,
o è 'na cosa che s'annusa
comm' foss'... 'nu profumo?

È 'nu suono che se sente
comm' 'a nota 'e 'na canzone,
o è 'na cosa che se gusta
comm' 'a crema 'e zabaione?

Fosse mai... 'na citochina? *
È 'na ghiandola, 'n' ormone?
Casomai..... 'n' encefalina
o 'n' ato gas int' 'o pulmone? **

Addò nasce? Int' 'o cerviello?
Certo 'a sotto d' 'a corteccia!
Si arragiona troppo, chillo,
nun 'a mena chella freccia;

o è 'o core 'o motore,
che produce st' energia,
senza manco 'nu rummore
e senza fa' 'n' economia?

Nun è certo l'intestino
che tenimmo dint' 'a panza,
poco nobile è 'o destino
poca, pure, è... l'eleganza.

Pure 'o fegato si dice
che produce tanto umore,
ma l' Ammore è assai 'nfelice
si d' 'a bile...tene 'o sapore.

Stesse dint' 'o pancreàs?
'n' ato enzima fannullone?
e int' 'o sanghe s'infilass'
pe' te fa' sagli' 'a passione? ***

Dint' 'o rene? o 'a coratella? ****
Ma 'o segreto addò è che sta?
Dint' 'a milza ? manco chella!
Stesse dint' ... 'o DNA?

Tutto chello che è pensato
s' adda sempe dimostrà;
quann' nasce 'nu scenziato
cu stu genio 'e ce pruvà?

Biologia molecolare,
nun te mèttere appaura,
c' 'o quesito universale
nun può fa' brutta figura.

Ce vulesse 'nu studioso
che tenesse 'a fantasia,
cu 'nu spirito curioso
p' arrivà...oltre 'a poesia.

Cecco Gambizzato, 2000

Successivamente i colleghi Ginecologi si sono lamentati perché, secondo loro, era stato trascurato l'apparato di loro pertinenza: "dove vuoi che sia l'amore se non negli organi sessuali, al di sotto della cinghia?"; e non è difficile intuire che, a catena, si sono fatti vivi gli specialisti di quegli organi che non erano stati menzionati (Ematologi, Dermatologi, Otorinolaringoiatri, Oculisti, Dentisti, Ortopedici, Laboratoristi, etc..) per cui il Gambizzato è stato costretto ad aggiungere nuove strofe per completare quella che è diventata una vera e propria lezione di diagnostica differenziale, secondo la classica metodologia clinica dei Maestri di Clinica Medica.

Nun po' sta'... 'a sotto 'a cinta,
fosse troppo materiale,
llà se resta sulo incinta!
Nooo...l'Ammore... è spirituale

chill' Amore malandrino,
chiuso dint' a 'na papilla,
e pò fa' cagna' 'o destino
si se gonfia... 'na tonsilla.

e neppure int' 'a vescica
'ncopp' 'a prostata in carrozza,
pure si l'idea è antica,
a me pare troppo rozza;

Certo 'a recchia, 'o naso, 'a gola,
l'unghia, 'o callo, 'o dente, 'a vista,
nu sospiro, 'na parola...;
e ccà... interviene l'Oculista:

e nemmeno sta int' 'o seno,
addò nasce 'o cibo eterno;
nun ne puó fa' certo ...a meno,
ma l'Ammore, llà,...è materno.

"Stesse Ammore int' 'a pupilla?
E si 'a guard' dint' a l'uocchie,
nu riflesso, 'na scintilla...
e te fa piegà ...'e ginocchie?"

Certo 'o sangue si ribella
si 'a tuocc' 'ncopp' 'a vita;
fosse Ammore..... che ribolle
dint' a ogni eritrocita?

E allora 'o Farmacista,
che pur'è 'na mente ricca,
s'intromette: ... "non insisto,
fosse, tutto,... na pasticca?"

o è colpa 'e nu capillo,
che svolazza dint' 'o cielo
e te fa scatta' 'a scintilla
se si scontra con un pelo?

