

# Cuore e Salute

N. 10-11-12 ottobre-novembre-dicembre 2020

Per leggere  
Cuore e Salute online  
collegati a  
[www.cuoreesalute.com](http://www.cuoreesalute.com)

ANNO XXXVIII • 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

## CCC2020: il congresso della mascherina

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



Centro per la Lotta contro l'Infarto  
Fondazione Onlus

Capire per prevenire

# 5X1000

LA NOSTRA RICERCA HA BISOGNO DEL TUO AIUTO!

*Una scelta che fa bene al cuore*

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

## COME DESTINARE IL TUO 5 X1000

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

Firma per la prevenzione

oppure

Firma per la ricerca

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

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

FIRMA ..... *Maria Rossi* .....

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

Finanziamento della ricerca scientifica e della università

FIRMA ..... *Mario Rossi* .....

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

SEGUICI SU: [www.centrolottainfarto.it](http://www.centrolottainfarto.it)



# Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

**Presidente**  
**Francesco Prati**

**Presidente onorario**  
**Mario Motolese**

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

## **EDUCAZIONE SANITARIA**

Il CLI promuove l'educazione sanitaria attraverso:

- **"Cuore e Salute"**, rivista bimestrale di cardiologia divulgativa, nata nel 1983 e ora anche online, destinata a medici e pazienti. La rivista stimola l'adozione di un corretto stile di vita, la correzione dei fattori di rischio e dei principali errori di alimentazione, incoraggia l'attività fisica e insegna a riconoscere precocemente i sintomi che possono far sospettare una patologia cardiocircolatoria. **"Cuore e Salute"** aggiorna inoltre i medici sulle principali novità scientifiche. Gli articoli pubblicati sono tutti scritti da specialisti di riconosciuta professionalità.
- Il sito web [www.centrolottainfarto.it](http://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 XXXVII edizione. Il congresso rappresenta ormai da molti anni uno dei principali eventi cardiologici nazionali.

## **RICERCA SCIENTIFICA**

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

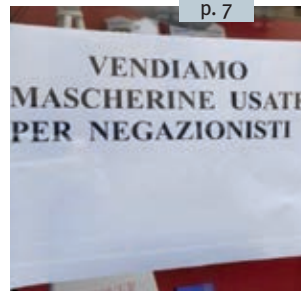
Il CLI ha infine condotto indagini epidemiologiche e studi di prevenzione della cardiopatia ischemica in Italia. In particolare ha partecipato, con il "Gruppo di Ricerca per la Stima del Rischio Cardiovascolare in Italia", alla messa a punto della Carta del Rischio Cardiovascolare e della carta Riskard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

# S O M M A R I O

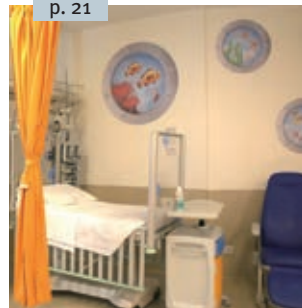
N. 10-11-12/2020

- 4 • **La storia dello Swan-Ganz** Francesco Prati
- 7 • **Medicina e Società**  
**I negazionisti** Eligio Piccolo
- 10 • **L'uomo vitruviano: il body scanner non sconfessa** Leonardo  
Filippo Stazi
- 13 • **La suocera dell'infartuato [E.P.]**
- 14 • **CCC 2020**  
**CCC2020: il congresso della mascherina**  
**Simposio COVID-19 e cuore** Filippo Stazi  
**Il congresso dei giovani** Laura Gatto
- 20 • **Qualche secondo di buon umore**
- 21 • **Quando il colore (e l'arte) entrano in ospedale**  
Alberto Dolara
- 24 • **Medicina medievale. Istruzione del medico [F.S.]**
- 26 • **Pillole di saggia follia**  
**Pollock, gli sciamani del deserto e il pre-inconscio**  
Bruno Domenichelli
- 32 • **Mistici lontani e bizzarre posture** Salvatore Milito
- 36 • **Vignetta di Cip** Giovanni Ciprotti

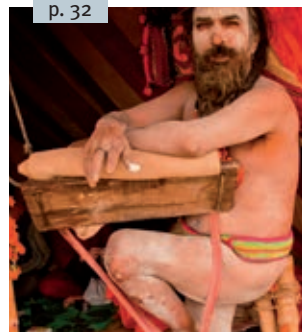
p. 7



p. 21



p. 32



[www.centrolottainfarto.it](http://www.centrolottainfarto.it) - [www.cuoreesalute.com](http://www.cuoreesalute.com) - [cuoreesalute@centrolottainfarto.it](mailto:cuoreesalute@centrolottainfarto.it)

**Direttore Responsabile**  
Filippo Stazi

**Vice Direttori**  
Elegio Piccolo  
Francesco Prati

**Coordinamento Editoriale**  
Marina Andreani

**Redazione**  
Filippo Altilia  
Vito Cagli  
Bruno Domenichelli  
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 XXXVIII  
n. 10-11-12 ottobre-novembre-dicembre  
*Poste Italiane SpA - Spedizione  
in abbonamento postale - D.L.  
353/2003  
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)  
art 1, comma 1,  
Aut.C/RM/07//2013  
Pubblicazione registrata al Tribunale  
di Roma il 3 giugno 1983 n. 199*

Associata Unione Stampa Periodica  
Italiana



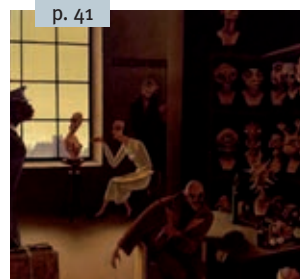
Abbonamento annuale  
Italia e 25,00 - Estero e 35,00

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

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



- 37 • **Dal sito del CLI**  
**La storia naturale della cardiomiopatia ipertrofica**  
Intervista di A. Battagliese a C. Autore
- 41 • **Quadri e Salute**
- 43 • *Una poesia ricreativa [E.P.]*
- 44 • **E chi non beve con me peste lo colga** Massimo Pandolfi
- 47 • **Occhio all'aorta** Eligio Piccolo
- 50 • *Il computer ci conosce più di quanto pensiamo [F.S.]*
- 51 • **Lettere a Cuore e Salute**  
- *È l'epoca dei pacemaker riciclati? 2.o, Eligio Piccolo/Eugenio Petz*  
- *I bassi rischiano di più, Filippo Stazi*
- 53 • **La borsa d'acqua calda di Cesare Frugoni: realtà o immaginazione?**  
Francesco Sgambato
- 57 • **Il cuore freddo svedese** Eligio Piccolo
- 59 • **Il cuore in cucina**
- 60 • **Aforismi**
- 62 • **Bilancio**



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 Francesco Prati

# La storia dello Swan-Ganz

“Ehi Jeremy, il barchino... Quel barchino si è staccato dagli ormeggi... ci viene addosso”. Un vento infernale sferzava le onde e la corrente tirava addosso di tutto, anche all’interno della baia. “Vira Jeremy, vira.....”

La barca a vela riuscì ad uscire dal porticciolo indenne ed i due amici veleggiarono a lungo, al largo di Santa Monica, sfidando le onde del Pacifico. Jeremy Swan era felice. Aveva sempre bisogno di misurarsi con se stesso, anche quando si dedicava ai suoi hobbies. Non riusciva poi a vivere senza spremere catecolamine, più o meno come in ospedale quando curava i pazienti infartuati, in un’epoca senza grandi risorse terapeutiche. Gli servivano queste giornate. Diceva che le pensate migliori le aveva quando si estraniava dal lavoro, quando non era in corsia.

Anche quella sera, al rientro dall’uscita in barca, i due amici si rilassarono nella veranda di John. Il dr. Swan sorseggiava il suo bourbon con aria soddisfatta. John lo guardava incuriosito. C’era qualcosa di diverso, che andava oltre il divertimento, oltre quella sensazione di appagamento che può dare una giornata in barca. John posò il bicchiere e tenendo la nuca con entrambe le mani si lasciò andare delicatamente sullo schienale. “Già”, disse, “il vento gonfia la vela e la corrente fa il resto.... E trascina tutto ciò che trova.... Come la barchetta che poi si è schiantata sugli scogli”. “Si in-



William Ganz e Jeremy Swan



fatti”, rispose l’amico che non comprendeva dove il dr. Swan volesse arrivare. “E quindi ?...” incalzò con garbo John. “Quindi niente” aggiunse il dr. Swan con un sorriso che nascondeva dell’ altro. ... “Volevo solo dire che è la corrente che decide”. John lasciò cadere il discorso. Erano amici ma rimaneva un po’ di soggezione per un medico di successo e pensava che insistere fosse quasi una mancanza di rispetto. Furtivamente guardò il bicchiere. No, non era ubriaco, né lo sembrava. Il lunedì mattina il dr. Swan, dopo una visita in corsia più rapida del solito, si recò nel laboratorio di medicina sperimentale. Era da anni che cercava, con risultati deludenti,

di mettere a punto un catetere da inserire nel cuore e possibilmente nei polmoni. “È il sangue che lo deve spingere fino alle arterie polmonari... Ci vuole un palloncino da mettere sulla punta. Io credo che il sangue farà il resto, senza dover impiegare la scopia”. Il catetere in effetti andò oltre e venne spinto nel ventricolo destro, dove la punta però, toccando la parete del cuore, causò una tachicardia spaventosa. Non si arresero e compresero che il palloncino andava messo più distalmente, come se fosse un cuscino. L’idea alla fine si rivelò micidiale. Il catetere dal distretto venoso arrivò al cuore destro e, miracolosamente fino alle piccole arterie polmonari, senza dover impiegare la scopia. Si mise a punto un sistema per la prima volta in grado di misurare le pressioni e comprendere meglio la fisiopatologia delle malattie di cuore.

Mancava però qualcosa, un’altra intuizione, un colpo di genio che questa volta non portò la corrente del pacifico ma un vento che spirava dall’est. Il dr. William Ganz era un cecoslovacco ebreo di 48 anni. La vita non lo aveva aiutato. Riuscì tuttavia a scappare due vol-



te, prima per evitare Auschwitz e vent'anni dopo per lasciare il regime comunista. Cercava da tempo di lasciare Praga per vivere meglio e per dare un senso a quello che aveva fatto nel lavoro. Giunse al Cedars-Sinai Medical Center unicamente per un gesto umanitario, certo non per il curriculum medico, che negli Stati Uniti non conoscevano.

Ganz aveva un aspetto dimesso ed un inglese improponibile. Aveva però un asso nella manica. In un fatiscente laboratorio di medicina sperimentale aveva inventato la tecnica della termodiluizione. A volte

il genio e la perseveranza sanno andare avanti, senza la tecnologia più avanzata. Swan sbigottito intuì l'importanza della ricerca di Ganz e la possibilità di applicarla al suo catetere. Il calcolo della portata in aggiunta alla rilevazione delle pressioni fece dello Swan-Ganz uno strumento formidabile nel campo della ricerca e nella clinica. Si compresero le ripercussioni emodinamiche dei vizi valvolari e gli effetti sul circolo polmonare. Si iniziò a curare meglio l'infarto e lo scompenso. In assenza della moderna ecocardiografia lo Swan-Ganz era l'unico strumento su cui basare le decisioni cliniche e comprendere quando indirizzare un paziente alla chirurgia.

Vi ho raccontato la storia dello Swan-Ganz, più o meno come l'ha narrata il dr. Forrester lo scorso anno in un congresso negli USA. Diceva Forrester che per innovare, per fare qualcosa di straordinario occorrono tre doti: un modo atipico di ragionare che si distacca dal comune sentire o immaginare, molta perseveranza ed infine la serendipity, che più o meno significa sapere cogliere le circostanze favorevoli, oppure, usando una terminologia di uso comune, avere c...., che nella vita non guasta mai.





di **Eligio Piccolo**

# I negazionisti

Il termine ha preso avvio da coloro che non credono molto nella scienza medica, piuttosto ne diffidano. Forse perché i suoi consigli vengono spesso presentati come ordini o avvertimenti molto severi: i vaccini e le varie prevenzioni, quali fumo, droghe, alcol, dieta e inattività fisica. Molte di queste raccomandazioni comportano necessariamente sacrifici o rinunce ai piaceri della vita. Insomma una specie di proibizionismo dal sapore moralistico, che porta facilmente al dubbio, all'ironia e a porgere l'orecchio più volentieri ai cosiddetti persuasori occulti, i quali sono sempre ben forniti di esempi contrari e di filosofie permissive. Ed è così che i dati scientifici, le cose giuste, passano come i 10 Comandamenti, sacrosanti ma conciliabili con la clemenza della Corte. Perché il fumo lo si può osservare anche nei centenari, l'alcol con moderazione pare possa allungare la vita, gli obesi campano anche sopra i novanta, e via ottimizzando. La salute in fondo, sembrano dire i negazionisti, è un problema personale, ognuno se la gioca come vuole. Mentre a conti fatti, osservano invece i censori e i programmatori sanitari, non è così poiché la Sanità tutta non la si può attuare distinguendo i vari privilegi, deve essere pagata equamente da tutti, anche dagli osservanti le buone regole di vita e di prevenzione. La



realizzazione del contrario trasparente invece dalla legislazione statunitense, dove chi si ammalava se la deve vedere personalmente e che per tale motivo viene considerata ingiusta dalla maggioranza per tanti motivi etici e sociali, ma ne salvaguarda uno, la responsabilità individuale. Questo tuttavia fin dai tempi biblici è un problema di coscienza, non di costituzione. Il Presidente Barak Obama ha cercato di porvi rimedio, ma già il successore Donald Trump vi si sta opponendo. Se vogliamo quindi salvaguardare il piano etico-religioso e quello pragmatico insieme

non c'è dubbio che la salute, oltre ad essere un bene comune, è un impegno che per divenire efficiente deve coinvolgere tutti e a beneficio di tutti, osservanti e peccatori, obbedienti ai consigli della scienza e negazionisti.

Già la vecchia vaccinazione contro l'annuale influenza stagionale aveva premiato, sia pure parzialmente, i suoi utilizzatori, ma soprattutto le vaccinazioni per le malattie dell'infanzia avevano estirpato morbillo, varicella, poliomielite..., con la buona notizia attuale dell'OMS che quest'ultima malattia debilitante è scomparsa anche in tutta l'Africa. Però i negazionisti non sono scomparsi. Nemmeno da quando un virus più tenace e disarmante, il coronavirus, ha cambiato i connotati del mondo intero. I suoi negazionisti non sono soltanto i bastiani contrari o qualche assessore comunale dal narcisismo facile, ma addirittura capi di stato, come Johnson della Gran Bretagna, Trump degli USA, Bolsonaro del Brasile, anche dopo che loro stessi ne sono stati vittima. La loro cocciutaggine mi ha fatto venire in mente la storiella di colui che insultava un avversario dandogli del pidocchioso, e quando l'offeso reagì e lo gettò in canale, mentre stava annegando con le mani fuori dall'acqua mimava il modo di schiacciare i pidocchi.

Evidentemente il negazionismo è qualcosa di più serio di un superficiale atteggiamento antiscientifico o di un voler rassicurare il popolo allarmato, sembra piuttosto una superficialità radicata nei nostri cromosomi più incoscienti, almeno in quelli di coloro che si propongono per amministrarci, e non solo. Quante volte molti di questi che si avventurano nel servire la cosa



Donald Trump e Boris Johnson



quale ha seguito 2.321 pazienti con minaccia di infarto cardiaco, prevalentemente maschi (68%), dividendoli fra coloro che vivevano l'accaduto con ostilità e gli altri più "pazienti". Dopo un anno essi hanno constatato che gli ostili andavano peggio, ma non per l'aggravamento della malattia che aveva provocato il ricovero, ma per altre patologie. Come se la reazione ostile avesse loro ridotto le difese immunitarie. Il ch  fa venire in mente certi personaggi i quali di fronte a insuperati fallimenti non hanno saputo reagire ai tumori sempre in agguato.

Per rompere questo muro di sofferenza umana ed evitare una conclusione pessimistica, piuttosto auspicando una speranza in migliori reazioni umane, mi affido a una poesia del romano Gabriele Galloni (1995) "In che luce cadranno", che come in un volo pindarico ci porta nel e oltre il banale: "Se la madre dei morti   sempre polvere,/ i morti cercano la loro madre/ ogni sabato sera sulle spiagge/ libere; sotto le sedie o nei gelati/ caduti di mano ai ragazzini/ in chiss  quante estati, in chiss  quanti/ alberghi, marciapiedi, lungomari."

pubblica promettono, in buona o calcolata fede, di realizzare determinati programmi, ma poi cammin facendo spesso li cambiano o li negano, alcuni con la faccia tosta dell'impunito, altri con argomentazioni che vorrebbero giustificare la loro incoerenza.