Ma, si l'Ammore è onnipresente,
'ncielo, 'nterra e in ogni luogo,
se 'nfiltrasse dint' 'a mente
pe te fa appiccia' 'o fuoco?

E quasi a termine d' 'a vita,
me ricorda..... chella vecchia:
"nun so' ancora rimbambita,
t' ha' scurdato pure 'a recchia

E, pazziann' a nascondino,
certo po' ...ce trova sfizio.
Ce vulesse ... 'n 'indovino!
Stesse dint' ...all' interstizio?"

e l' Ammore, alla mia età,
nun è vero che se scorda,
Isso chiamma, in realtà,
ma ormai...so' troppo sorda

Ed a questo punto il Gambizzato pensava di aver finalmente terminato, avendo accontentato proprio tutti, ma non era così. Mancava ancora qualcuno all' appello, cioè gli Ortopedici:

e si basta 'na parola
pe' squaglia' 'nu core tuosto,
manda chella lengua 'a scola
pecchè forse llà è riposto

So' rimaste sulo l'ossa!
Si l'Ammore stesse llà,
ce 'o purtammo dint' 'a fossa
pecchè vvò ...ll'Eternità?

Cecco Gambizzato, 2000

Gli ultimi versi richiamano, ancora una volta, al mistero del trascendente ed al senso metafisico dell' Amore, della Vita e della Morte, racchiuse in un unicum indecifrabile ed indefinibile.

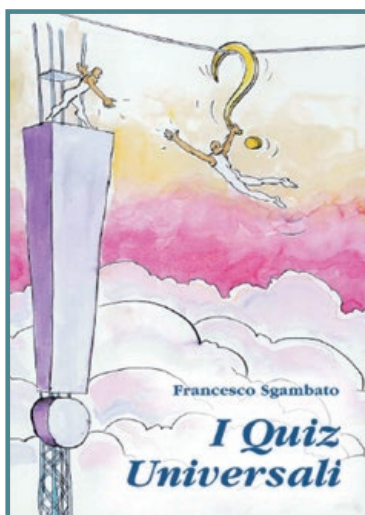
E sovviene una riflessione del grande psicanalista Carl Gustav Jung (1875 - 1961), che, in epoca giovanile, il Gambizzato aveva avuto la fortuna di leggere in uno dei suoi libri:

“Essendo una parte, l' uomo non può intendere il tutto. È alla sua mercè... L' uomo può cercare di dare un nome all' amore, attribuendogli tutti quelli che ha a disposizione, ma sarà sempre vittima di infinite illusioni. Se egli possiede un granello di saggezza, deporrà le armi e chiamerà l' ignoto con il più ignoto, “ignotum per ignotius”, cioè con il nome di Dio. Sarà una confessione di imperfezione, di dipendenza, di sottomissione, ma, al tempo stesso, una testimonianza della sua libertà di scelta tra la verità e l' errore”. (C. G. Jung, Ricordi, sogni, riflessioni, 1961)

“Ubi charitas et amor, Deus ibi est”

“Dov' è Carità e Amore, lì è Dio”

(Inno Gregoriano)



L'Uomo contemporaneo trapezista sospeso nel vuoto, aggrappato alla vita con tutti i suoi dubbi esistenziali (eterni punti interrogativi), tenta disperatamente di raggiungere il suo punto esclamativo.

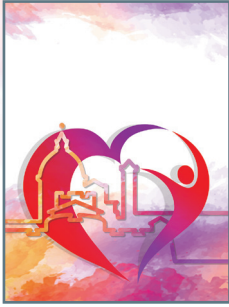
Note

* Nel qual caso si chiamerebbe “Amorina”

** Nel qual caso si chiamerebbe “Anidride Cupidica”

*** Nel qual caso si chiamerebbe “Amalasi”

**** Coratella = l'insieme delle interiora dell'abbacchio che vanno dalla trachea ai polmoni, insieme al cuore, al fegato, alla milza, all'intestino, ecc.



CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2021

Programma definitivo

XXXVIII Congresso di Cardiologia
del Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus
Firenze, Fortezza da Basso, 7-8-9-10 ottobre 2021

Coordinamento: Francesco Prati

GIOVEDÌ 7 OTTOBRE

I Sessione

Moderatori: Giuseppe Musumeci, *Torino*
Angela Beatrice Scardovi, *Roma*

15.00 **La fibrillazione atriale nell'insufficienza renale di grado avanzato: esistono soluzioni alternative al warfarin- dicumarolo?**

Roberta Rossini, *Cuneo*

15.15 **Statine ed età. Esiste un limite oltre il quale non andare in prevenzione primaria?**

Gian Piero Perna, *Ancona*

15.30 **La denervazione delle arterie renali: dal trattamento dell'ipertensione resistente alla cura della FA**

Francesco Versaci, *Latina*

15.45 **Discussione**

**16.05 - 16.35 LECTURE
DIAGNOSIS AND TREATMENT OF AMYLOIDOSIS**

Arnaud Jaccard, *Limoges - Francia*
Introduzione di Eloisa Arbustini, *Pavia*

16.35 **Intervallo**

II Sessione

Moderatori: Carlo Di Mario, *Firenze*
Italo Porto, *Genova*

16.55 **Quando il PFO fa paura: caratteristiche anatomiche e funzionali di alto rischio di ICTUS**

Marco Zimarino, *Chieti*

17.10 **Come ridurre le complicanze della TAVI: trombosi, ICTUS, endocardite, declino cognitivo**

Francesco Saia, *Bologna*

17.25 **Prevenzione della disfunzione ventricolare sinistra da chemioterapici**

Irma Bisceglia, *Roma*

17.40 **Discussione**

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

Moderatori: Piera Capranzano, *Catania*
Elisabetta Ricottini, *Roma*

1. Tutto appare come sarebbe se fosse quello che non è
Vanda Parisi, *Bologna*

2. Chi lascia la vecchia via per la nuova non sempre peggio si trova

Enrico Guido Spinoni, *Novara*

3. Quando la diagnosi di una cardiopatia diventa virale
Marco Triggiani, *Gavardo - BS*

4. Joint session: quando specialisti e devices si incontrano
Giulia Guglielmi, *Genova*

VENERDÌ 8 OTTOBRE

III Sessione

Moderatori: Giancarlo Piovaccari, *Rimini*
Corrado Tamburino, *Catania*

8.45 **Malfunzionamento di protesi biologica in sede aortica o mitralica: soluzioni chirurgiche o percutanee**
Ottavio Alfieri, *Milano*

9.00 **Riflessioni dopo lo studio Twilight: una nuova era in prevenzione secondaria senza ASA?**
Davide Capodanno, *Catania*

9.15 **Il prolasso valvolare mitralico con aritmie ventricolari: una prognosi peggiore?**
Giuseppe Di Pasquale, *Bologna*

9.30 **I sistemi di assistenza ventricolari impiantabili (VAD) come Bridge al trapianto o come "Destination Therapy"**
Massimo Massetti, *Roma*

9.45 **Discussione**

IV Sessione

Moderatori: Niccolò Marchionni, *Firenze*
Massimo Volpe, *Roma*

10.15 **Presente e futuro del rischio coronarico**
Francesco Prati, *Roma*

10.30 **L'ISCHEMIA trial. Terapia medica ottimale contro PTCA nel paziente stabile: the endless story**
Claudio Cavallini, *Perugia*

10.45 **Quanto è efficace la crioablazione nel trattamento della fibrillazione atriale?**
Riccardo Cappato, *Sesto San Giovanni - MI*

VENERDÌ 8 OTTOBRE

11.00 **Funziona il sacubitril-valsartan nell'infarto miocardico acuto? Lo studio PARADISE-MI**
Laura Gatto, *Roma*

11.15 **Discussione**

11.45 **Intervallo**

12.10 - 12.40 **LECTURE**
DIAGNOSIS AND PREVENTION OF PLAQUE EROSION (MINOCA?)