Il negazionismo in medicina traspare anche in molti atteggiamenti psicologici sia dei pazienti che dei medici. Quali l'avversione quasi istintiva dei primi verso le malattie, le sofferenze e l'adesione alle cure; o la poca pazienza e comprensione dei secondi, che fanno traspari-

re una velata accusa al paziente che non ha osservato i consigli della scienza medica. Assistiamo cos , ad esempio, a un malato che reagisce a un dolore anginoso premonitore di infarto con rabbia e senza punta rassegnazione o autocritica. Una reazione che il cardiologo, impegnato nella complessa procedura della diagnosi e della terapia, non ha certo il tempo di fare rientrare nel rapporto di empatia. Lo hanno invece preso in attenta considerazione un gruppo di studiosi dell'University of Tennessee College of Nursing, capeggiati da Tracey Vitori, il

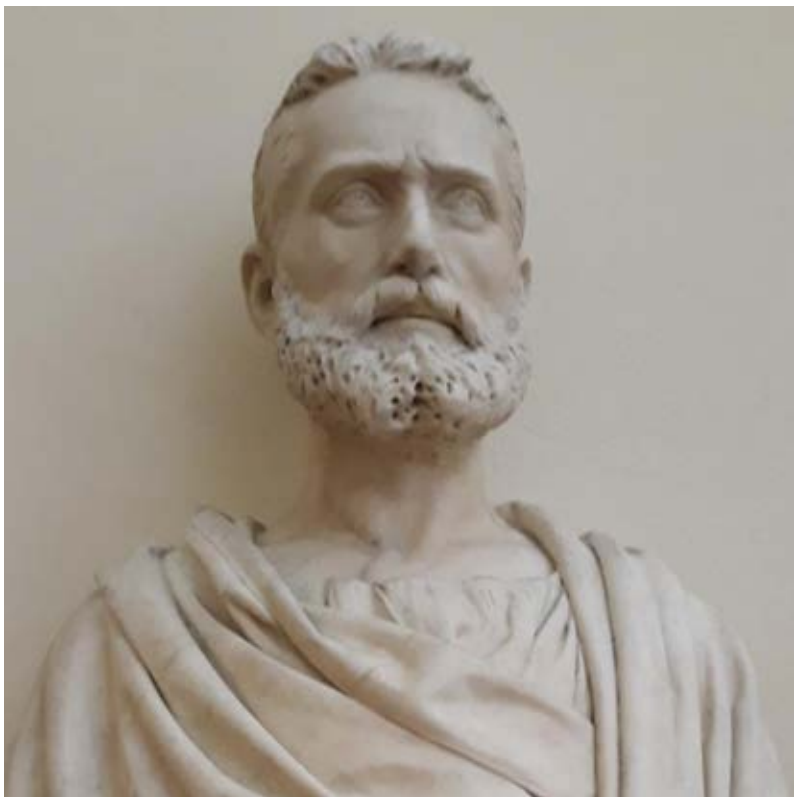


di Filippo Stazi

# L'uomo vitruviano: il body scanner non sconfessa Leonardo

*“Vetruvio architetto mette nella sua opera d'architettura che lle misure dell'homo sono della natura disstribuite in quessto modo. Cioè, che 4 diti fa un palmo e 4 palmi fa un piè; 6 palmi fa un cubito, 4 cubiti fa un homo, e 4 cubiti fa un passo, e 24 palmi fa un homo; e cqueste misura son ne' sua edifi. Se ttu apri tanto le gambe che ttu chali da chapo 1/14 di tua alteza, e apri e alza tanto li bracci che colli lunghi diti tu tochi la linia della sommità del chapo, sappi che 'l cietro delle stremita delle aperte membra fia il bellicho. E llo spatio che ssi truova infra lle gambe fia triangolo equilatero”.*

Alla fine del primo secolo avanti Cristo Marco Vitruvio Pollione scrive il trattato che lo avrebbe consegnato alla storia: il *De architectura*, un'opera in dieci libri sull'arte dell'architettura. Nel terzo libro, dedicato ai templi, Vitruvio afferma che “senza simmetria e senza proporzione non può esistere alcun tempio che sia dotato di una buona composizione e lo stesso vale per l'esatta armonia delle membra di un uomo ben proporzionato”. L'uomo ben proporzionato è tale solo se le misure delle parti del suo corpo corrispondono a dei canoni precisi. E Vitruvio, perciò, si premura di individuare il canone: la

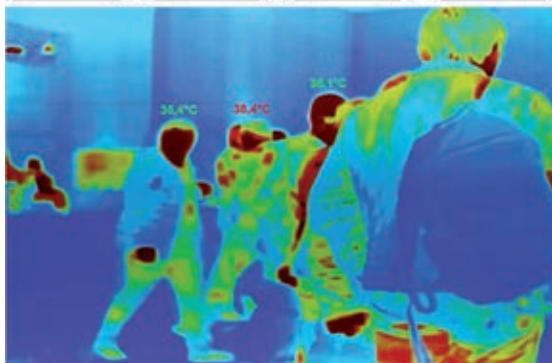
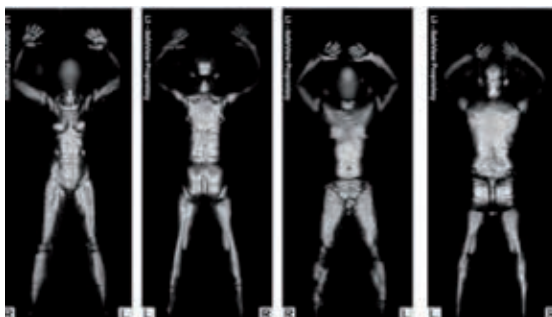


Marco Vitruvio Pollione

testa rappresenta un ottavo del corpo umano, il piede un sesto, il cubito (ovvero l'avambraccio) un quarto, il petto anch'esso un quarto, e il centro del corpo umano è da trovare nell'ombelico. "Se un uomo fosse messo supino, con mani e piedi stesi, e gli venisse messo un compasso nell'ombelico, il cerchio tracciato toccherebbe le dita delle mani e dei piedi. E così come è possibile inscrivere un corpo in un cerchio, allo stesso modo è possibile inscrivere in un quadrato: se si prenderà la misura dai piedi fino alla sommità del capo e la stessa misura verrà rapportata a quella delle braccia distese, l'altezza sarà uguale alla larghezza, così come avviene nel quadrato".

Leonardo da Vinci non conosceva Vitruvio perché era "omo senza lettere" (uomo senza cultura) in quanto non aveva studiato il latino. Nel giugno del 1490 il genio toscano incontra però Francesco di Giorgio Martini che di Vitruvio stava traducendo l'opera in volgare e che parlando gli del canone accende la sua curiosità.

Leonardo decide di mettere in forma grafica le misure codificate dall'architetto romano e nasce così l'*Uomo Vitruviano*, un disegno su carta (34,4 x 24,5 cm) inciso con punta metallica, pen-



Body scanner

na e inchiostro con tocchi di acquerello, attualmente conservato nel *Gabinetto dei Disegni e delle Stampe* delle Gallerie dell'Accademia di Venezia, destinato a divenire un'icona della cultura contemporanea e a simboleggiare la centralità dell'uomo come misura di tutte le cose.

Al centro del disegno di Leonardo è raffigurato un uomo di mezza età, nudo; i capelli, lunghi e con la riga centrale, gli ricadono sulle spalle. Le braccia sono rappresentate in due posizioni: nella prima, distese all'altezza delle spalle, formano una linea orizzontale perpendicolare al corpo. Nella seconda sono sollevate a creare un angolo di circa



West Point Academy

$30^\circ$  con la retta che passa per le braccia sottostanti. La punta del dito medio di entrambe le mani tocca il cerchio nel quale si iscrive la figura. Invece le dita delle mani sottostanti toccano i lati del quadrato nel quale la figura viene racchiusa. Anche le gambe sono disegnate in due posizioni. Nella prima sono vicine, con il piede destro effigiato frontalmente e in scorcio mentre il piede sinistro è raffigurato lateralmente. Nella seconda le gambe sono divaricate e formano un angolo di circa  $30^\circ$  con la linea che coincide con la verticale del corpo. I piedi poggiano sul cerchio il cui centro è rappresentato dall'ombelico dell'uomo. Il cerchio e il quadrato all'interno dei quali la figura dell'uomo è inscritta devono essere letti in chiave simbolica: il cerchio allude alla sfera divina, mentre il quadra-

to rappresenta il mondo terreno. L'uomo, a metà tra divino e terrestre, è pertanto l'elemento di raccordo capace di unire i due mondi.

*L'Uomo vitruviano* è però il risultato anche di sperimentazioni originali. Le proporzioni della figura, infatti, non sono esattamente quelle riportate da Vitruvio: per Leonardo, per esempio, il piede corrisponderebbe a un settimo dell'altezza dell'uomo (invece che a un sesto come sosteneva Vitruvio), e la misura dalla pianta del piede al ginocchio costituirebbe un quarto dell'altezza (indicazione non presente in Vitruvio). Leonardo è infatti uno spirito libero e non attenendosi alla lettera al canone vitruviano intende fornire, tramite la sperimentazione empirica da sempre costante nel suo metodo e che costituisce uno dei suoi principali elementi

di modernità, un modello che, pur guardando alla tradizione, sia nuovo e aggiornato.

A distanza di cinquecento anni alcuni membri del dipartimento di scienze matematiche di West Point, l'accademia militare americana, si sono presi la briga di verificare l'attendibilità delle misure rilevate da Leonardo, stimare quali sarebbero le proporzioni di Vitruvio in epoca moderna e come conseguentemente sarebbe raffigurabile oggi l'uomo vitruviano. Per tale scopo si sono avvalsi dei dati antropometrici di 63.623 uomini e 1.385 donne, di età tra i 17 e i 21 anni, acquisiti mediante l'uso del body scanner. La genialità di Leonardo esce confermata dal confronto dato che l'uomo vitruviano così ottenuto è molto simile a quello rinascimentale, con una variabilità della misura inferiore al 10%, salvo che per braccia e coscie per le quali la differenza è risultata maggiore. A rendere ulteriore merito al genio di Da Vinci bisogna ricordare che non sappiamo il numero e l'età degli individui su cui le sue misure sono state rilevate e che egli non voleva rappresentare l'uomo medio ma *l'homo bene figuratus*, quello, cioè, perfettamente proporzionato.

“

## La suocera dell'infartuato

Ella, anche quando i rapporti non sono quelli classici delle vignette umoristiche, ha tutto l'interesse che la figlia non rimanga vedova, che ai nipoti non manchi il sostegno e a lei l'obbiettivo di poter intervenire con i suoi saggi consigli. Spesso considerati una rottura degli zebedei, secondo Camilleri. Lei è sempre la più informata di tutti e di medicina in particolare, rispetto a quanto possa esserlo la figlia e il genero, nonché gli stessi medici "sbrigativi", soggiunge con quel sorriso da supponente. Sa esattamente come si presenta l'infarto, ne hanno parlato alle riunioni degli "Amici del cuore", alle quali non manca mai, e poi ricorda parenti e conoscenti che vi sono passati. Il dolore che lo caratterizza, dice alzando l'indice, è localizzato sul petto, dietro quell'osso centrale che si chiama sterno, è come una stretta che può diffondersi alle braccia, alla nuca o alla mandibola. Non lo si può confondere con quello più sotto dell'ulcera o con i dolorini reumatici. È spesso come una tenaglia, dice sempre la suocera, e bisogna correre subito al pronto soccorso (PS), il tempo è vita dice un nostro insegnante. Lì al PS, continua, ti fanno gli enzimi per vedere se c'è o non c'è e con l'elettrocardiogramma decidono se impostare la terapia semplice o andare al cateterismo. Dove vedono tutto, come sono le coronarie, se stroppate (qui le viene il suo veneto più efficace) o meno. E ti mandano poi o al chirurgo per il bypass oppure rimediano lì sul campo con gli stent,

i quali sono dei manicotti che allargano le coronarie e le tengono aperte. E, riprendendo fiato per la foga, riprende anche la sua erudizione, perché lei sa anche tutto sui fattori che facilitano quel maledetto, e alzando nuovamente l'indice esclama soddisfatta: sono i fattori di rischio! Perché se uno fuma, ha la pressione alta, è obeso e ha il colesterolo alle stelle bisogna pensarci prima che succeda quel dolore, l'angina, ma anche giudicare se è proprio un infarto quello che il dolore fa temere.

Se poi il fattaccio succede proprio al marito della figlia, apriti cielo! I "te l'avevo detto!" si sprecano, incalzano come una litania: il fumo, la dieta sbagliata, il controllo del peso, e poi il colesterolo. Te l'avevo detto di dargli le statine. E quelle vacanze in crociera, senza far niente, solo mangiare e bere. Ma ti ricordi che mi ero raccomandata si facesse fare un check up da un cardiologo? E così via, fino al punto che la figlia già di suo preoccupata le risponde: "ora mamma togliti dalle palle, lasciami andare a trovare il mio Giulio, vedrai che tutto andrà bene, è in buone mani". E infatti se la cavò, perse anche un po' di peso e smise decisamente di fumare.

Ma le suocere non demordono e dopo un periodo di forzato silenzio riprendono: "ora mi raccomando devi mandarlo in un centro di riabilitazione, dove oltre a rimetterlo in forza gli daranno anche le direttive per la dieta, l'attività fisica e il sesso, perché so che voi...". "Ma mamma, cosa vai a pensare? E poi ci hanno già detto che non c'è nessun pericolo. Ma ti vorresti finalmente startene zitta e pensare proprio ai c.... tuoi?". Fortunatamente, si fa per dire, di lì a poco anche il suocero del marito si è fatto un infarto, che ha impegnato la moglie e l'ha tenuta lontana dai suggerimenti e dalle sentenze.



E.P.

”



# DAL CONGRESSO CONOSCERE E CURARE IL CUORE 2020

## *CCC2020: il congresso della mascherina*

di **Filippo Stazi**

Nel 2020, per la prima volta dopo molti anni, marzo non ha ospitato l'usuale edizione di Conoscere e Curare il Cuore. Il COVID-19 è stato infatti più forte di ogni tradizione. Quello che è successo dopo lo sappiamo bene. E con il lockdown nessun congresso, per lo meno medico, è stato più tenuto all'interno della nostra penisola. Fino al 1 ottobre. Quel giorno, infatti, a coronamento degli sforzi della fondazione Centro per la Lotta contro l'Infarto, la Fortezza da Basso ha riaperto le sue porte ai congressisti partecipanti alla 37° edizione di Conoscere e Curare il Cuore, il primo evento "in presenza" svoltosi dopo la fine dell'emergenza. La mascherina, sempre scrupolosamente indossata da tutti, è stata indiscussa protagonista dell'evento. Il numero dei partecipanti, sebbene inferiore per ovvi motivi alle cifre cui eravamo abituati, è stato nettamente superiore alle attese. I lavori congressuali, che si sono svolti tra le misure di sicurezza scrupolosamente predisposte dalla Fondazione e non senza qualche apprensione iniziale, hanno rappresentato una speranza, per il momento purtroppo solo transitoria, di ritorno alla normalità. Il "congresso di Prati" ha infatti "fatto appena in tempo" poiché il notevole aumento del numero dei contagi nelle settimane successive ha portato nuovamente al blocco di tutte le attività congressuali.





di Filippo Stazi

# *Cosa ha insegnato il COVID-19. Le prime elaborazioni sistematiche dei cardiologi italiani*

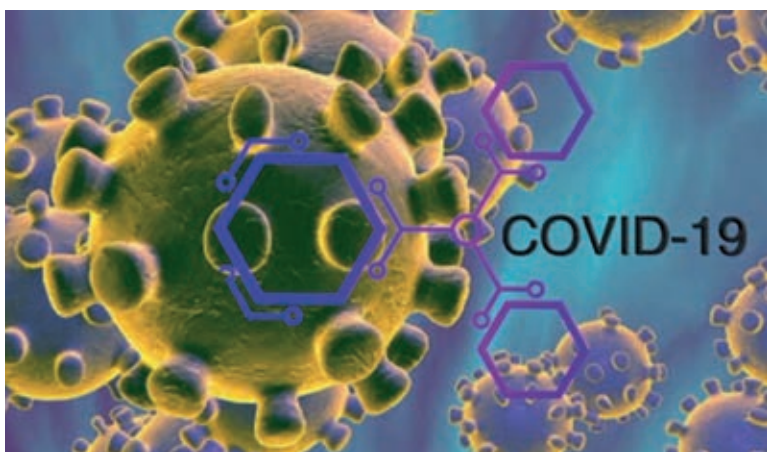
Quest'anno *Conoscere e Curare il Cuore* ha costituito il primo importante momento di confronto scientifico residenziale grazie al quale, i cardiologi italiani, lontano dalla frenesia dell'emergenza e della pressione mediatica, hanno avuto la possibilità di confrontarsi, interrogarsi, condividere quanto è successo ed elaborare le prime riflessioni sistematiche. Per tale motivo gli organizzatori hanno messo in programma il simposio COVID 19 e cuore in cui si sono affrontati vari argomenti legati alla pandemia che ha stravolto le nostre vite, quali: Polmoni, cervello, cuore e arterie: i danni del COVID-19; Trattamento dell'infarto miocardico durante l'epidemia; L'unità coronarica al tempo del COVID-19; Complicanze vascolari del COVID-19: embolia polmonare ed ICTUS. Qui di seguito, vengono riportati alcune spunti che sono emersi dalla discussione:

### • **La riduzione degli STEMI**

Nella fase acuta della pandemia (febbraio-aprile), parallelamente all'inarrestabile avanzata del COVID-19, in tutto il mondo si è assistito ad una drastica riduzione degli STEMI.

In Spagna come in Lombardia, in Canada, in Inghilterra e negli Stati Uniti, ***tale calo è arrivato anche al 70-80% rispetto all'epoca pre-pandemia.***

I cardiologi interventisti, intervistati a livello nazionale durante la pandemia, dichiaravano una sorprendente riduzione dei ricoveri per infarto che in media superava ***il 50% ed arrivava ad oltre il 60% per gli STEMI.*** ***Al S. Giovanni di Roma, ad esempio, la riduzione delle diagnosi di infarto ha sfiorato il 60%.***





anche nelle arterie polmonari e carotidiche. *Non si può escludere un'azione simile anche nei vasi coronarici.*

• **Incremento della troponina: circa 1 paziente su 5, affetto da COVID-19, con manifestazioni cardiache**

L'ipotesi che il virus fosse in qualche modo protettivo, stabilizzando la placca, non aveva plausibili presupposti biologici. Più verosimilmente i pazienti, terrorizzati dall'idea di recarsi ad un pronto soccorso per evitare il contagio, non giungevano in ospedale e, nei casi più sfortunati, morivano a casa. Altri malati, invece, giungevano all'osservazione ospedaliera tardivamente, al di fuori della tempistica necessaria per effettuare un'angioplastica primaria.