Fernando Alfonso, *Madrid - Spagna*
Introduzione di Francesco Prati, *Roma*

12.40 - 13.10 **LETTURA**
RIDUZIONE DEI LIPIDI NEL PAZIENTE CARDIOISCHEMICO: I POSSIBILI PERCORSI E LE CORRETTE TEMPISTICHE

Rossella Marcucci, *Firenze*
Introduzione di Francesco Prati, *Roma*

12.45 - 14.15 **Luncheon Panel**
DAL BAMBINO ALL'ANZIANO, LE CONFERME DI SICUREZZA DI RIVAROXABAN

Moderatori: Pasquale Caldarola, *Bari*
Stefano Urbinati, *Bologna*

12.45 **Paziente con FA e comorbidità**
Leonardo De Luca, *Roma*

13.15 **Paziente con aterosclerosi (CAD /PAD)**
Marco De Carlo, *Pisa*

13.45 **Popolazioni speciali con TEV**
Raffaele Pesavento, *Montebelluna - TV*

14.00 **Discussione**

13.10 - 13.40 **LETTURA**
NUOVE TERAPIE ORALI DI ASSOCIAZIONE PER IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE DISLIPIDEMICO AD ALTO RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Claudio Bilato, *Arzignano - VI*
Introduzione di Francesco Prati, *Roma*

13.40 - 14.10 **LETTURA**
GLI SGLT2i COME NUOVO APPROCCIO ALLO SCOMPENSO CARDIACO: DAI TRIAL CLINICI ALL'ALGORITMO TERAPEUTICO

Massimo Iacoviello, *Bari*
Introduzione di Francesco Prati, *Roma*

14.10 - 14.40 **LETTURA**
IL CONTINUUM "CARDIOMETABOLICO" NEL DIABETE MELLITO TIPO 2: OPPORTUNITA' ATTUALI E PROSPETTIVE FUTURE CON GLP-1 Ras

Pasquale Perrone Filardi, *Napoli*
Introduzione di Massimo Volpe, *Roma*

SIMPOSIO
COVID-19 e CUORE

Moderatori: Eloisa Arbustini, *Pavia*
Rosanna Pes, *Olbia*

14.40 **Long COVID: danni a lungo termine?**
Eloisa Arbustini, *Pavia*

14.55 **Coagulopatia e COVID-19**
Luca Lorini, *Bergamo*

15.10 **Esistono le complicanze cardiovascolari dei vaccini?**
Francesco Violi, *Roma*

15.25 **Discussione**

16.00 **Intervallo**

V Sessione

Moderatori: Maria Grazia Modena, *Modena*
Elisabetta Varani, *Ravenna*

16.20 **Correlazione tra fattori di rischio e declino cognitivo**
Giovambattista Desideri, *L'Aquila*

16.35 **Trattamento della stenosi carotidea: chirurgia e stent a confronto**
Rocco Giudice, *Roma*

16.50 **Stenosi aortica a gradiente moderato: diagnosi, prognosi e terapia**
Vittoria Rizzello, *Roma*

17.05 **Discussione**

17.30 - 18.30 **CASI CLINICI**
E VOI COSA FARESTE?

Moderatori: Filippo Brandimarte, *Roma*
Gian Franco Pasini, *Gavardo - BS*

1. Arresto cardiaco in aula
Chiara Chiti, *Bologna*

2. Non tutto il male vien per nuocere
Sabrin Abboud, *Milano*

3. A chi batte forte si aprono le porte, occasioni mancate?
Maria Grazia De Gregorio, *Firenze*

4. Un caso particolare di dolore toracico: il colpevole che non ti aspetti
Matteo Scalfani, *Roma*

SABATO 9 OTTOBRE

8.15 - 8.45 **LETTURA**

ASA NEL DIABETICO IN PREVENZIONE PRIMARIA: L'ORA DELLA BUONA PRATICA CLINICA

Massimo Volpe, *Roma*

Introduzione di Francesco Prati, *Roma*

VI Sessione

Moderatori: Filippo Crea, *Roma*
Alfredo Ruggero Galassi, *Palermo*

8.45 **Revival di una valvola dimenticata: uso della clip percutanea nel trattamento dell'insufficienza della tricuspide**