• **Aumento dei casi di infarto a coronarie apparentemente indenni**

Nello stesso periodo è stato rilevato un aumento dei casi di infarto a coronarie apparentemente indenni. *È possibile che il rilascio di citochine infiammatorie possa agire non solo a livello polmonare ma anche in altri distretti, tra cui il cuore.* Molti studi hanno documentato delle trombosi a livello non solo dei capillari peri-alveolari, ma

Secondo dati recenti, *circa 1 paziente su 5 affetto da COVID-19 può avere manifestazioni cardiache con un danno miocardico caratterizzato dal significativo incremento della troponina.* È certo elemento di preoccupazione il dato del *marcato aumento della mortalità in presenza di danno cardiaco.* Uno studio anatomo-patologico del miocardio riportato dal gruppo diretto dalla Prof.ssa Arbustini (Policlinico di Pavia) offre importanti informazioni sull'interessamento cardiaco dell'infezione da COVID. Ad esempio, in un uomo deceduto per complicanze settiche dopo avere contratto il COVID, manifestatosi con un quadro di distress respiratorio con infiammazione interstiziale di grado lieve, *si sono osservate per la prima volta particelle virali in cellule interstiziali citopatiche.* Le particelle virali avevano dimensioni medie di circa 100 nm e *mostravano la tipica morfologia dei coronavirus, con la sua caratteristica struttura a corona nella parte esterna.* Anche il cuore può pertanto essere coinvolto, analogamente ad altri organi, tra cui rene, fegato, tratto gastroenterico, cute e strutture nervose.

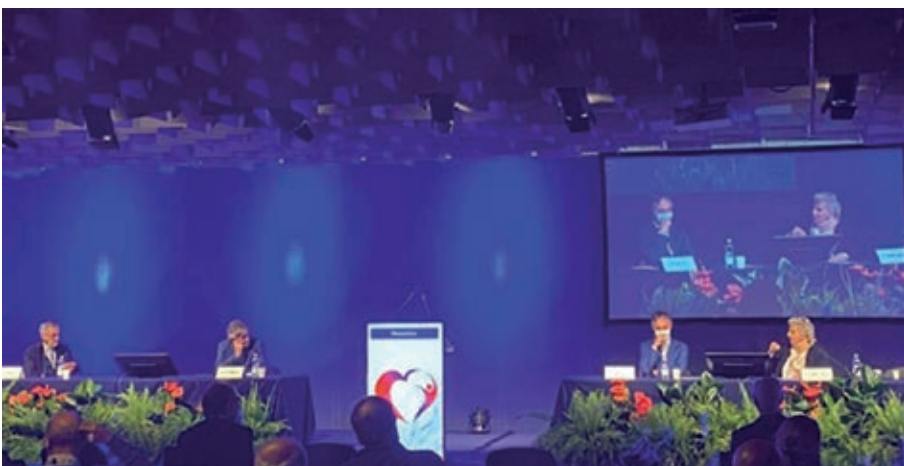
• **Incremento di ischemia cerebrale**

Si è anche posta l'attenzione sull'incremento di ischemia cerebrale da occlusione di grossi vasi in pazienti giovani colpiti da COVID-19 e spesso senza rilevanti fattori di rischio. Si sono infatti descritti casi di ischemia cerebrale acuta da occlusione di grossi vasi in soggetti giovani, trattati con procedura endovascolare di trombectomia.

• **Il punto sui farmaci**

Si è maturata in questi mesi una certa esperienza sui farmaci. • *Il cortisone* è senz'altro efficace, come dimostrato da un ampio studio randomizzato su 6000 pazienti; riduce la mortalità del 17% e con essa il tempo di ricovero.

- Anche **Remdesivir** è risultato efficace. Il farmaco inibisce l'enzima che copia l'RNA virale e come conseguenza la replicazione del virus. Ha ridotto la mortalità e con essa la durata del ricovero del 16% nei pazienti gravi e sottoposti a ventilazione.
- Anche l'uso **dell'eparina** nel COVID-19 sembra apportare un beneficio attraverso vari meccanismi. Rimangono dei punti interrogativi riguardo i dosaggi da utilizzare. Quest'ultimi potrebbero essere aumentati in profilassi nei pazienti con D-dimero elevato (ad indicare trombosi) al momento del ricovero, nei pazienti obesi o nei soggetti con peggioramento dell'insufficienza respiratoria. Secondo un panel di esperti a livello internazionale, l'International Society on Thrombosis and Haemostasis, tutti i pazienti ricoverati per COVID-19 devono essere trattati con eparina a basso peso molecolare (EBPM) a dosaggio profilattico sempre che non esista come controindicazione un basso livello di piastrine, aspetto che si può verificare nell'infezione da Covid.
- Non risultano invece efficaci **l'idrossicloroquina ed il Lopinavir/ritonavir**, un inibitore dell'enzima HIV proteasi, coinvolto nella produzione di particelle virali.
- Il **Tocilizumab**, farmaco impiegato nella cura dell'artrite reumatoide, sembra di utilità ma i dati non sono ancora sufficientemente convincenti. Il farmaco blocca il recettore proteico Il-6, coinvolto nell'infiammazione. Secondo uno studio retrospettivo il farmaco riduce la mortalità e le complicazioni respiratorie che richiedono l'impiego della ventilazione.
- L'impiego del **plasma** di convalescenti è stato studiato in un solo studio randomizzato. Il trial era piccolo e includeva solo 103 pazienti trattati con plasma, 14 giorni dopo l'inizio dei sintomi. Non si sono notate differenze relative alla mortalità, mentre si è osservato un calo significativo dei livelli del virus.
- Infine gli **ace-inibitori o sartani** non sono risultati pericolosi. All'inizio della pandemia da COVID 19 molto clamore è stato sollevato sul possibile ruolo degli ACE inibitori e degli inibitori dei recettori dell'angiotensina, i cosiddetti sartani, nel favorire sia la comparsa dell'infezione che il peggioramento del quadro clinico. Tale sospetto aveva come presupposto fisiopatologico l'aumentata produzione, indotta da questi farmaci, del recettore ACE 2, porta d'ingresso del virus all'interno delle cellule. Tre studi pubblicati, due sul New England Journal of Medicine e uno su JAMA Cardiology, sono risultati a favore dell'atteggiamento conservativo inizialmente assunto, assolvendo di fatto ACE inibitori e sartani.



Dibattito sul Covid 19 in Sala plenaria



di **Laura Gatto**

### *Il congresso dei giovani*

Anche quest'anno durante le quattro giornate di Conoscere e Curare il Cuore, i giovani medici e gli specializzandi hanno presentato con grande entusiasmo i loro contributi, dando vita a quello che nelle riunioni della fase organizzativa con il Prof Prati e lo staff della Fondazione ci piace definire "il Congresso dei Giovani".

In Auditorium sono stati presentati i migliori otto casi clinici selezionati dal Comitato Scientifico tra i tantissimi contributi che ci erano stati sottoposti. Le presentazioni sono state articolate in snodi decisionali a risposta multipla che hanno visto l'attiva partecipazione del pubblico in sala che alla fine ha avuto il difficile compito di scegliere il caso più meritevole. La sessione del venerdì è stata vinta dal Dott. Giulio Cacioli, medico specializzando dell'Università Sant'Andrea di Roma, con il contributo dal titolo "Quando le apparenze ingannano" un interessante case report riguardante le complicanze a cui è andato incontro un paziente sottoposto ad impianto di L-VAD. Nella sessione del sabato si è imposto il caso intitolato "il tempo degli eventi è diverso dal nostro", incentrato su una presentazione molto particolare di displasia aritmogena del ventricolo destro e presentato dal Dott. Giuseppe Pio Piemontese, medico specializzando presso l'Università di Bologna. Quest'anno i grant per i migliori casi clinici sono stati sostenuti dall'Università Unicamillus ed i vincito-



ri sono stati premiati dal Prof. Francesco Prati in qualità di Preside dell'Università.

La Sala delle Volte ha invece ospitato otto sessioni di comunicazioni orali che hanno riguardato gli argomenti più vari della cardiologia. In ogni sessione cinque diversi contributi di ottimo livello scientifico sono stati molto ben presentati e discussi con grande vivacità intellettuale dai moderatori e dal pubblico presente che ha poi decretato il miglior abstract di ciascuna sessione. Per la Cardiologia Interventistica Coronarica ha vinto il Dott. Sabato Sorrentino, per l'Aritmologia ed Elettrostimolazione il Dott. Giovanni Statuto, per lo Scompenso e Miocardio-patie il Dott. Matteo Beltrami, per la Cardiologia interventistica Coronarica il dott. Alberto Polimeni. La Dott.ssa Ema-

nuela Cinzia D'Angelo ha vinto per l'Imaging Cardiovascolare, la Dott.ssa Veronica Lio per la Farmacologia, il Dott. Daniele Errigo per la Miscellanea 1 e il Dott. Maurizio Bertaina per la Miscellanea 2. Anche quest'anno i grant per le migliori comunicazioni orali stati messi a disposizione dalla Fondazione Onlus Centro per la Lotta Contro l'Infarto e sono stati consegnati dalla Prof.ssa Eloisa Arbustini, Presidente del Comitato Scientifico del Congresso.

Nella giornata di giovedì si è invece svolta la sessione "The Young and the Master Together" che ha visto casi clinici e lavori scientifici presentati sotto forma di poster e moderati da diversi esponenti della nostra Faculty che alla fine delle presentazioni ha scelto i contributi migliori. I premi sono stati vinti dal Dott. Carlo Fumagal-

li, dalla Dott.ssa Claudia Redavid, dal Dott. Igor Belluschi, dal Dott. Giuseppe Panuccio, dal Dott. Lorenzo Bartoli e dal Dott. Alberto Spadotto. Tutti i vincitori hanno ricevuto una targa ed un grant offerto dalla Fondazione Onlus Centro per la Lotta Contro l'Infarto.

A parte ai vincitori, una menzione speciale ed il ringraziamento del Comitato Scientifico va a tutti i giovani colleghi che si sono messi in gioco presentando i frutti della propria attività di ricerca scientifica.

Con la cerimonia di premiazione si sono conclusi i lavori della XXXVII edizione di Conoscere e Curare il Cuore. Con la speranza di superare presto questo momento di emergenza sanitaria che stiamo vivendo, vi aspettiamo per il congresso del 2021.

Arrivederci al prossimo anno!

# Qualche secondo di buonumore

Sulla gazzetta, annunci matrimoniali: “contadino cerca contadina con trattore, mandare fotografia del trattore”.

Lui: Ti Amo

Lei: Dimmelo all'infinito...

Lui: Amare

Ho così tanti sogni nel cassetto che non trovo le...mutande!!!

La logica Giapponese:

Se qualcuno può farlo vuol dire che anch'io posso farlo, se nessuno può farlo vuol dire che devo essere il primo a farlo.

La logica Italiana:

Se qualcuno può farlo che lo faccia. Se nessuno può farlo, perché devo farlo io?

Vorrei scaricare lo stress ma non riesco a trovare l'applicazione

Ripariamo qualsiasi cosa...bussate forte alla porta perché il campanello non funziona.





di **Alberto Dolara**

# Quando il colore (e l'arte) entrano in ospedale

Se uno studente in medicina di oggi retrocedesse nel tempo, per esempio negli anni '50 del secolo scorso, e partecipasse alla visita in corsia in un grande ospedale, magari in una luminosa giornata di primavera, forse avvertirebbe la necessità di occhiali da sole per la ubiquitaria diffusione del colore bianco: quello delle pareti tirate a calce, delle coperte e dei lenzuoli dei letti dei pazienti, dei camici dei medici e degli infermieri e ancora, sia pure con sfumature di grigio, delle spoglie pareti dei corridoi di accesso, delle stanze di visita o di soggiorno. Per trovare qualcosa di colorato (e magari di artistico) avrebbe dovuto essere ammesso alla stanza del primario o del direttore di clinica.

In quel periodo sembrava fosse venuto meno il rapporto tra colore, arte e malattia che trovava le sue radici già nell'antica Grecia, ove gli ospedali, gli *asclepia*, ospitavano teatro, pittura e scultura considerate benefiche per il benessere dei pazienti e nella lotta contro le malattie. Eppure nella civiltà urbana rinascimentale del nostro Paese gli artisti avevano dato il loro contributo per la costruzione e l'ab-



Casa Doru di Bucarest



Sala giochi dell'Ospedale Bambin Gesù di Roma

bellimento di grandi istituzioni ospedaliere come Santa Maria Nuova a Firenze, Santa Maria della Scala a Siena, S. Carlo a Milano. Nei vari ambienti dell'Arcispedale di S. Maria Nuova a Firenze, città simbolo di quell'epoca, vi erano quadri e opere di artisti illustri come, Andrea del Castagno e Luca della Robbia, un patrimonio artistico che a distanza di secoli conta ancora oltre duecento opere.

Nei secoli successivi le misure igienico-sanitarie avevano tuttavia messo in secondo piano l'importanza del colore e dell'arte non solo in ospedale, ma anche nelle strutture comunque dedicate all'attività sanitaria. Il colore bianco in particolare era garanzia d'igiene, indicativa di ambienti idonei alla lotta contro lo sviluppo di agenti infettivi. Nella secon-

da metà del novecento tuttavia l'introduzione degli antibiotici e di altre misure igieniche avevano reso meno evidente questa necessità e negli ultimi decenni fiorirono realizzazioni artistiche in tutti gli ospedali del mondo. Nel 1998 si svolse a Firenze un simposio internazionale dal titolo Arte e Salute, organizzato dalla Fondazione Michelucci, illustre architetto fiorentino. Nel bel volume degli Atti, edizioni Alsaba Siena, sono illustrate le esperienze di numerosi ospedali dai più piccoli e meno conosciuti come "Casa Doru" e "Casa Andreeia" a Bucarest ai grandi complessi ospedalieri come la Charité in Germania o l'ospedale di Herlev a Copenhagen, definito l'ospedale più colorato del mondo; vi erano riportate anche alcune esperienze artistiche pionieristiche italiane. Alla fine degli

anni 80 anche nel grande ospedale di Careggi dove lavoravo ricordo una mostra di quadri di autore che riempiva di colore gli ambienti di una divisione di chirurgia generale e negli edifici costruiti in seguito ho veduto scomparire progressivamente il predominio del colore bianco.

Nel nuovo millennio il colore e le opere d'arte sono ormai diffusi negli ambienti ospedalieri di tutto il mondo e nel 2019 un report dell'Organizzazione Mondiale della Salute dopo un approfondito esame della letteratura così concludeva: *"This report has mapped the evidence of the potential value of art in the promotion of good health, the amelioration or prevention of a range of mental and physical health conditions, and the treatment or management of acute and chronic conditions arising along the lifespan"*. Alcuni studiosi come Lankston et al in *Visual art in hospitals: case studies and review of the evidence, JRSoc Med 2010;102:490-9*, hanno tuttavia evidenziato alcuni aspetti critici: i pazienti preferiscono colori che sollecitano livelli elevati di piacere e bassi livelli di eccitazione come il blu e il verde oppure paesaggi naturali, mentre



i colori giallo, rosso e le raffigurazioni astratte possono indurre ansia. Per questo l'opera degli artisti dovrebbe essere valutata in base all'impatto emozionale su pazienti e visitatori, come del resto avviene per l'arte negli spazi pubblici.

L'introduzione del colore e dell'arte, in particolare quella visiva, è stata particolarmente massiva negli ospedali pediatrici, accompagnata, vale la pena di ricordarlo, ad una vera e propria rivoluzione psicologica che ha messo il bambino al centro dell'attenzione. Nel secolo precedente il distacco traumatico dei piccoli pazienti rispetto alla famiglia era tale da provocare gravi e diffusi disturbi psichici. Ancora negli anni 70, quando effettuavo la consulenza cardiologica al Meyer, lo storico ospedale pediatrico di Firenze, le visite dei familiari erano limitate agli orari prestabiliti, impensabile la copresenza in corsia nel tempo rimanente. Ovviamente all'interno dominava il colore bianco delle pareti, dei letti e dei camici dei medici e degli infermieri... L'unica manifestazione "artistica" poteva essere considerata una grande scritta nera in corsivo che spiccava su una parete

bianca esterna dell'edificio. La firma era di Cesare Cocchi, un pediatra famoso nel dopoguerra per aver contribuito in modo decisivo alla guarigione dei pazienti affetti da meningite tubercolare, malattia allora mortale. Vi si leggeva "...i bambini non devono soffrire, i bambini non devono morire...". Il messaggio era potente, anche se risentiva del retaggio grafico delle nere scritte propagandistiche del "ventennio" passato. Oggi, se lo studente in medicina evocato nell'incipit entrasse nel nuovo ospedale pediatrico Meyer, trasferito nel 2007 nella nuova sede a Careggi nelle colline fiorentine, un gioiello per le soluzioni architettoniche inserite nell'ambiente, si troverebbe avvolto dal colore e dalle realizzazioni artistiche che rendono "amichevoli" anche le più complesse e sofisticate strumentazioni mediche. Colore e manifesta-



Il nuovo Meyer, stanza di diagnostica non invasiva

zioni artistiche sono presenti ovunque negli ospedali pediatrici moderni, il dolore e la malattia sono avvertiti successivamente, ma attraverso il filtro potente dell'arte.

PS. Le considerazioni sull'azione positiva del colore e delle opere d'arte sulla salute dovrebbero essere tenute presenti anche in tutte le strutture sanitarie e non solo in quelle ospedaliere.

“

## Medicina Medievale. Istruzione del medico

Riportiamo a seguire un testo dell'Alto Medioevo. Sebbene non tutto sia completamente condivisibile, ad esempio il timing del pagamento, lo scritto colpisce per la sua estrema attualità.