Antonio Bartorelli, *Milano*

9.00 **Sorprese in cardiologia: efficacia delle glicozine nello scompenso cardiaco anche in assenza di diabete**

Claudio Borghi, *Bologna*

9.15 **Nuovi spunti dallo studio MESA: aumento della troponina HS come fattore di rischio cardiovascolare**

Raffaele De Caterina, *Pisa*

9.30 **L'attività fisica fa sempre bene? The physical activity paradox**

Pier Luigi Temporelli, *Veruno - NO*

9.45 **Discussione**

VII Sessione

Moderatori: Francesco Bovenzi, *Lucca*
Alessandro Distanti, *Mesagne - BR*

10.15 **Nuovi players nel trattamento dell'ipercolesterolemia: acido bempedoico ed inclisiran**

Alberto Corsini, *Milano*

10.30 **Amiloidosi da transtiretina nella stenosi aortica: implicazioni cliniche e terapeutiche**

Claudio Rapezzi, *Ferrara*

10.45 **Processo alla metodologia di ricerca clinica: cosa sta cambiando con il COVID-19?**

Luigi Tavazzi, *Cotignola - RA*

11.00 **Ablazione della fibrillazione ventricolare nelle cardiomiopatie e storm aritmico**

Carlo Pappone, *San Donato Milanese - MI*

11.15 **Discussione**

11.45 **Intervallo**

12.10 - 12.40 **LETTURA**
QUARANT'ANNI DI ANGIOPLASTICA CORONARICA

Antonio Colombo, *Milano*

Introduzione di Francesco Prati, *Roma*

12.40 - 13.10 **LETTURA**

LA RIDUZIONE PRECOCE DEL RISCHIO E (E') LA RIDUZIONE PRECOCE DEL COLESTEROLO

Giuseppe Patti, *Novara*

Introduzione di Francesco Prati, *Roma*

12.45 - 13.15 **LUNCHEON LECTURE**

I VANTAGGI DELLE COMBINAZIONI A DOSAGGIO FISSO (FDC) NEL PAZIENTE CON SINDROME METABOLICA-UNMET NEEDS E OBIETTIVI TERAPEUTICI NON SODDISFATTI: QUALI ALTERNATIVE?

Furio Colivicchi, *Roma*

Introduzione di Massimo Volpe, *Roma*

12.45 - 13.15 **LUNCHEON LECTURE**

I TRIGLICERIDI E IL DANNO RENALE: NUOVE EVIDENZE DAL TG-REAL STUDY

Roberto Pontremoli, *Genova*

Introduzione di Claudio Borghi, *Bologna*

13.10 - 13.25 **LETTURA**

LA TERAPIA DI MODULAZIONE DELLA CONTRATTILITÀ CARDIACA (CCM) NEL PERCORSO DI TRATTAMENTO DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO

Gianfranco Sinagra, *Trieste*

13.25 - 13.40 **LETTURA**

MALATTIA DELLA MITRALE TRICUSPIDE: NUOVE SOLUZIONI INTERVENTISTICHE

Antonio Colombo, *Milano*

13.40 - 14.40 **SIMPOSIO**

FIBRILLAZIONE ATRIALE E NUOVI ANTICOAGULANTI ORALI (NOAC): APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE - GLI ESPERTI RISPONDONO