*Per intanto ti ammonisco, medico, così come io sono stato ammonito dai miei maestri: devi leggere di continuo; non abbandonarti all' insolenza; visita i tuoi pazienti e rifletti assiduamente sul modo di curarli; ama la riservatezza e abbraccia la castità; rispetta il segreto di ogni casa; se vieni a sapere qualcosa di altri [medici] non parlare di loro, perché*



Chirurgia della cataratta

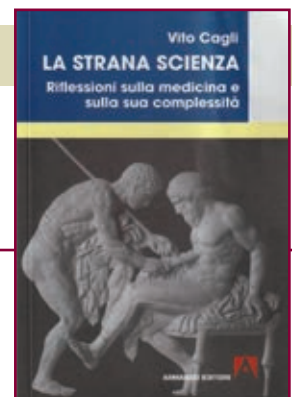
*col rendere lode ai metodi terapeutici e all' ingegno altrui tu stesso apparirai migliore; fatti pagare senza remissione, perché chi spende e regala si prepara a chiedere l' elemosina; incassa finché [il malato] prova dolore, perché, cessato il male, cesserà anche l' affanno.*

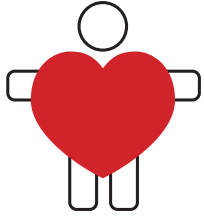
*Se rispetterai tutte queste [regole], avrai un crescente successo e non ci sarà medico più prestigioso di te. Leggi [questo] coi migliori auspici, fanne tesoro, sta' bene, e siano teco la grazia di Dio e le Musa della medicina, e ai tuoi pazienti conceda la salute Iddio, che è l' unico medico.*

F.S.

”

tra i libri ricevuti





# **Il Centro per la Lotta contro l'Infarto-Fondazione Onlus ringrazia per i generosi contributi**

- **Lucio Artusi** di Mirano
- **Ennio Asinari** di Sabbioneta
- **Giovanni Baldi** di Quarrata
- **Nicola Baldi** di Taranto
- **Virginia Barelli** di Reggio nell'Emilia
- **Giacomo Bassis** di Busto Garolfo
- **Lino Beber** di Pergine Valsugana
- **Maurizio Bina** di Cagliari
- **Anna Lisa Calosi** di Bagno a Ripoli
- **Salvatore Cantafio** di Pieve di Soligo
- **Marcello Capo** di Albano Laziale
- **Domenico Caporicci** di Macerata
- **Rosa Maria Cariati** di Roma
- **Massimo Casella Pacca Di Matrice** di Roma
- **Gianfranco Ceccarini** di Roma
- **Ofelia Cecchi Vassallo** di Mogliano Veneto
- **Gian Baldo Cecchini** di Bologna
- **Brunello Cerri** di Salò
- **Lanfranco Chiodetti** di Monza
- **Marco Cini** di Roma
- **Rosella Colombo** di Legnano
- **Mino Consumi** di Colle Val D'elsa
- **Enrico Conte** di Milano
- **Giovanni Coppi** di Roma
- **Pasquale Coratelli** di Bari
- **Iolanda Deantoni** di Roma
- **Antonio Del Sole** di Manziana
- **Silvana Della Grotta** di Mestre
- **Paolo Della Porta** di Milano
- **Gabriele Delmonte** di Parma
- **Felice Di Francesco** di Borgomanero
- **Carmelo Di Tommasi** di Modica
- **Floriano Duva** di Trieste
- **Giorgio Emanuelli** di Moncalieri
- **Zita Fabris** di Laveno
- **Agata Ferrara** di Misterbianco
- **Demetrio Festa** di Castiglione Cosentino
- **Giuseppe Francesconi** di Roma
- **Walter Funtò** di Roma
- **Stefano Gentile** di Ostia Lido
- **Stefano Ghetti** di Carpi
- **Aldo Giusti** di L'Aquila
- **Valter Guelfo** di Val Della Torre
- **Massimo La Gioia** di Roma
- **Ugo Lattuada** di Como
- **Mario Levoni** di Mantova
- **Elisa Lo Pinto** di Roma
- **Armando Elio Lo Schiavo** di S.Teresa Riva
- **Graziano Lonardi** di Bolzano
- **Giuliana Manetti** di Firenze
- **Rosa Maria Manfredi** di Roma
- **Antonio Manganelli** di Avellino
- **Luigi Mannucci** di Roma
- **Fabio Marchetti** di Roma
- **Salvatore Marchini** di Sarzana
- **Agata Maria Marenaci** di San Cesario di Lecce
- **Gianfranco Mattioli** di Rubiera
- **Cristina Meani** di Brugherio
- **Francesco Medi** di Viareggio
- **Mario Mellini** di Cavo Elba
- **Emmanuel Miraglia** di Roma
- **Mauro Nocentini** di Firenze
- **Sara Oradei** di Pergola
- **Claudio Orlandi** di Carpi
- **Giuseppe Orofino** di Torino
- **Renzo Palazzetti** di Roma
- **Manlio Palombo** di Amaseno
- **Bruno Pasqualini** di Varese
- **Bruno Pasqualoni** di Roma
- **Primo Picchi** di Roma
- **Francesco Piras** di Cagliari
- **Mario Prati** di Modena
- **Giorgio Rabitti** di Roma
- **Giuseppe Rippa** di Napoli
- **Angela Rossetto** di Motta di Livenza
- **Giulio Rossi** di Reggio Emilia
- **Armando Sabbatini** di Falconara M.
- **Luigi Santoro** di Ancona
- **Fernando Sensidoni** di Roma
- **Antonio Sinatora** di Mestre
- **Farmacia Ubaldo Stazi** di Galliciano nel Lazio
- **Anna Duodo Toffolo** di Treviso
- **Andrea Tonelli** di Bologna
- **Giuseppe Tricarico** di Terlizzi
- **Lucio Trodella** di Roma
- **Roberto Vannucci** di Sestri Levante
- **Paolo Viglierchio** di Savona
- **Giovanni Vizoco** di Venafro



di Bruno Domenichelli

# Pollock, gli sciamani del deserto e il pre-inconscio

*“Fissavo una tela sul muro o sul pavimento... Così mi sento... più parte del disegno, perché in questo modo posso camminarci intorno ed essere letteralmente nel dipinto... quando sono “dentro” i miei quadri, non sono pienamente consapevole di quello che sto facendo... Continuavo ad allontanarmi sempre più dai soliti strumenti del pittore. Preferisco usare calzuoie, coltelli, e lascio sgocciolare la pittura fluida o un impasto pesante con sabbia, vetri rotti o altri materiali”.*

Sono le parole apparentemente “folli” di Jackson Pollock nel descrivere il proprio modo di “fare pittura”. Che poi tanto folli non si sarebbero dimostrate, visto che dopo pochi anni le composizioni di Pollock venivano vendute alle aste a prezzi superiori a quelli di opere di Picasso o di Van Gogh!

Nel 1950, un giovane fotografo che aveva chiesto un'intervista all'artista, così scriveva: *“Una sgocciolante tela bagnata ricopriva l'intero pavimento. Pollock guardò il dipinto, poi inaspettatamente raccolse barattolo e pennello e cominciò a muoversi intorno... al quadro... I suoi movimenti, dapprima lenti, diventarono via via più veloci e simili a una danza, mentre scagliava pittura colorata di bianco, nero e ruggine...Finché dopo circa mezz'ora si fermò e disse: “Ecco fat-*



**Un esempio dell'action painting di Pollock.**

*“Una sgocciolante tela bagnata ricopriva l'intero pavimento: Pollock guardò il dipinto, poi inaspettatamente raccolse barattolo e pennello e cominciò a muoversi intorno... al quadro...”*

*to. Adesso c'è pura armonia!"  
La tela sembrava così un'arena  
in cui l'intero corpo del pittore  
agiva, servendosi, nel dipingere  
non della sola mano, ma di  
tutto il suo corpo."*

### **Le radici psicologiche dell'opera di Pollock**

Un vitalismo incontenibile animava Pollock. Al tradizionale modo di dipingere aveva sostituito l'*action painting*, in cui il termine "azione" assumeva il significato di un totale coinvolgimento psicosomatico nell'atto della creazione dell'opera. Una specie di corpo a corpo in cui scaricava la sua tensione interiore, spruzzando il colore sulla tela o facendolo sgocciolare (dripping) in maniera apparentemente casuale, mentre danzava *nell'opera*. Una gestualità segretamente rituale che Pollock aveva assimilato nei suoi anni giovanili osservando affascinato i pittori-sciamani operanti fra gli indiani navaho. I "sand painters", "pittori della sabbia", i quali, sotto l'effetto di allucinogeni, componevano le loro effimere opere artistico-rituali, tracciando i loro segni direttamente con le mani sulla sabbia del deserto, su cui poi danzavano, esprimendo così la loro ansia creativa e la



loro ancestrale ritualità. Pollock vedeva nelle espressioni artistiche degli sciamani "*i segni incontaminati dell'inconscio primigenio*" (V. Sgarbi, 2000). Simpatizzante della psicoanalisi junghiana, egli sentiva in sé le pulsioni artistico-magiche dell'arte dei primitivi americani, alle quali spesso dava sfogo nelle sue opere composte in uno stato di trance. Come il "folle" e lo sciamano, Pollock "*riporta dall'immersione nel proprio psichismo una materia poetica che offre alla comunità affinché venga conosciuta in forma di mitologia.*" (A. Schwartz, 2010). E lo fa in uno stato di inconsapevolezza, di estraneità da sé, di cui talora non era consapevole. "*Mentre dipingo, sono spesso inconsapevole di quello che faccio*" dichiarava. Atteggiamenti forse non del tutto estranei agli

effetti della quotidiana abitudine all'alcool. Situazione questa a cui forse allude Sgarbi quando parla di "*irriducibile disordine dell'io*".

### **Le radici artistiche**

Negli anni '40 e '50, Pollock esprime con ira la sua ribellione, tipica delle avanguardie newyorkesi, contro la cultura americana del tempo, che caratterizzava la beat generation e che egli esprimeva, come "*reazione ad una società in cui tutto è progettato...una reazione violenta che egli manifesta facendo della sua pittura un'azione non "progettata" ... Nei suoi grovigli arrovellati di segni riesce a rappresentare... i confusi, ansiosi, inutili itinerari della gente nel labirinto delle città.*" (G.C. Argan, 1977).

Con il Surrealismo si afferma la creatività artistica come strumento di autocoscienza,

conducendo ad una maggiore chiarificazione della propria realtà psichica profonda. Psicoanalisi e Surrealismo propongono infatti itinerari analoghi sul versante psichico ed estetico della mente umana. In entrambi possiamo individuare possibili spunti psicoterapeutici. Le immagini oniriche del Surrealismo costituiscono spesso strumenti di conoscenza della struttura psichica, analogamente ai sogni raccontati dai pazienti nel corso di una psicoterapia. Lo stesso Pollock dichiarava che durante le sue realizzazioni artistiche l'istintività era fondamentale e, a proposito della fase creativa dell'action painting, affermava di lavorare spesso in stato di inconsapevolezza.

### **Pollock e Kandinskij**

Negli anni successivi al diffondersi del Surrealismo, si apre con Kandinskij la stagione dell'Astrattismo. Parallelamente, le incursioni dell'arte nel mondo psichico intuisciono strati sempre più arcaici dell'inconscio, in varia maniera esplorati dai Surrealisti. In questo senso Kandinskij apre la strada a Pollock.

Prendono infatti corpo, nelle composizioni di Kandinskij, le realtà psichiche inconscie, sotto la spinta, ancora lucida e con reminiscenze figurative, di quella che l'artista russo definisce come "necessità interiore", vere e proprie pulsioni all'esplorazione dei campi interiori di energia psicofisica che, in molte delle sue opere si intuiscono, come in un teorema di fisica, nello zi-

gzagare fulmineo di nere linee di forza e nella suggestione dei contrasti cromatici.

Le energie interiori e le pulsioni della dinamica psichica, intuite da Kandinskij, fanno dell'artista russo il precursore delle motivazioni primarie dell'action painting di Pollock. Dinamiche creative espresse dal ricorso ragionato ad un apparente caos formale. Pollock va oltre. Le sue opere esprimono infatti una "necessità interiore" psicofisica integrale, che si colloca alle soglie dell'irrazionalità. Sgocciolando sapientemente vernici sulla tela egli danza "dentro" le sue opere creando, con la sua frenetica ed incontenibile energia psicosomatica, immagini di irripetibili suggestioni.

### **Pollock e il pre-inconscio**

A differenza di Kandinskij, però, *"La rinuncia al soggetto comunque identificabile è completa e il risultato è... una sommersione senza scampo nel magma materico, un riconoscersi nell'esistere come parte di un violento processo organico"*. (A. Busignani, 1970). Ne emerge un'iconografia pittorica in cui l'apparente caos è lo specchio di quello strato della psiche umana che precede la progressiva stratificazione dei



Vittorio Sgarbi

materiali dell'inconscio. Possiamo allora dire che Pollock va al di là dei livelli esplorati dal Surrealismo, sollevando più o meno consapevolmente il velo su quel livello dello psichismo che potremmo definire come "pre-inconscio". È il livello delle energie indifferenziate ed elementari della struttura neuropsichica dell'individuo, che possiamo far corrispondere ad una fase pre-archetipica della strutturazione psichica, quella in cui gli archetipi non si sono ancora differenziati da quel primordiale magma indefinibile di energia psicobiologica che precede ogni organizzazione mentale. Un livello che in termini neurofisiologici potremmo ipotizzare come localizzabile nei centri talamo-ipotalamici. Questo coinvolgimento dello "strato sotterraneo dell'inconscio", parallelamente all'integrale partecipazione psicofisica dell'artista durante la sua action painting, era stato peraltro ben sottolineato da G.C Argan nel 1977; e già nel 1970 A. Busignani sottolineava come in Pollock si "scatenava veramente una materia non subcosciente, ma semmai subrazionale". Capace di "saggiare la violenza primaria dell'esi-

stenza di un'incontrollata profondità dell'anima".

Né si deve trascurare, come componente della gestualità dell'action painting, l'inveterata dipendenza alcolica di Pollock.

### Valutazione critica

L'espressionismo astratto di Pollock sfugge ad ogni possibilità di giudizio obiettivo di valore, anche se diversa è stata la valutazione da parte del mercato che ha portato le sue opere a valutazioni iperboliche da far invidia a Van Gogh.

La storia dell'Arte americana lo considera il più importante esponente dell'espressionismo astratto. Pollock ha introdotto una nuova tecnica pittorica: l'action painting, la "pittura d'azione", capace di dare voce ed espressione ai contenuti più profondi della mente umana. E di coinvolgere mente e corpo dell'artista al momento della creazione dell'opera.



Kandinskij, astrattismo

Le sue composizioni hanno radici culturali e psicologiche che stimolano riflessioni anche sulla storia umana dell'artista, come esponente della cultura generale americana del periodo fra le due guerre mondiali. Pollock nacque nel profondo della provincia americana, nel Wyoming, nel 1912, in una famiglia di agricoltori. La sua formazione esistenziale assorbe l'influenza determinante della cultura dei nativi americani ed in particolare de-



**J. Pollock. Numero 12 (1952)**

... Chiedersi, ancor prima di interrogarsi sull'eventuale "messaggio" insito nell'opera, se l'opera stessa è capace di indurre immediate reazioni di carattere razionale od emozioni istintive di coinvolgimento dell'inconscio (o del pre-inconscio?).

gli sciamani navaho, che, ispirati dalle loro primitive ritualità magiche e totemiche, manipolavano sulla sabbia del deserto le loro opere sotto l'effetto degli allucinogeni. Elementi di suggestione spirituale e di una cultura che ritroveremo in gran parte della produzione pittorica di Pollock. Una pittura che suggestiona e che, in maniera subliminale, cattura l'interesse di chi si avvicina alla sua opera. Nel 1949, la famosa rivista Life si chiedeva di Pollock: È il più grande pittore degli Stati Uniti?

Al di là della considerazione della critica, ogni giudizio di ordine "estetico" delle composizioni di Pollock dovrebbe presumere per l'osservatore la rinuncia ai parametri critici tradizionali validi nella sfera dell'arte figurativa. Per esprimere un obiet-

tivo giudizio di valore è, innanzitutto, necessario collocare l'opera di Pollock nel contesto del momento storico-sociale e del suo significato nella storia dell'Arte contemporanea, ed accettare che nel giudizio siano considerate anche componenti che vanno oltre la stretta valutazione "estetica" della singola opera.

La prima riserva da rimuovere è quella avanzata da coloro che sostengono che specialmente le opere tardive dell'autore, quelle in cui l'autore "danza" dentro la composizione, altro non siano che espressione della casualità della composizione e del segno, di un automatismo fine a se stesso e vuoto di ogni prospettiva di significato. Espressione, quindi, di un caos che rende opinabile

ogni criterio di giudizio, legittimando giudizi negativi sulla "buonafede" dell'artista nel momento della programmazione dell'opera, specialmente ai fini di un mercato suggestionabile da elementi di giudizio estranei all'opera in sé.

Pollock come "pittore del caso", allora? L'arte di Pollock deve in effetti molto alla *scrittura automatica*, introdotta da A. Bréton, che ha origine dalle radici dadaistiche del Surrealismo francese. Autorevoli critici escludono peraltro che le opere di Pollock nascano "a caso" e cercano altrove motivi di giudizio della sua opera. G.C. Argan (1977) afferma ad esempio che *"la tecnica-antitecnica di Pollock non oppone al progetto la casualità, ma il comportamento coordinato dell'artista e dei suoi materiali. Il margine di casualità è minimo... basterebbe un passo falso e si romperebbe il nesso che fa vivere insieme, fisicamente, il pittore e la sua pittura"*. Analogamente altri critici affermano che *la tecnica del dripping non è lasciata al caso, ma risponde a un disegno molto controllato in cui anche la scelta dei colori è consapevole* (ARTE- Il sole 24 ore, 2005 p. 55). Mediante studi sperimentali alcuni ricercatori confermerebbero infatti che Pollock ha attraversato un lungo processo di sperimentazione per perfezionare la tecnica del dripping, alla luce della conoscenza delle leggi fisiche della dinamica dei fluidi (R. Zenit, 2019). A un famoso pittore contemporaneo, nel chiedere giudizi delle proprie opere agli amici, non interessava tanto che l'opera venisse giudicata "bella", ma "vera". Vera nel senso di essere capace,



prima di apparire “bella”, di suscitare nell’osservatore “vere” sensazioni emotive, oltre che essere ovviamente considerata il risultato di una genuina risposta dell’autore alla propria “necessità interiore”.