Moderatori: Giovambattista Desideri, *L'Aquila*
Luciano Onder, *Roma*

13.40 **La gestione dei NOAC nei pazienti anziani**

Il punto di vista del cardiologo - Vincenzo Russo, *Napoli*

Il punto di vista del geriatra - Stefano Fumagalli, *Firenze*

13.55 **FA e insufficienza renale: quale NOAC scegliere?**

Il punto di vista del cardiologo - Mario Bo, *Torino*

Il punto di vista del nefrologo - Luca Di Lullo, *Colleferro RM*

14.10 **I NOAC nei pazienti ad alto rischio di sanguinamenti gastrointestinali**

Il punto di vista dell'internista - Giovambattista Desideri, *L'Aquila*

Il punto di vista del gastroenterologo - Franco Radaelli, *Como*

14.25 **Discussione**

SABATO 9 OTTOBRE

VIII Sessione

Moderatori: Francesco Grigioni, *Roma*
Alberto Menozzi, *La Spezia*

14.40 **Certezze che crollano: i betabloccanti non peggiorano la broncopneumopatia cronica ostruttiva**
Paolo Verdecchia, *Perugia*

14.55 **La pericardite ricorrente fa meno paura. Le nuove soluzioni terapeutiche**
Claudio Ferri, *L'Aquila*

15.10 **Impiego degli inibitori PCSK9 nel trattamento dell'ipercolesterolemia familiare**
Alberto Zambon, *Padova*

15.25 **Angioplastica primaria tardiva (oltre le 12 ore): siamo certi vada evitata?**
Leonardo Bolognese, *Arezzo*

15.40 **Discussione**

IX Sessione

Moderatori: Gianni Casella, *Bologna*
Stefano Savonitto, *Lecco*

16.20 **Prevenzione degli eventi ischemici nei soggetti con arteriopatia polidistrettuale**
Giuseppe Patti, *Novara*

16.35 **La terapia antinfiammatoria nella cardiopatia ischemica: dal canakinumab alla colchicina**
Felicità Andreotti, *Roma*

16.50 **Nuovi scenari di prevenzione: il rischio poligenico**
Alessandro Boccanelli, *Roma*

17.05 **Discussione**

17.30 - 18.30

Moderated Poster (non accreditata ai fini ECM)

THE YOUNG AND THE MASTER TOGETHER

Presenters and our distinguished faculty

DOMENICA 10 OTTOBRE

X Sessione

Moderatori: Nazzareno Galiè, *Bologna*
Maria Teresa Mallus, *Roma*

9.30 **L'attivatore della miosina: un altro passo in avanti nella terapia dello scompenso?**
Michele Senni, *Bergamo*

9.45 **Impatto clinico della fibrosi miocardica nella stenosi aortica severa**
Gianfranco Sinagra, *Trieste*

10.00 **Back to the future. L'impiego del pallone medicato (DEB) al posto dello stent**
Bernardo Cortese, *Paderno Dugnano - MI*

10.15 **Stratificazione del rischio nelle cardiomiopatie (dilatativa, ipertrofica e displasia aritmogena) mediante RMN**
Gianluca Pontone, *Milano*

10.30 **L'ablazione della tachicardia ventricolare**
Stefano Bianchi, *Roma*

10.45 **Si ripropone il pacemaker senza fili (wireless); dall'elettrostimolazione alla sincronizzazione**
Filippo Stazi, *Roma*

11.00 **Discussione**

MINI CORSI

VENERDÌ 8 OTTOBRE

9.00 - 10.30 **Ecocardiografia: conosciamo il Longitudinal Strain**
Matteo Cameli, *Siena*

11.00 - 12.30 **Supporti meccanici nello scompenso avanzato**
Massimo Massetti, *Roma*

14.30 - 16.00 **La denervazione renale: indicazioni, risultati e risvolti tecnici**
Francesco Versaci, *Latina*

16.30 - 18.00 **Risonanza magnetica in cardiologia**
Gianluca Pontone, *Milano*

SABATO 9 OTTOBRE

9.00 - 10.30 **Tavi e Mitraclip**
Carmelo Sgroi, *Catania*

11.00 - 12.30 **Impiego dell'ecografia transesofagea**
Maria Teresa Mallus, *Roma*
Vittoria Rizzello, *Roma*

14.30 - 16.00 **Trattamento dell'ipercolesterolemia**
Alberto Corsini, *Milano*

16.30 - 18.00 **Risonanza magnetica in cardiologia**
Gianluca Pontone, *Milano*

aforismi

Non ho mai adorato nessuno all'infuori di me stesso.