Per formulare un giudizio su un’opera di Pollock, in molti casi “discutibile”, è allora utile soffermarsi a chiedersi se essa sia “vera”. Chiedersi, ancor prima di interrogarsi sull’eventuale “messaggio” insito nell’opera, se l’opera stessa sia capace di indurre immediate suggestioni di carattere razionale od emozioni istintive di coinvolgimento dell’inconscio (o del preinconscio?). Riuscire a “penetrare” nella suggestione di un’opera di Pollock significa innanzitutto entrare inconsciamente in risonanza con il suo vitalismo straripante, facendoci coinvolgere dalle sue linee, dai suoi colori e dalla fisicità del suo entusiasmo creativo, anche senza alcun riferimento figurativo.

Ho sempre pensato alle ultime opere di Pollock come a mappe cifrate di moderne metropoli, inquietanti labirinti dell’anima, esorcismi contro l’alienazione; di una soffocante tecnologia, di un sovraffollamento nevrotizzante di luci e di individui che si uccidono come topi di laboratorio chiusi in gabbie troppo strette, luogo in cui si consumano feroci mitologie di una Società dove si può morire di fame o di benessere.

Ho pensato ad atmosfere dense di “sgocciolanti” angosce essenziali e di grumi tossici di materia colorata gettata su intrichi inestricabili di tessuto urbano ostile ed aggressivo.



Ed ogni volta pensavo che le metropoli osservate da Pollock dall’alto fossero metafore della frenesia del nostro vivere quotidiano, all’insegna dell’urgenza del tempo, senza pause di silenzi o di spazi verdi. Ad immagini forse non “belle”, ma sicuramente “vere” e pulsanti, capaci di imprimersi nel magma indifferenziato del preinconscio.

### **Immagini “profetiche” di un alcoolizzato?**

Jackson Pollock muore nel 1956 per un incidente stradale, a 44 anni, ubriaco, al volante della sua auto.

## **POLLOCK E IL PREINCONSCIO**

Cavalcavi un drone dalla voce di bambino, telecomandato dalla stanza dei giochi; come un Icaro sapientemente folle, finalmente capace di soddisfare l’ansia di volare.

Dall’alto, il mondo lo vedevi come lo sciamano navaho della tua memoria, che disegnava sulla sabbia mappe cifrate di città.

E tu vi tracciavi reticoli policromi di strade impazzite dove costruire dimore per l’anima.

Come uno sciamano capace di inventare la realtà, vi camminavi dentro abbacinato dalla magmatica energia compressa nel tuo corpo che danzava.

Rincorrevi il tuo sogno vestendo di follia la fantasia, alla ricerca della chiave per raccontarci la tua felicità.

E disegnavi filigrane di caleidoscopici segni per esplorare aggrovigliati abissi, affacciato da psichedeliche finestre aperte nella mente, per scoprire nell’anima scintille scaturite nel buio di preinconscie verità.



di Salvatore Milito

# Mistici lontani e bizzarre posture

## Vite oltremondane

Di Diogene di Sinope (412 a.C. - 323 a.C.), vissuto tra Atene e Corinto, si ricordano il pungente sarcasmo (“Cerco l’uomo”, diceva, percorrendo le vie con una lanterna in mano) e l’azzardata risposta ad Alessandro Magno (“Scostati dal mio sole!”) il quale, in piedi davanti a lui, gli chiedeva se avesse bisogno di aiuto.

Diogene scelse di vivere fino alla morte in una grande giara adagiata sul fianco, scalzo, con un indumento sbrindellato addosso e, come unici beni, una lanterna, una bisaccia e una scodella. Insomma, una vita da barbone cencioso ma che riassumeva la filosofia di questo caposcuola dei Cinici, il quale razzolò né più e né meno come predicò: con estrema sobrietà, nel più severo ascetismo e nell’avversione per ogni artificio (gettò via la sua scodella quando vide un tale bere nell’incavo delle mani). Non fu il solo e, forse, nemmeno il primo ad autoescludersi in maniera così radicale dalla vita civile e dai suoi agi. Fu però quello che alle sue scelte diede forza d’esempio, tanto da segnare profondamente la sua epoca. Disse di lui lo stesso re macedone: “Se non fossi Alessandro vorrei essere Diogene!”.



Diogene di Sinope



Alessandro Magno



Stilita

### Stiliti, capitelli in carne ed ossa

La storia abbonda di personaggi strambi, anticonformisti, che si privano delle necessità primarie della vita in ossequio ad un olimpo implacabile nell'imporre ai suoi fedeli i più svariati e fantasiosi tormenti fisici. Ogni osservante si autoinfligge le pene corporali prescritte dalla tradizione per aprirsi un varco verso l'agognato mondo delle beatitudini. Tra questi asceti si distinguevano gli *stiliti* (dal greco *stilos*, colonna), monaci cristiani anacoreti vissuti in Siria e in Palestina dal quinto al settimo secolo. Vivevano per anni, spesso fino alla morte, rannicchiati sulla sommità di una colonna. Nella prima metà del 400 d.C., dalle parti di Aleppo, San Simeone il Vecchio, il più famoso di questi personaggi, visse arroccato, pare, in cima ad un pilastro per trentasette anni, esposto ad ogni intemperia e nutrendosi dei frugali pasti offerti dai viandanti. Scopo di questa vita di penitenza era scacciare il demonio e purificarsi l'anima. Visti come supremi testimoni di fede, molti stiliti furono venerati dal popolo e vennero canonizzati.

### Strane posture mistiche

In India, terra degli estremi, in cui abbondano le pratiche sacrificali, uno dei simboli della spiritualità è il *Sadhu* (Sant'uomo, in sanscrito), che veste di colori diversi a seconda della setta di appartenenza, con il corpo variamente dipinto e capelli, barba e unghie smisuratamente lunghi. Il *Sadhu* rinuncia ai legami familiari e ad ogni forma di piacere terreno. Convinto che soffe-

renza e privazioni siano la via della vera saggezza, si nega ogni forma di vita affettiva, non possiede nulla, si nutre di ciò che gli si offre e consacra la propria esistenza agli dei. Tra i *Sadhu* vi sono casi estremi di penitenza autoinflitta in cui il santone si obbliga a tenere un braccio perennemente proteso verso l'alto, senza mai riportarlo in posizione normale, in segno di devozione alla divinità Shiva. Col tempo l'arto si svuota dei suoi fluidi e va incontro ad estrema atrofia da disuso, la sua pelle si assottiglia e si raggrinzisce, la mano si scarnifica, le unghie incolte crescono fino a diventare lunghi artigli adunchi. Non è dato sapere se ogni tanto il santone abbassi il braccio di nasosto. Sennonché l'arto ridotto a pelle e ossa e l'irreversibile anchilosi della spalla trovano una convincente spiegazione nel mantenimento ininterrotto o quasi di quella innaturale posizione. D'altronde i *Sadhu* indiani sono noti per le loro pratiche fuori dal comune. Molti di loro, benché devastati nel fisico dalle penitenze e dai digiuni, mostrano capacità di sopravvivenza straordinarie. Tra quelli che si infliggono mortificazioni oltre l'umana imma-



Esempio di Standing Baba

so, i muscoli si squagliano in fasci gracili e inservibili, compaiono ulcere cutanee profonde, dolorose, ricoperte di putridume bramato dalle mosche. Un certo grado di analgesia viene assicurato a questi mistici da generose fumate di hashish, una delle prerogative del dio Shiva. L' "erba" viene acquistata dal Sadhu con le elemosine ricevute o gli viene donata dai suoi devoti. Probabilmente aiuta a lenire lo strazio anche una forma di autoipnosi indotta dal canto incessante della sacra sillaba "Om", suono che nella tradizione in-

## Shantaram

Quello degli *Standing Baba* è un esempio dei più cervellotici supplizi auto-inflitti che si possano ideare. La pratica di questa postura viene considerata un mezzo sicuro per raggiungere la perfetta illuminazione spirituale. Si trovano ancora *Standing Baba* in India e in Nepal, patrie di venerabili ed asceti in perenne contrasto col mondo materiale. Nel suo romanzo "Shantaram", Gregory David Roberts ne dipinge alcuni nella loro disagiatissima posizione: eretti di giorno, con le braccia poggiate su un supporto e, di notte, col busto sostenuto ritto da un'imbracatura sospesa con corde al soffitto o al ramo di un albero, senza mai assumere la posizione supina. Venerati e circondati di premure questi mistici considerano la loro esistenza come anticamera di un aldilà nel quale risiede lo scampo all'insopportabile "frastuono del troppo", come lo chiama Paolo Rumiz. Molti di loro vengono trattati come fossero incarnazioni divine, altri, finti sant'uomini che non disdegnano il proscenio, si concedono ai clic di turisti golosi di inquadrature pittoresche.

ginazione, vi sono gli *Standing Baba*, santoni che fanno voto di vivere stando in piedi giorno e notte, per anni, né seduti né sdraiati, mai e in nessuna circostanza, ore di sonno incluse, appoggiandosi alternativamente su un piede e poi sull'altro. Prima o poi, per la prolungata stasi gambe e piedi si gonfiano fino a trasudazione degli umori, le vene erompono sotto la pelle, inturgidite da un sangue gros-

duista riecheggia la Vibrazione Primordiale dell'Universo.

Più avanti nel tempo ginocchia ed anche vanno incontro ad anchilosi difficilmente riducibile. La postura devozionale continua fino a che l'asceta non venga consumato dal tempo e dalle multiple infrazioni ai dettami della fisiologia o finché non sopraggiunga una trombosi venosa profonda degli arti inferiori seguita da embolia.

## “La loro scelta definisce l'intera India” (Osho, famoso guru).

Agli occhi degli occidentali queste esaltazioni mistiche vissute oltre i limiti dell'umana condizione potrebbero apparire come manifestazioni bislacche. Ma ogni giudizio sulla realtà indiana e sulle sue liturgie non può non tener conto dell'alto livello di spiritualità di questo popolo. Milioni di indiani e nepalesi si dedicano alla pietas e all'ascetismo errante, riducono il loro mondo a rituali, preghiere e sfide ai limiti dell'esperienza sensi-



bile; il loro sguardo sulla morte, vista come liberazione dopo un'intera vita subita come una sentenza è sconosciuto in occidente; disprezzano il loro corpo, involucro indegno di un'anima che aspira al Nirvana; conducono un'esistenza agli antipodi dei modelli di vita fondati sul valore dell'avere e trascorrono l'esistenza con la meditazione e con la mortificazione della carne.

## tra i libri ricevuti

**Davide Cassine: IO E LEI . Storia di un medico e della sua malattia. Edizioni Lindau, Torino 2020, pag. 150. Euro 14**

L'autore, primario chirurgo oncologo a Torino, racconta in prima persona la sua ormai triennale lotta con un tumore. Il modo in cui ha accettato e affronta questa sfida e la sua appassionata ricerca di significati costituiscono i temi portanti del libro.

La malattia, quindi, vista dall'interno da parte di un addetto ai lavori al quale non può rimanere celato nulla, e i tanti profondi insegnamenti che possono derivarne per gli ammalati stessi, per le persone che vivono accanto a loro, per i medici e per il “mondo dei sani”, che spesso non sa come confrontarsi con queste situazioni.

Davide Cassine, 57 anni, è un uomo coraggioso, con una famiglia ancora giovane alla quale desidera continuare a stare accanto, un lavoro che lo appassiona che ha dovuto temporaneamente sospendere per curarsi, tanti interessi che lo legano alla vita. E forte di una lunga esperienza professionale analizza la sua situazione con lucidità, senza illudersi ma senza chiudersi alla speranza, osserva i comportamenti dei colleghi e degli amici di sempre che a volte latitano e di quelli nuovi che si sono avvicinati a lui in questo tempo difficile; e senza polemizzare e senza voler dare lezioni a nessuno, osservando le cose con partecipazione e capacità di comprensione, fa capire quale sarebbe l'atteggiamento giusto e auspicabile nei confronti di chi si trova in una condizione come la sua.

Ma non è tutto. C'è in questo libro la nostalgia di un “Oltre”, di una dimensione spirituale che il protagonista indaga con occhio critico e attento anche per vie non convenzionali, quali sono quelle offerte dalla ricerca di confine, in particolare, le ormai molto note esperienze in punto di morte (NDE), oggi raccolte e studiate in tutto il mondo, che del nostro destino ultimo propongono una sorprendente e confortante visione. E dopo aver sperimentato molto in questo campo, Davide Cassine non esita a raccontare quanto aiuto abbia ricevuto da tale tipo di ricerca.

Un racconto intenso, profondamente umano, vissuto in piena consapevolezza da un addetto ai lavori, senza mai abbandonare la voglia di capire e di lottare, senza mai perdere fiducia e speranza.

Un libro che sarà utile a molti; parenti, amici, colleghi, ammalati e sani.



## LA VIGNETTA DI CIP



di Giovanni Ciprotti

**BANCO MONOPOSTO INNOVATIVO  
PER LEZIONI ALL'APERTO**



*J. 2000*



Alessandro Battagliese intervista Camillo Autore



## La Storia Naturale della Cardiomiopatia Ipertrofica (CMI)

*“la storia naturale della CMI è il racconto di tante storie naturali dei pazienti in questi 60 anni, che rispecchia il diverso livello di conoscenza della malattia nel tempo e il miglioramento progressivo delle strategie di trattamento. Allo stato attuale possiamo osservare una storia naturale dei pazienti con CMI che è evoluta verso una storia innaturale con profilo più benigno. Al contrario, non siamo ancora in grado di intervenire sulle cause primarie della malattia e di modificarne il corso biologico.”*

**Prof. Autore, innanzitutto complimenti per l'impegno e la dedizione con cui segue i pazienti affetti da cardiomiopatia ipertrofica. Il Suo è uno dei centri di riferimento per questa cardiomiopatia nel Lazio. Le chiedo di fornirci il Suo punto di vista relativamente alla gravità e prognosi di questa malattia. È così grave quanto sembra?**

La cardiomiopatia ipertrofica (CMI) era considerata negli anni '60, non molto tempo dopo la prima descrizione nella letteratura medica, una malattia molto grave con un'elevata mortalità annuale, compresa tra il 4% e il 6%. All'epoca, le informazioni sui pazienti affetti provenivano in larga parte da due soli centri terziari. Tra gli anni '80 e '90, dopo l'introduzione dell'ecocardiografia nella diagnosi della CMI, la nostra comprensione della malattia è migliorata. È stato possibile esaminare coorti di pazienti non selezionate e abbiamo potuto dimostrare un profilo prognostico più benigno della malattia con una mortalità annuale dell'1,5% o anche inferiore. La storia naturale del-



Cardiomiopatia ipertrofica

la malattia è cambiata ulteriormente con le attuali strategie di trattamento, con il risultato di una mortalità annuale inferiore all'1% e una maggiore aspettativa e qualità di vita dei pazienti con CMI.

**Grazie Professore. I pazienti con CMI sono tutti uguali o è possibile distinguere fenotipi differenti di malattia con differente prognosi?**

Dal 2000 in poi numerose pubblicazioni analizzano il valore prognostico delle diverse manifestazioni cliniche della CMI e ne descrivono le complicanze, utilizzando ampie casistiche non selezionate e studi multicentrici. Si comprende a questo punto che il decorso clinico e le complicanze cui possono andare incontro i pazienti con CMI, camminano lungo percorsi separati e relativamente indipendenti, dove, accanto a una maggioranza di pazienti (il 60% circa) che ha un decorso sostanzialmente stabile e senza (o con minori) complicanze si possono distinguere 4 sottogruppi caratterizzati da: 1) un elevato rischio di morte improvvisa, 2) sintomi progressivi di insufficienza cardiaca con grave limitazione funzionale spesso associati

a dolore toracico e usualmente in presenza di una funzione sistolica conservata, 3) evoluzione verso la fase end-stage con rimodellamento ventricolare e disfunzione sistolica e 4) fibrillazione atriale con il rischio dello stroke embolico.

Nel 2003, per la prima volta dopo oltre 40 anni dalla prima descrizione della CMI, in una popolazione prospettica di oltre 1000 pazienti, di cui il 25% con gradiente all'efflusso in condizioni basali (>30 mmHg), viene dimostrato che l'ostruzione nel tratto di efflusso del ventricolo sinistro è un marker forte e indipendente di progressione dei sintomi di scompenso cardiaco e mortalità legata a insufficienza cardiaca e stroke.

**Professore Lei ha parlato di morte improvvisa. Ci sono degli ulteriori markers clinici o anatomici in grado di predire una prognosi peggiore ed un aumentato rischio di morte improvvisa? La risonanza magnetica cardiaca può aiutarci?**

Nel 2006, abbiamo la prima pubblicazione relativa a pazienti con evoluzione end stage della CMI (il 3,5% di una casistica di oltre 1200 pazienti). Questo percorso sfavorevole della malattia, si accompagna a una mortalità annua dell'11% e rappresenta un importante fattore di rischio per morte improvvisa. Un altro percorso di progressione della CMI, segnalato più di recente, è quello caratterizzato dallo sviluppo di un aneurisma apicale (fino al 5% dei casi). Questa evoluzione della malattia, al cui riconoscimento la risonanza magnetica del cuore ha dato un importante contributo, si accompagna a un rischio elevato per morte, soprattutto morte improvvisa, aritmie ed eventi cardioembolici con un rischio 3 volte superiore di complicanze legate alla malattia rispetto al resto dei pazienti senza aneurisma.

**Grazie Professore. Ma quali sono le attuali strategie di trattamento che hanno migliorato la prognosi della cardiomiopatia ipertrofica?**

Dal 2000 in poi si sviluppano nuove strategie di trattamento della CMI e altre ricevono un nuovo impulso. Il defibrillatore impiantabile (ICD) è in grado di interrompere aritmie fatali e si dimostrerà efficace a prevenire la morte improvvisa sia nella popolazione adulta (10%/anno di interventi in prevenzione secon-

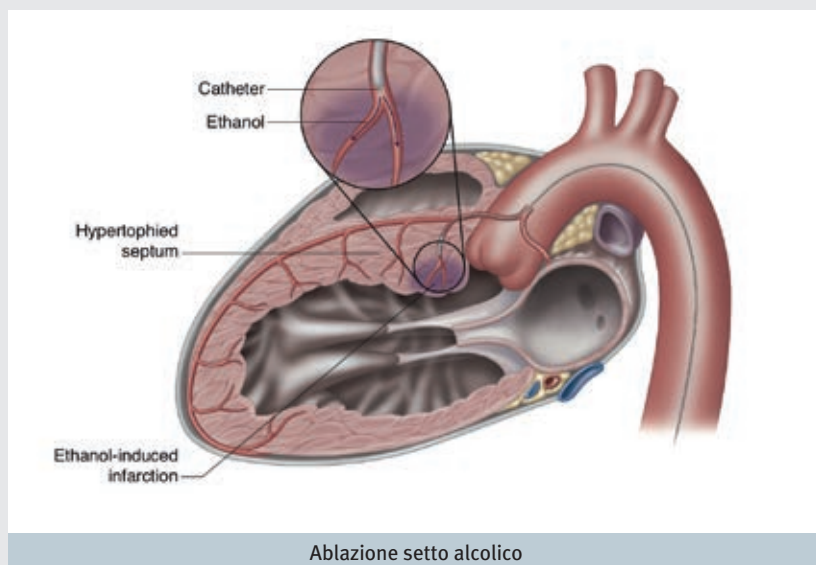




Defibrillatore impiantabile (ICD)

daria e 4% /anno di interventi in prevenzione primaria) che nei bambini. Questo strumento cambia la storia naturale dei pazienti con CMI. Nei pazienti con profilo prognostico caratterizzato da insufficienza cardiaca severa refrattaria, accanto alla terapia medica massimale il trapianto cardiaco viene utilizzato con maggiore frequenza. La sopravvivenza dei pazienti con CMI nel post-trapianto appare superiore a quella dei trapiantati per altre patologie. Anche il trapianto modifica la storia naturale della malattia e l'aspettativa di vita di molti pazienti. Con la pubblicazione dei risultati provenienti da due diversi centri di riferimento (Rochester e Toronto) in cui si dimostra che il trattamento chirurgico di rimozione del gradiente nel tratto di efflusso del ventricolo sinistro può modificare la sopravvivenza dei pazienti con CMI, la miectomia ha un

nuovo impulso, specialmente in confronto ai 30 anni precedenti. La tecnica chirurgica si arricchisce di interventi complementari rispetto alla semplice miectomia tradizionale e la mortalità operatoria scende da un inaccettabile 6% a un valore inferiore all'1% nei Centri di Eccellenza. L'indicazione all'intervento viene estesa a una percentuale maggiore di pazienti con la forma ostruttiva della malattia, in considerazione del miglioramento dei sintomi stabile nel tempo. Questo nuovo impulso al trattamento della forma ostruttiva con la miectomia ha rappresentato un importante passo avanti nella riduzione della mortalità e della morbilità nella CMI. In pazienti selezionati, anziani o con rischio chirurgico elevato per la presenza di importanti comorbidità, l'ablazione alcolica del setto, tecnica introdotta verso la fine degli anni '90, rappresenta adesso una valida alternativa alla chirurgia, ottenendo nei pazienti con la forma ostruttiva della malattia un importante miglioramento dei sintomi e una buona sopravvivenza nel lungo termine.



Ablazione setto alcolico

### **Quindi possiamo affermare che è una malattia curabile?**

Certamente la prospettiva clinica come quella psicologica della CMI è cambiata e i pazienti possono essere assicurati sul decorso della malattia e sulla potenzialità di interventi terapeutici

tici che possono sia far fronte alle complicanze sia migliorare la qualità della vita.

Ma la realtà non è tutta così positiva e una maggiore cautela nel giudizio sulla prognosi di questa malattia è necessario. Nonostante la storia naturale dei pazienti con cardiomiopatia ipertrofica si sia trasformata in una più benigna “storia innaturale” grazie alle attuali strategie di trattamento, di fatto non abbiamo ancora una cura della malattia. L'evoluzione della cardiomiopatia ipertrofica, il processo delle modificazioni progressive del suo substrato anatomico e funzionale con il conseguente rimodellamento cardiaco, procede secondo un percorso di “storia naturale” esattamente come poteva avvenire

60 anni fa, quasi per nulla toccato (influenzato) dai nostri interventi volti essenzialmente al trattamento delle complicanze della malattia.

In accordo con queste considerazioni, risultati meno entusiastici sono riportati nel registro multicentrico SHaRe basato sull'osservazione nel tempo di oltre 4500 pazienti. L'analisi dei dati mostra che l'insufficienza cardiaca e la fibrillazione atriale pesano in modo non trascurabile sulla morbilità della malattia, così come la mortalità, soprattutto nei pazienti diagnosticati in giovane età e in quelli con le mutazioni sarcomeriche.

**Professore Le chiedo un'ultima riflessione. Cosa manca ancora?**

Un giudizio più globale sulla prognosi deve basarsi non soltanto su quanto la malattia oggi possa condizionare la sopravvivenza dei pazienti, ma anche su come e quanto le strategie terapeutiche che mettiamo in atto per prolungare la vita dei pazienti (defibrillatori, miectomia, trapianto) ne condizionino, di fatto, la qualità e siano responsabili di una morbilità aggiuntiva legata alle loro potenziali complicanze. Per migliorare il trattamento dei pazienti con CMI è necessario sviluppare ulteriori strategie innovative che includano terapie in grado di prevenire la progressione delle alterazioni fenotipiche della malattia e le loro conseguenze sfavorevoli.

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

- *In ricordo di Sergio Peruzzi i colleghi del comune di Firenze*
- *In ricordo del marito Marcello Abita la moglie*

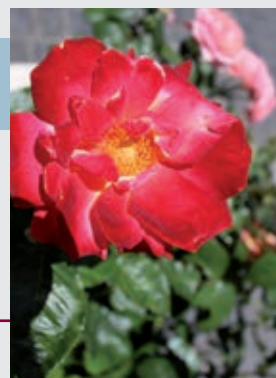


Foto di Giorgia Magnoni

di Filippo Stazi

# Quadri e Salute



*Mouflage Studio* è un'opera di Franz Sedlacek, considerato uno dei più importanti artisti austriaci del periodo tra le due guerre. Nato a Breslavia nel 1891, morì nel 1945 in qualche punto imprecisato della Polonia, durante la seconda guerra mondiale, dopo aver combattuto in Olanda ed a Stalingrado. Venne dichiarato morto solo nel 1974. Considerato che combattè anche nella Grande Guerra, in Galizia e sul fronte dell'Isonzo, ha trascorso complessivamente quasi 8 anni della sua vita in trincea. Sedlacek fu legato alla Nuova Oggettività ("Neue Sachlichkeit"), un movimento simile al realismo magico italiano e molto vicino al surrealismo. Nel suo primo periodo grafico disegnò mondi onirici surreali e minacciosi che oscillavano tra le scoperte della psicoanalisi di Freud e la dubbia alienazione sociale del suo tempo. Successivamente si è concentrato sulla pittura ad olio, ispirandosi allo stile degli antichi maestri olandesi. Parallelamente cambiarono anche i suoi temi: da danze spettrali a paesaggi ampi e deserti, più calmi ma mai idilliaci e sempre evocativi dell'alienazione e della solitudine dell'individuo.

In *Mouflage Studio* Sedlacek, col suo stile geniale e imprevedibile, al confine con la caricatura e quasi presago della cultura della street art e del comic, raffigura uno studio in cui si pratica il Mouflage, l'arte di applicare lesioni finte su manichini da insegnamento o pazienti simulati, per addestrare il personale medico e militare. Tali modelli sono spesso molto realistici e tuttora utili per mostrare agli studenti di oggi le caratteristiche di malattie rare, come la tubercolosi cutanea o la lebbra, tanto da essere un importante strumento di educazione nelle scuole di medicina.

## tra i libri ricevuti



“

## Una poesia ricreativa

Alfonso Cortés (1893-1969), il poeta pazzo, è nato e vissuto in Nicaragua tra ricoveri in manicomio e i dileggi dei ragazzini. Di grande sensibilità e finezza lirica, riporto una poesia, “Frammento”, nella quale si cita l’arresto del cuore, e che mi illudo di tradurre:



### Fragmento

*Cuando tiendes el indice, se detiene  
asombrado el Olvido, y si llamas, viene  
a retorcerse a tus plantas el Porvenir.  
La Primavera no es mas que una  
palabra tuya, y la luna, un recuerdo  
que has dejado prendido en las sarzas del éter.  
Bajo tu pecho bate lento, dulce y  
constante un péndulo vivo, y si llegara a  
pararse el Tiempo, rodaría roto.  
Tu paso es tan fino y breve como si  
interceptaran el suelo suspiros de angeles  
tristes, y cuando caminas se quedan  
en el aire coversando de ti, los perfumes.  
Una divina delicia, flor de tu alma,  
está diciendo claramente que el día que  
tu ames, será una cosa nueva el amor.*

### Frammento

Quando tendi l’indice, s’arresta  
intimorito l’Oblío e, se chiami, viene  
stramazzando ai tuoi piedi il Futuro.  
La Primavera non è che una parola  
tua, e la luna, un ricordo che  
hai lasciato perso tra i rovi dell’etere.  
Nel tuo petto palpita lento, dolce e  
continuo un pendolo vivo, e se dovesse  
arrestarsi il Tempo, si fermerebbe.  
Il tuo passo, sì breve e delicato, è come  
se il sospiro di angeli tristi intralciassero  
il cammino e quando vai restassero  
sospesi parlando di te, i profumi.  
Una delizia divina, fiore del tuo cuore  
sta dicendo apertamente che il dì ove  
tu amerai, cosa nuova sarà l’amore.

E.P.

”



di Massimo Pandolfi

# E chi non beve con me, peste lo colga...

Una delle tante frasi rese famose dal grande schermo. La pronunciò nella Cena delle Beffe il grande Amedeo Buffa, all'epoca Amedeo Nazzari. Aveva derivato il nome d'arte dal nonno materno, che ammirava particolarmente. Rivederlo sul piccolo schermo da tuttora l'impressione di fare un salto in un passato ormai remoto ...

Anche il vecchio pensava al passato, ad un tempo che ormai non gli apparteneva più e che avrebbe voluto rivivere, anche se allora era povero in canna ed ora era ricchissimo, ma consapevole che nessuna delle sue ricchezze gli avrebbe consentito di acquistare anche solo un'ora del tempo che gli restava e gli sfuggiva lentamente dal corpo dolente. Poteva solo ritornare con la mente alla sua giovinezza, quando i morsi della fame che non affliggevano solo lui, ma anche la moglie e i figli, ridotti ormai a scheletri dai grandi occhi lacrimosi, avevano ingigantito il suo coraggio e gli avevano fatto accettare il lavoro all'Ospedale, nella grande piazza del mercatale di Figline Valdarno. Il cadavere aveva i segni inconfondibili del nuovo e antico flagello e solo toccarlo, per spogliarlo dei vestiti, gli faceva venire i brividi. Vinse la paura del contagio e, toccando il pesante cinturone, si accorse che era pieno di monete, cucite all'interno. Il mercante che da Milano era venuto a morire e a portare la peste a Figline, per proteggere il frutto dei suoi affari, aveva cucito



Amedeo Nazzari

una vera fortuna in monete d'oro là dove sembrava impossibile trovarle. Jacopo Canacci sopravvisse alla peste del 1630 e diventò uno dei più ricchi del paese. Sfamò i figli, la moglie e se stesso e grazie a quel coraggio che la morte nera gli aveva soffiato nel petto, moltiplicò la sua fortuna con affari in tutto il mondo conosciuto.

Tanti anni dopo, un altro vecchio, seduto nell'enorme terrazzo della sua villa a Nha Trang, nel Vietnam, contemplava il tramonto e faceva scorrere i ricordi all'indietro sul binario della propria vita avventurosa. Aveva fatto in tempo a scappare da Parigi, prima che le truppe di Hitler, simili alle orde dei topi di Nosferatu, sciamassero per le vie della capitale francese. Ripensava al suo incontro con Pasteur, alla sua missione a Hong Kong a combattere lo sconosciuto flagello di cui si conosceva solo la capacità distruttiva, nelle varie pandemie che avevano afflitto il genere umano. Il verdastro cavaliere dell'apocalisse aveva cominciato la sua opera e lui, Alexander Yersin, ne aveva smascherato il mandante, un esserino microscopico che attraverso le pulci si introduceva nel sangue dei malcapitati portandoli a morte atro-

ce, all' "Atra Mors" di Seneca, da cui il nome di Peste Nera. Non era stato semplice: le autorità lo avevano avversato e solo pagando dei marinai, aveva avuto a disposizione il materiale autotopico necessario per identificare il bacillo della peste, che solo alla sua morte avrebbe avuto il suo nome. Per vincere il microscopico demone ci

sarebbero voluti altri anni e la scoperta miracolosa di una muffa, ad aprire la strada a quella che pareva essere la definitiva vittoria sul mondo invisibile delle malattie infettive.

La comunità scientifica aveva cantato vittoria e la nostra meravigliosa epoca, fatta di tecnologia e di allontanamento dalla natura e dallo spirito religioso, pareva essere la porta di un futuro luminoso in cui la Scienza, nuova divinità degna di adorazione, avrebbe presto eliminato ogni malattia e tracciato la strada verso chissà quali orizzonti, forse addirittura verso l'immortalità. Ma altri esseri microscopici, vere cattive notizie in un involucri di proteine, come amava definirli Petar Medawar, avevano fatto capire all'Homo Scientificus che la strada era ancora lunga. Einstein soleva dire che due erano le cose infinite che lui conosceva: l'universo e la stupidità umana, ma sul primo aveva qualche dubbio. Il coronavirus, nuova pestilenza moderna, ha dimostrato la nostra fallacia. Difetti organizzativi, di comunicazione, di identificazione del processo fisiopatologico, hanno portato ad una catastrofe non solo sanitaria ma soprattutto economica, con conseguenze inimmaginabili sull'economia dell'intero pianeta. Eppure non erano mancate le avvisaglie, anche in un passato recente. La terribile influenza della prima guerra mondiale, conosciuta come spagnola per un er-



Hitler

rore di localizzazione dei primi focolai, aveva portato ad infiniti lutti. La concomitanza con il primo grande conflitto planetario ne aveva offuscato l'importanza e forse anche il ricordo, ma altri flagelli, più o meno studiati, avevano minacciato, moderni barbari, le frontiere della vita umana. Nel 2003 un altro coronavirus, fino ad allora considerato l'agente del banale raffreddore, aveva messo in pericolo i sistemi sanitari del mondo. Per fortuna la malattia, denominata SARS (severe acute respiratory syndrome), era stata

limitata e nonostante l'elevata letalità, circoscritta a poche migliaia di casi. Tra le vittime un nostro connazionale, Carlo Urbani, uno dei tanti protagonisti silenziosi che agiscono sul campo piuttosto che sulle frequenze televisive. Che il coronavirus potesse aggredire i polmoni era stato ventilato da un certo Wenzell, su un numero di casi verificatisi nella marina americana, con una segnalazione su una rivista specializzata nel 1974. Anche allora si ipotizzò lo "spillover" ossia il salto di specie, il passaggio del virus dall'anima-

le all'uomo, con un'aggressività che nelle fasi iniziali tende a fare innumerevoli vittime in popolazioni vergini da precedenti contatti. Infine oggi una nuova grande occasione: abbiamo imparato da errori dei tempi andati che l'igiene, la quarantena, l'isolamento dei casi sospetti possono limitare l'effetto funesto di pandemie mortali. Abbiamo trovato risorse curative nella farmacologia, nella tecnologia, nella vaccinoterapia. Sarebbe il momento di non ripetere e limitare gli errori e di predisporre sistemi sanitari capaci di attivarsi all'unisono nei momenti di crisi, migliorare i sistemi di allarme e di comunicazione, predisporre risorse serbatoio per far fronte a prolungati periodi di chiusura. Così facendo e non mortificando in tempi tranquilli, la sanità pubblica, l'umanità opporrà difese efficaci anche contro la possibilità di quello che i virologi paventano: il "Big One" delle pandemie, uno dei tanti virus sconosciuti che in grotte inaccessibili all'uomo o nella profondità di foreste inesplorate viene "covato" dentro insospettabili creature che spesso diventano uno strano ed esotico alimento per l'uomo.