> *Oscar Wilde*

L'avvenire è dei giovani, certo. Ma a condizione che invecchino.

> *Pierre Lièvre*

L'essenziale per vivere e per essere ottimista, sta nell'essere abbastanza scemo da credere che il meglio debba ancora venire.

> *Peter Ustinov*

Un segreto del mio successo con le donne? Tratto le cameriere come duchesse e le duchesse come cameriere.

> *Lord Brummel*

Il cervello è un organo straordinario. Comincia a lavorare dal momento in cui ti svegli la mattina e non smette fino a quando entri in ufficio.

> *Robert Frost*

Il successo è l'abilità di passare da un fallimento all'altro senza perdere l'entusiasmo.

> *Winston Churchill*

Interpretare le battute di spirito è come mettere dei ferri da cavallo alle farfalle.

> *M. Kessel*

L'approvazione degli altri è uno stimolo del quale talvolta è bene diffidare.

> *Paul Cézanne*

Non so dire in verità se la situazione sarà migliore quando cambierà, posso dire che deve cambiare se si vuole che sia migliore.

> *George Christoph Lichtenberg*

La difficoltà più ardua è cercare di diventare quello che crediamo di essere.

> *Dina Vettore Tanziani*

Il gentleman è un signore che ricorda quando sua moglie compie gli anni ma ignora quanti ne compia.

> *Pitigrilli*

Si nasce e si muore soli. Certo che in mezzo c'è un bel traffico.

> *Paolo Conte*

Dio fece la mosca, poi si è dimenticato di dirci il perché.

> *O. Nash*

Quelli che si lamentano di più sono quelli che soffrono di meno.

> *Tacito*

Le vie del Signore sono infinite ma la segnaletica lascia a desiderare.

> *R.C. Somaglia*

La prima prova del buonsenso è nel non pretendere di risolvere tutto col buonsenso.

> *Ugo Bernasconi*

La stima si consuma, come l'amore.

> *Luc de Clapiers*

Ci sono due tipi di cerotti: quelli che non attaccano e quelli che non vengono più via.

> *Arthur Bloch*

Sono indecisa per il futuro di mio figlio: dottore o ospite di Maria De Filippi?

> *Nanni Greco*




Non sono contraria al matrimonio ma mette fine a troppe cose alle quali sono favorevole

> *Zsa Zsa Gabor*

Sostenete e diffondete

Cuore e Salute

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

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



MODULO PER ISCRIVERSI ALLA FONDAZIONE O PER ISCRIVERE UN AMICO

DESIDERO: ISCRIVERMI RINNOVARE L'ISCRIZIONE ISCRIVERE UN AMICO AL

CENTRO PER LA LOTTA CONTRO L'INFARTO - FONDAZIONE ONLUS

COGNOME NOME.....

CODICE FISCALE

VIA.....CAP.....CITTÀ.....

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

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

(*) nominativo di chi offre Cuore e Salute

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

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

AI NOSTRI LETTORI

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

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



Centro per la Lotta contro l'Infarto
Fondazione Onlus

Capire per prevenire

5X1000

LA NOSTRA RICERCA HA BISOGNO DEL TUO AIUTO!

Una scelta che fa bene al cuore

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

COME DESTINARE IL TUO 5 X1000

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

Firma per la prevenzione

oppure

Firma per la ricerca

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

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

FIRMA *Mario Rossi*

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

Finanziamento della ricerca scientifica e della università

FIRMA *Mario Rossi*

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

SEGUICI SU: www.centrolottainfarto.com

Congresso

Conoscere e Curare il Cuore **2021**

7-8-9-10 ottobre



Firenze

Fortezza Da Basso