Carlo Urbani



# Occhio all'aorta!

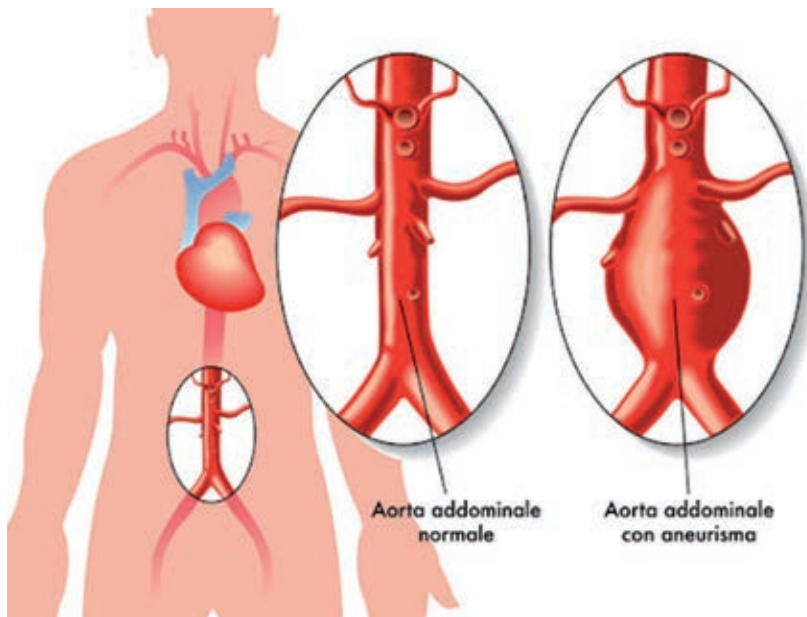
Le raccomandazioni mediche sui fattori di rischio che minano la nostra salute e sulla prevenzione delle malattie in genere sono argomento frequente in tutti i media e, per le malattie cardiovascolari, anche in questa rivista. Non sappiamo quanto queste campagne, talora vissute con fastidio, abbiano influito sulla buona notizia che l'Italia ha una delle migliori sanità, come dimostrato da una vita media oltre gli 83 anni, con punte di molti centenari. Su questi alcuni cronisti sembrano stare in agguato per l'intervista nel giorno delle 100 o più candeline, onde porre la impietosa e cretina domanda su quale sia stato il segreto del loro meraviglioso traguardo. La risposta è sempre cortese, ma purtroppo appannata dalla fisiologica carenza di denti e di neuroni. Mi piacerebbe tanto che uno di questi "inquisiti" rispondesse : "che le posso dire, signor giornalista, ho sempre fumato 30 Marlboro al giorno, mi piace la carne di maiale e vado matto per il cotechino, ogni mattina per colazione mi faccio due uova all'occhio con il bacon, bevo mezzo litro di vino a pasto, di quello buono si capisce, e da 20 anni passo la giornata in poltrona davanti alla TV con pop corn e birra". Che



quest'ultimo sia un fattore di rischio è confermato da un recente studio nippo-statunitense (Am J Cardiol. 2019), nel quale si dimostra che il tempo trascorso alla TV è direttamente proporzionale alla malattia delle coronarie.

Ritorniamo però ai discorsi seri perché oggi è di moda l'aorta, il tubo principale della nostra circolazione. I cardiologi brasiliani dell'Universidade Federal de Minas Gerais (Am J Cardiol 2019) sulla scia di precedenti ricerche hanno voluto verificare se tra la loro gente (circa 2500 partecipanti dai 38 ai 78 anni) il calcio presente nell'aorta e indicativo di arteriosclerosi, abbia effettivamente una relazione con quello delle coronarie. Al consuntivo essi lo confermano precisando che lo è tanto più quanto maggiore l'età, a partire soprattutto dai 45 anni, più elevato negli uomini rispetto alle loro compagne e più nei bianchi che nei neri.

Va anche ricordato che l'aorta, così come la vediamo nella radiografia del torace o nell'ecocardiogramma, quale tubo ad arco che parte dal cuore e che se appare ingrossato oltre i centimetri previsti dall'età di per sé può far sospetta-



re una pressione alta o un'arteriosclerosi precoce, quando appare come un bozzo può essere segno di aneurisma. Ossia di uno sfiancamento acuto della sua parete, simile a quello di un copertone di bicicletta che minaccia la rottura. È un'evenienza non rara nell'età avanzata, sia nella sua parte toracica iniziale che in quella addominale, prima di dividersi in due verso le gambe. Entrambi quegli sfiancamenti devono essere subito soccorsi e affidati al chirurgo vascolare.

L'aorta può anche nascere geneticamente difettosa, come quando si innesta sul ventricolo sbagliato e deve essere corretta dopo la nascita, oppure con un restringimento a metà tragitto fra torace e addome. Oggi tutto è più facile con

la nuova tecnologia che vede ogni particolare del nostro corpo, ma bisogna sempre pensarci, le macchine fotografano con precisione ciò che noi sospettiamo, ma non ci richiamano all'ordine se siamo disattenti. Ricordo una signora che incrociando il suo medico curante, alla formale domanda di come stessero in famiglia, "tutti bene", rispose, "se non fossi preoccupata per mio figlio Giovanni, che è in età dello sviluppo, pensi che ha già la peluria e sta cambiando la voce, ma, e infatti le volevo telefonare, lamenta ogni tanto mal di testa e stanchezza quando gioca a pallone. Ha fatto anche la visita sportiva e gli hanno trovato un lieve aumento della pressione, dicono per l'emozione, ma lui non è affatto emoti-

vo. Glielo volevo portare”. Concordarono e quando il medico lo vide ebbe l'impressione di un ragazzo ben sviluppato, forse meno negli arti inferiori, gli prese il polso e notò una pulsazione energica, misurò la pressione, 180 di massima(!). “Spogliati e mettiti disteso”, posò la mano sul dorso del piede dove infatti l'arteria pulsava debolmente, la diagnosi era quella, pensò, e con decisione, prima ancora di auscultare il

cuore e il torace, puntò deciso il fonendoscopio sull'addome, sopra l'ombelico: un soffio inconfondibile. “Rivestiti”, disse, e alla madre “signora Maria, niente di grave, ma ci vuole un piccolo intervento per dilatare l'aorta che è nata stretta in un punto”. Si rividero dopo sei mesi dall'intervento della coartazione aortica, il ragazzo era felice, la cefalea era scomparsa e aveva ricominciato a fare gol.

Il **Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus** ringrazia vivamente i sostenitori che hanno contribuito a diffondere **Cuore e Salute**, offrendo l'iscrizione ai loro amici:

**Renato Biasion** di Bagno a Ripoli

**Giovanni Coppi** di Roma

**Paolo De Vivo** di Matera

**Anna Maria Ercules** di Chieri

**Francesco Frazzini** di Roma

**Andrea Gobbo** di Besana Brianza

**Dario Indovina** di Torino

**Stefano Queirola** di Roma

**Edoardo Silvestrini** di Pistoia

**Toso Maurizio** di Fiesole



“

## Il computer ci conosce più di quanto pensiamo

In *2001 Odissea nello spazio* il computer HAL 9000 è in grado di interloquire con gli esseri umani e di riprodurre tutte le loro attività cognitive con velocità e sicurezza molto maggiori. Quando HAL intuisce che, a causa di un errore che ha commesso, i due astronauti con cui condivide la

missione spaziale vogliono disattivarlo, decide di eliminarli. Quando il film è uscito nel 1968 una realtà del genere era molto lontana da venire, oggi è invece molto più vicina. In particolar modo i nostri computer sembrano conoscerci meglio di amici e parenti. Uno studio ha infatti mostrato che, basandosi solo sui “mi piace” posti su facebook, i computer sono in grado di giudicare con attendibilità i vari aspetti della nostra personalità. L'accuratezza con cui il computer conosce un'ampia gamma dei nostri tratti psicologici è tale che soltanto il coniuge è in grado di rivaleggiare con lui.

Le macchine, quindi, ci conoscono molto meglio di quanto noi non pensiamo e presto i computer potrebbero essere in grado di riconoscere la nostra personalità e di reagire di conseguenza, portando alla comparsa di macchine emotivamente intelligenti e socialmente abili.

F.S.

”



# Lettere a Cuore e Salute

## DOMANDA

### È l'epoca dei pacemaker riciclati? 2.o

Cari Camilla Cavallaro e Filippo Stazi, mi complimento per aver sollevato un problema di risparmio nella già gravosa spesa sanitaria, ossia il riutilizzo di quelle macchinette tanto costose (migliaia di euro) che sono i pacemakers e i defibrillatori impiantabili (ICD), oramai divenuti il salvavita di milioni di pazienti, quando al de cuius non servono più ma hanno ancora molta energia da offrire ad altri. Ricordo che ai primordi di questi impianti mi posi il problema e interrogai i fornitori di quei prodotti sulla possibilità del loro espianto e del riuso dopo adeguata sterilizzazione. Mi guardarono come se avessi chiesto loro di rinunciare al profitto, adducendo si capisce motivi di buon funzionamento e di rischio di infezioni. Ricordo anche un'iniziativa dell'udinese Feruglio e del triestino Petz di promuovere qualcosa a favore dei paesi che non si potevano permettere questa terapia "di lusso". Credo non abbia avuto molto seguito. Allora non c'erano gli ICD e i pacemaker duravano pochi anni, mentre oggi entrambi hanno una potenzialità di lungo periodo e lo stesso New England Journal of Medicine ha recentemente (2020) sollevato il problema dimostrando



che l'efficacia del riutilizzo è quasi assoluta e che il rischio di infezioni è di uno su un milione.

Lo scopo del mio intervento tuttavia non è quello di disquisire sulla problematica già da voi spiegata molto bene, ma piuttosto di evidenziare la necessità che qualcuno, sostenuto dall'associazione cardiologica cui appartiene (ANMCO, SIC, AIAC), prenda

l'iniziativa per un coinvolgimento della Sanità nello stabilire un protocollo di riutilizzo di questi costosi devices. Che se proprio non si vogliono usare nei nostri pazienti lo si possa fare a beneficio dei paesi poveri. Vi ringrazio dell'attenzione.

Eligio Piccolo

Gentile Dr. Stazi, forse è meglio se ti do del tu essendo un collega cardiologo di Trieste (in pensione, di 85 anni) che ha lavorato 43 anni con Camerini, responsabile della cardiostimolazione fin dall'inizio della specializzazione. Ho letto l'intervista che hai rilasciato per Cuore e Salute e mi è venuta voglia di scrivere due righe sull'argomento. Assieme a Giorgio Feruglio e Domenico Zanuttini abbiamo mandato un lavoro accettato in aula, al Congresso Mondiale di Tel Aviv, in cui venivano presi in considerazione tutti gli aspetti da te segnalati. In particolare veniva discussa una proposta di legge che poteva sollevare il Medico da eventuali risvolti penali. Su STIMUCOEUR, giornale della Società Francese di Cardiologia, negli anni '80 Bernard Dodinot riportava numerosi incontri avuti con la "LEGGE" francese, e mi pare di ricordare con un certo successo. Io personalmente ho mandato al collega tra i 15 ei 20 pacemaker e ICD epicardici e gentilmente quest'ultimo mi ha citato tra i suoi collaboratori. Continuo a leggerti su Cuore e Salute. Cari saluti.

Eugenio Petz

## DOMANDA

### I bassi rischiano di più

Ho recentemente sentito dire che esiste un rapporto tra l'altezza di un individuo e il suo rischio di sviluppare cardiopatia ischemica. La notizia mi sembra però inverosimile. Mi potete cortesemente illuminare al riguardo?

Stefano F., Roma

## RISPOSTA

Gentile Sig. Stefano, per quanto apparentemente inverosimile, la notizia che ha ascoltato è vera. I soggetti di statura inferiore hanno effettivamente un maggior rischio di sviluppare una cardiopatia ischemica. Si è addirittura calcolato che per ogni 6,5 cm di altezza in meno, vi è un aumento dell'8% del rischio di malattia coronarica. Tale associazione è emersa prima da studi epidemiologici ed è poi stata confermata anche da studi di genetica. Particolarmente importante, al riguardo, è uno studio pubblicato nel 2015 sul *New England Journal of Medicine* che ha mostrato come sia proprio la presenza dei geni che codificano per una ridotta statura a determinare l'aumento

di tale rischio, in questa maniera escludendo che condizioni ambientali, quali ad esempio scarsa nutrizione o ambiente socioeconomico più basso, possano essere la vera causa sia della minore altezza che dell'aumentato rischio di cardiopatia ischemica. Lo studio ha anche mostrato un legame genetico tra altezza e livelli di colesterolo LDL e trigliceridi, che però giustifica solo un terzo dell'aumentato rischio indotto dalla bassa statura. La spiegazione della residua quota di rischio rimane al momento sconosciuta. Una possibile ipotesi è che l'altezza ridotta possa condizionare alcuni comportamenti sbagliati in termini di stile di vita, pensiamo alla dieta, all'attività fisica o al consumo di alcool, che possono a loro volta influenzare la probabilità di malattia.

In conclusione, quindi, l'associazione tra minore statura e rischio di malattia coronarica effettivamente esiste ma i motivi di questa relazione non sono assolutamente chiari e probabilmente dovranno essere ricercati nei processi biologici che determinano lo sviluppo dell'aterosclerosi, che in qualche modo potrebbero essere geneticamente associati con i geni che codificano per l'altezza.

Filippo Stazi





di **Francesco Sgambato**

# La borsa d'acqua calda di Cesare Frugoni: realtà o immaginazione?

Dopo alcuni anni dal fortunoso ed eccezionale ritrovamento dei libri del Prof. Frugoni (<http://incontrialcasale.casalerosamelia.com/wp-ntent, Medico o rigattiere?>), la Signora, che mi aveva ceduto quei libri, chiese il mio parere per un Suo problema di salute.

In seguito, in ringraziamento, mi inviò un curioso regalo, cioè la borsa di acqua calda con cui il Professore si riscaldava le mani prima di visitare i pazienti.

Mai mi sarei atteso un tale regalo, ma apprendere che era stata utilizzata dal Prof. Frugoni, me la fece subito diventare un cimelio storico di cui andare orgoglioso.

Devo ammettere che, inizialmente, ero rimasto leggermente perplesso, in quanto non pensavo mai che si potesse usare una borsa d'acqua calda per effettuare la visita medica, ma all'epoca del Prof. Frugoni non esistevano molti presidii diagnostici per aiutare il Clinico nella sua attività al letto del paziente. Era un'epoca in cui la semeiotica clinica rappresentava l'unica arma a disposizione e praticamente, con le sole mani e la sola sensibilità clinica, bisognava decidere, per esempio, se porre o no indica-



Il Prof. Frugoni contornato dai suoi Discepoli al letto del paziente  
(Roberto Fantuzzi, 1936)

zione chirurgica ad una laparotomia per un'appendicite o per una peritonite. In questi casi la parete addominale perde la sua trattabilità alla palpazione e diventa piatta, rigida, resistente alla pressione e dolente. Esiste, però, un fenomeno confondente che può portare fuori strada. Infatti, anche nelle condizioni di normalità, i muscoli della parete addominale, al momento della palpazione, vanno istintivamente in contrazione, per cui possono far apparire rigida la parete e simulare la resistenza peritonitica. Tale fenomeno, molto comune, accentuato anche dalla tensione emotiva del paziente, viene esaltato se, in periodo invernale, la palpazione viene effettuata dal medico con le mani fredde ed in maniera brusca. Ogni bravo medico sa che la manovra della palpazione dell'addome deve cominciare in maniera delicata, proprio per evitare questo inconveniente, e partendo anche dal quadrante addominale opposto a quello in esame. Per esempio, nel caso di un sospetto appendicolare acuto (appendicite) conviene partire in maniera soft dai quadranti di sinistra, e iniziando anche un dialogo con il paziente in modo



Borsa d'acqua calda autentica usata da Cesare Frugoni per la visita

da distrarlo rispetto alla manovra che stiamo effettuando. Se siamo nel periodo invernale, poi, il medico esperto ha imparato bene che conviene preriscaldare le proprie dita per impedire che la sensazione di freddo generi la tipica contrattura che può confondere ai fini diagnostici, specie nei pazienti più emotivi ed ipersensibili (non rari). Questo preriscaldamento viene effettuato comunemente intrecciando ripetutamente le dita o sfregando a lungo le mani prima dell'inizio della manovra. Non mi era mai capitato, però, di ipotizzare, finanche, un riscaldamento delle mani me-

dante l'utilizzo di una borsa d'acqua calda. Si vede che le camerate del Policlinico e degli Ospedali erano proprio molto fredde all'epoca di cui stiamo parlando. Avendo io un bellissimo rapporto di stima ed affetto con il Prof. Vito Cagli, allievo e collaboratore del Prof. Cesare Frugoni nel Policlinico Umberto I di Roma, mi permisi di chiedere questa informazione, in via confidenziale, a colui che ne era stato sicuramente testimone diretto ed Egli confermò tutto quanto riferito dalla Signora, dissipando subito ogni residua piccola titubanza da parte mia. Tale mia incertezza prendeva spunto dal pen-



sare che forse la stessa Signora, non essendo presente direttamente in reparto, fosse stata, a Sua volta, informata male. Alla mia richiesta, il Prof. Cagli così mi scrisse testualmente: *“... in effetti Frugoni aveva di queste attenzioni per i pazienti, attenzioni che erano nello stesso tempo una garanzia di poter effettuare nel modo migliore la palpazione dell'addome. Era la “sorella” Carboni, caposala della corsia e sorella del generale Carboni, cui era stata affidata la difesa di Roma nel 1943 (allora non poche infermiere provenivano da famiglie di questo tipo) a fornire al professore il cuscino quando si inginocchiava accanto al letto del malato per esaminarlo meglio e, nei mesi invernali, la borsa dell'acqua calda perché egli potesse riscaldarsi le mani”*. (Il Prof. Cagli ha autorizzato la pubblicazione di questa dichiarazione). Alcuni anni dopo, ho trovato un'analoga dichiarazione in un articolo del Dr. G. Spadea: *“Profilo di Cesare Frugoni”* in *La cellula ospedaliera clinica*, 1978, 2., nel libro di Giuseppe Zimatore: *Breve discorso sul metodo clinico*, 62-72, 2003. Il Dr. Spadea (medico collaboratore del Prof. Frugoni) così si esprimeva: *“E quanto rispet-*

*to per il malato... d'inverno la caposala portava in visita una borsa d'acqua calda colla quale Frugoni si scaldava le mani, prima di passare all'esame obiettivo”*. In quell'epoca, i Medici avevano a disposizione, al massimo, una Rx diretta dell'addome, ed ogni decisione clinica era affidata solo all'anamnesi ed alla sensibilità delle proprie dita, affinata negli anni con la frequentazione continua al letto del paziente (cioè con “la clinica”, da κλίνη «letto»). Insomma, una volta, era difficile fare una diagnosi esatta e, quindi, diventava indispensabile eliminare tutte le possibili fonti di errore, prima di prendere la decisione di aprire o non aprire chirurgicamente la pancia di un paziente. Ecco quindi la necessità della borsa di acqua calda, utilizzata dai medici coscienziosi, nei periodi invernali negli stanzoni delle cliniche universitarie ed ospedaliere.

### Conclusioni

Qualcuno potrebbe dire: *“Complimenti, hai scoperto l'acqua calda!”* volendo sminuire quanto affermato, come se si fosse trattato di una cosa da niente. A me è toccato realmente di *“scoprire l'acqua calda”* quando mi è stato inviato in *“regalo”* questo oggetto inizialmente *“misterioso”*. Ma, questa scoperta fu, per me, motivo di grande soddisfazione e di crescita culturale, non solo dal punto di vista storico, ma anche dal punto di vista scientifico ed etico. **Soddisfazione**, perché la borsa d'acqua calda era appartenuta, *“nientepopodimenchè”* al grande Prof. Cesare Frugoni (nato a Brescia il 1881 e morto a Roma il 1978), famoso Cli-



Re Fuad d'Egitto

nico Medico dell'Università di Roma dal 1931 al 1951. Egli fu anche Presidente del Consiglio Superiore di Sanità dal 1950 al 1966, Presidente pluriennale della Società Italiana di Medicina Interna ed, a buon diritto, può essere considerato un protagonista della storia della Me-

lievo del Prof. Sergio Vulterini e del Prof. Vito Cagli che lo hanno avuto come Maestro diretto per molti anni e, quindi, Suoi figli spirituali. Per tali motivi, ho sempre considerato il Prof. Frugoni mio “nonno spirituale” dal punto di vista scientifico. Il “ricordo del Maestro”, che traspariva e traspare dalle loro parole, sempre affettuose e cariche di ossequioso rispetto, me lo hanno fatto “voler bene” come ad una persona cara ed i Suoi insegnamenti, che da loro mi sono stati trasferiti, li ho memorizzati e, spesso, trasferiti a mia volta. **Crescita culturale dal punto di vista scientifico ed etico.** La “lezione”, ricevuta dalla borsa d'acqua calda, aiuta a interiorizzare la necessità di essere sempre attenti ai bisogni del paziente ed a perfezionare le nostre ipotesi diagnostiche nel modo più accorto possibile, riducendo al minimo i potenziali errori, sempre in agguato. Tutto ciò è un



dicina e della storia d'Italia in quanto medico curante di moltissime personalità dell'epoca, tra cui Guglielmo Marconi, Benito Mussolini e Palmiro Togliatti, Re Fuad d'Egitto, Arturo Toscanini e tanti altri (regnanti, capi di stato, industriali, letterati, artisti famosi, scienziati, ecclesiastici, etc.). Io ho avuto il piacere di essere al-

grande insegnamento etico, trasferito in maniera semplice ma con un esempio personale diretto. La borsa d'acqua calda, “toccata” ed usata da uno dei “miti” della medicina interna italiana, rappresenta un presidio “diagnostico”, apparentemente banale, ma che sicuramente ha contribuito a salvare molte vite umane. In definitiva, quindi, si può dire che ogni scoperta, anche minima, non è mai secondaria nella storia dell'umanità ed anche una vecchia borsa di gomma per l'acqua calda può, a buon diritto, far parte della Storia della Medicina, meritevole di memoria. Mi vanterò, quindi, sempre, di aver contribuito a diffondere la “scoperta dell'acqua calda”.

# Il cuore freddo svedese

L'infarto continua ad essere la malattia del secolo, passato e presente. Gli epidemiologi, quelli che studiano le popolazioni e che il cuore con le sue patologie lo girano e rigirano da tutte le parti, orgogliosi di averne scoperto i fattori di rischio, dal fumo al colesterolo, ce ne segnalano sempre di nuovi, oramai una sfilza. Anche se non tutto è così convincente come direbbero le statistiche dello zero-zero. Manca solo che si sospetti della pizza e del prezzemolo. Per l'amor di Dio, direbbe Bersani nel suo simpatico accento emiliano, non che si voglia mettere in discussione l'obesità, il diabete e tante altre implicazioni dannose emerse da quegli studi, ma continuando con certe sofisticatezze si rischia il terrorismo. Anni fa si era implicato perfino il lunedì, giorno in cui avvengono più infarti, senza specificare se i barbieri che in quel giorno riposano fossero ugualmente penalizzati. Anche i mesi dell'anno sono stati indagati e mi pare fossero quelli più freddi, da gennaio a marzo, ad essere responsabili di maggiori infarti.

Il problema della temperatura ambientale, segnalata come concausa di infarti in vari paesi con climi differenti, pareva anch'essa un'esagerazione. Fino a quando è arrivato uno studio che dovrebbe tagliare la testa al toro, dato il numero di pazienti analizzati, 280 mila, il lungo periodo di osservazione, dal 1998 al 2013, 15 anni, e la pubblicazione nella rivista JAMA (ottobre 2018). Questi ricercatori, capeggiati da Moman Mohammad della Lund University svedese, hanno analizzato nei pazienti ricoverati per





una sindrome coronarica acuta, alias infarto, oltre ai parametri medici per confermarla, dall'ECG, agli enzimi e alla coronarografia, anche la temperatura ambientale, la pressione atmosferica, la velocità del vento e le ore di sole presenti in quel giorno. Constatando che in effetti quanto più avverse sono le condizioni atmosferiche, soprattutto la bassa temperatura, tanto più frequenti sono gli arrivi in unità coronarica e in emodinamica. Specialmente, precisano gli svedesi, quando la temperatura scende sotto lo zero; mentre per ogni suo aumento di 7.4 gradi l'attacco cardiaco si riduce del 3 per cento.

L'obiezione che arriverebbe facile a tutti è quella sul paese, la Svezia, dove il freddo è inversamente proporzionale alle ore di sole, ma non regge per-

ché la stessa comparazione tra bassa temperatura e infarto è stata documentata anche in paesi privilegiati dalle ore di luce, come il nostro meridione o la Grecia; ossia si tratta di fenomeni relativi, un problema di adattamento. In altre parole la pressione e le coronarie dei cuori meridionali abituati ai 20-30 gradi e più, quando nell'inverno questi si abbassano a valori che per il nord sarebbero estivi, reagiscono allo stesso modo dei cuori settentrionali esposti a ben maggiori rigori climatici. "È la fisiopatologia, bellezza, la fisiopatologia, e tu non ci puoi fare niente".

Se poi alle condizioni atmosferiche ballerine si associano le infezioni respiratorie o l'influenza, l'incidenza di infarto può aumentare addirittura di sei volte! La spiegazione di tutto ciò? Qualcuno l'ha voluta

vedere nella mancanza di vitamine, ma il rimediarsi non ha cambiato nulla. Dobbiamo invece stare attenti, alle impennate della pressione facilitate dal freddo, ai cambiamenti nella dieta e nello stato delle coronarie, che il freddo e il vento possono provocare. E occhio anche alla neve, non di per sé, dicono alcune ricerche, ma per lo sforzo che si compie quando la si spala, uno tra i più insidiosi.

Che fare? Gli svedesi, ben documentati come sempre, ci hanno convinto sull'importanza dei cambi climatici, ma quali i rimedi? Il clima è una costante imm modificabile, solo peggiorabile da certe intrusioni scriteriate dell'uomo; la protezione dal freddo non ci manca, la vaccinazione dall'influenza fa quello che può. Non ci restano che le solite raccomandazioni, noiose, ma che potremmo ridurre all'essenziale in queste quattro: 1- il controllo dello stato delle coronarie, specie dopo i quaranta; 2- quello della pressione arteriosa e del peso, con frequenza bisettimanale; 3- la sciatina o altri sport dopo allenamento; 4- dieta commisurata al consumo calorico. E che Dio ce la mandi buona.

di Valeria Marco



# Vellutata di porri

### Ingredienti per 4 persone:

2 Porri  
2 patate  
2 carote  
Mezzo litro di brodo  
Olio evo q.b.  
Sale q.b.  
Pepe q.b.

### Preparazione

Pulire le verdure, tagliarle a pezzetti e metterle in un tegame con olio. Lasciare andare per circa 10 minuti e aggiungere il brodo. Aggiustare con sale e pepe e lasciare cuocere il tutto per almeno 30 minuti a tegame coperto. A cottura ultimata con un frullatore ad immersione creare una purea e servire, a chi piace una spruzzata di parmigiano e crostini di pane a seconda dei propri gusti.

*Buon Appetito!*

# aforismi

**Si può essere più furbo di un altro, ma non più furbi di tutti gli altri.**

> *Francois de la Rochefoucauld*

**Capita a volte di sentirsi per un momento felici. Non fatevi cogliere dal panico: è questione di un attimo e passa.**

> *Gesualdo Bufalino*

**Chiudi gli occhi sui piccoli difetti perché tu stesso ne hai di grandi.**

> *Proverbio scozzese*

**Certo si sa che la verità è la cosa migliore. Ma qualche volta si stenta a crederlo.**

> *Ivy Compton-Burnett*

**Niente è più pericoloso di un grande pensiero in un piccolo cervello.**

> *Hippolyte-Adolphe Taine*

**Bisogna essere intelligenti per avere il senso dei propri limiti, delle proprie manchevolezze e, magari, della propria imbecillità.**

> *Giuseppe Prezzolini*

**Ci sono bugie così commoventi da meritare di essere credute.**

> *Alessandro Morandotti*

**Per tenersi in forma, mia nonna, a sessant'anni, cominciò a farsi cinque chilometri a piedi tutti i giorni. Adesso ne ha ottantadue e non sappiamo più dove si trovi.**

> *Ellen Degeneris*

**Cattivo politico non è solo chi cambia troppo spesso idee, è anche chi non le cambia mai.**

> *Roberto Gervaso*

**Le rose profumano per mestiere.**

> *Stanislaw J.Lec*

**I sottufficiali più piccoli di statura sono i più superbi.**

> *Napoleone Bonaparte*

**Il mondo è cominciato senza l'uomo e finirà senza di lui.**

> *Claude Lévi-Strauss*

**Una donna nella vita ha bisogno di quattro animali: una jaguar in garage, una tigre a letto, un visone sulla pelle e un asino che paghi.**

> *Zsa Zsa Gabor*

**Il lavoro non ha mai ammazzato nessuno, ma perché dovremmo rischiare di essere i primi?**

> *Edgar Bergen*

**Gli uomini non conoscono la propria felicità, ma quella degli altri non gli sfugge mai.**

> *Pierre Daninos*

**La via più lunga tra due punti si chiama diplomazia.**

> *A.De Courcelle*

**In tutti i partiti, più un uomo è intelligente, meno è del suo partito.**

> *Stendhal*

**Prevedi il peggio. Sarà comunque un'efficace esercitazione.**

> *Dino Basili*

**Non esiste più la compagnia, ma un insieme di tante solitudini.**

> *Flavio Oreglio*

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

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

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

## BILANCIO AL 31/12/2019

### STATO PATRIMONIALE

ATTIVO	31-12-2019	31-12-2018
<b>B) Immobilizzazioni</b>		
I - Immobilizzazioni immateriali	37.744	37.489
II - Immobilizzazioni materiali	411.351	456.081
<b>TOTALE IMMOBILIZZAZIONI (B)</b>	<b>449.095</b>	<b>493.570</b>
<b>C) Attivo circolante</b>		
II - Crediti		
- esigibili entro l'esercizio successivo	530.255	692.194
- esigibili oltre l'esercizio successivo	43.091	43.091
<b>Totale crediti</b>	<b>573.346</b>	<b>735.285</b>
IV - Disponibilità liquide	233.396	210.622
<b>TOTALE ATTIVO CIRCOLANTE (C)</b>	<b>806.742</b>	<b>945.907</b>
<b>D) Ratei e risconti</b>	<b>364</b>	<b>5.585</b>
<b>Totale attivo</b>	<b>1.256.201</b>	<b>1.445.062</b>

PASSIVO	31-12-2019	31-12-2018
<b>A) Patrimonio netto</b>		
I - Capitale	102.775	102.775
IV - Riserva legale	1.567	244
VII - Altre riserve	337.00	337.000
VIII - Utili (perdite) portati a nuovo	25.133	(89.597)
IX - Utile (perdita) dell'esercizio	60.199	116.054
<b>TOTALE PATRIMONIO NETTO</b>	<b>526.674</b>	<b>466.476</b>
<b>C) Trattamento di fine rapporto di lavoro subordinato</b>	<b>57.416</b>	<b>63.159</b>
<b>D) Debiti</b>		
esigibili entro l'esercizio successivo	638.596	881.912
esigibili oltre l'esercizio successivo	33.515	33.515
<b>TOTALE DEBITI</b>	<b>672.111</b>	<b>915.427</b>
<b>Totale passivo</b>	<b>1.256.201</b>	<b>1.445.062</b>



**CONTO ECONOMICO**
**31-12-2019**
**31-12-2018**
**A) Valore della produzione:**

1) ricavi delle vendite e delle prestazioni	2.316.734	2.288.546
5) altri ricavi e proventi		
altri	64.552	59.056
<b>Totale altri ricavi e proventi</b>	<b>64.552</b>	<b>59.056</b>
<b>TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE</b>	<b>2.381.286</b>	<b>2.347.602</b>

**B) Costi della produzione:**

7) per servizi	1.623.408	1.580.481
8) per godimento di beni di terzi	221.157	167.120
9) per il personale:		
salari e stipendi	283.324	277.960
oneri sociali	83.686	75.485
c), d), e) trattamento di fine rapporto, trattamento di quiescenza, altri costi del personale	20.704	21.214
c) trattamento di fine rapporto	18.616	19.198
e) altri costi	2.088	2.016
<b>Totale costi per il personale</b>	<b>387.714</b>	<b>374.659</b>
10) ammortamenti e svalutazioni:		
a), b), c) ammortamento delle immobilizzazioni immateriali e materiali, altre svalutazioni delle immobilizzazioni	50.652	50.301
a) ammortamento delle immobilizzazioni immateriali	3.446	2.789
b) ammortamento delle immobilizzazioni materiali	47.206	47.512
<b>Totale ammortamenti e svalutazioni</b>	<b>50.652</b>	<b>50.301</b>
14) oneri diversi di gestione	20.245	16.783
<b>TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE</b>	<b>2.303.176</b>	<b>2.189.344</b>
<b>DIFFERENZA TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A - B)</b>	<b>78.110</b>	<b>158.258</b>

**C) Proventi e oneri finanziari:**

16) altri proventi finanziari:		
d) proventi diversi dai precedenti		
altri	403	234
<b>Totale proventi diversi dai precedenti</b>	<b>403</b>	<b>234</b>
<b>Totale altri proventi finanziari</b>	<b>403</b>	<b>234</b>
17) interessi e altri oneri finanziari		
altri	2.640	2.261
<b>Totale interessi e altri oneri finanziari</b>	<b>2.640</b>	<b>2.261</b>
17bis) interessi e altri oneri finanziari	(72)	(463)
<b>Totale proventi e oneri finanziari (15 + 16 - 17 + - 17-bis)</b>	<b>(2.309)</b>	<b>(2.490)</b>

<b>Risultato prima delle imposte (A - B + - C + - D)</b>	<b>75.801</b>	<b>155.768</b>
22) imposte sul reddito dell'esercizio, correnti, differite e anticipate imposte correnti	15.602	39.714
<b>Totale delle imposte sul reddito dell'esercizio, correnti, differite e anticipate</b>	<b>15.602</b>	<b>39.714</b>
23) Utile (perdita) dell'esercizio	60.199	116.054

# 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 € 30.00 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](mailto:info@centrolottainfarto.it).

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

DONA ORA

DIVENTA  
SOCIO DEL CLI

LA NOSTRA  
RICERCA

SOSTIENI IL CLI  
CON IL TUO 5X1000

ARCHIVIO  
NEWSLETTER



Centro per la Lotta contro l'Infarto - Fondazione Onlus

## NEWSLETTER

Capire per prevenire

di Antonella Labellarte



OLIO DI COCCO E SALUTE DEL CUORE:  
REALTÀ O FINZIONE?  
di Antonella Labellarte

*Si fa presto a dire "informati!", sull'olio di cocco si è scritto un po' tutto come su mille altri argomenti.*



LA STATISTICA  
di Eligio Piccolo

*"E' na' cosa/ che serve pe fa un conto in generale/ de la gente che nasce, che sta male,/ che more.../*



IL CUORE HA L'ORO IN BOCCA  
di Claudio Ferri

*Un recente articolo ha portato all'attenzione del clinico l'ennesimo elemento di rischio "nascosto": la patologia infiammatoria del parodonto.*

PER RICEVERE LA NEWSLETTER OGNI MESE CLICCA QUI



INVIA AD UN AMICO



[www.centrolottainfarto.org](http://www.centrolottainfarto.org)

Mai come quest'anno  
*auguriamo a tutti*  
*un Buon Natale*  
con tutto il cuore

